

**Acil Servise Başvuran Hastaların Bağımlılık  
Düzeylerinin Belirlenmesinde Jones Bağımlılık  
Aracının Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği'nin  
Değerlendirilmesi**

**Müsteyde Öznur Arslan**

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik  
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi  
Şubat 2021  
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

---

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy  
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

---

Prof. Dr. Sevinç Taştan  
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

---

Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ  
Tez Danışmanı

---

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Sevinç Taştan

---

2. Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz

---

3. Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ

---

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı, acil servislerde kullanılmak üzere geliştirilen Jones Bağımlılık Aracı'nın Türkçe geçerliği ve güvenilirliğini test etmektir. Araştırmanın örneklemine Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi acil servisine başvuran 18 yaş üstü ve araştırmaya katılmayı kabul eden 400 hasta dahil edildi. Veriler Ekim-Aralık 2020 tarihleri arasında toplandı. Jones Bağımlılık Aracı'nın güvenilirliği hasta ilk acil servise geldiğinde ve acil servisten ayrıldığında bağımsız iki hemşire tarafından 50 hasta ile değerlendirilip Kappa analizi ile test edildi. Geçerliliği ise kriter (ölçüte dayalı) geçerlilik analizleri ile değerlendirildi. Araştırmanın yapılabilmesi için kurum ve kurul izinleri alındı.

Jones Bağımlılık Aracı'nın dil geçerliliğinin sağlanması için çeviri ve geri çeviri yöntemi kullanıldı. Daha sonra 8 uzmandan görüş alınarak içerik geçerliliği sağlandı. Ölçeğin Madde Geçerlik İndeksi 0.95 ve Ölçek Geçerlik İndeksi 0.95 saptandı. Jones Bağımlılık Aracı'nın hasta acil servise ilk geldiğinde ve acil servisten taburcu edildiğinde iki farklı gözlemci arasındaki uyumun belirlenmesine ait kappa testi sırasıyla 0,780 ve 0,77 bulundu. Hastaların, yaş grubu, acil servise geliş şekli, triyaj kategorisi, acil serviste izlenme alanına göre Jones Bağımlılık Aracının genelinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Hastaların nabız solunum ve oksijen saturasyon düzeyleri ile Jones Bağımlılık Aracı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ).

Sonuç olarak ülkemizde Jones Bağımlılık Aracı'nın acil servislerde hasta bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde ve acil servis hemşire iş yükünün doğru tahmin

edilmesinde buna göre acil servis hemşire sayısının belirlenmesinde kullanılacak geçerli ve güvenilir bir araç olarak olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta sınıflandırma, Acil servis, Geçerlilik ve Güvenilirlik Jones Bağımlılık Aracı

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to test the Turkish validity and reliability of the Jones Dependency Tool developed for use in emergency departments. The sample of the study included 400 patients over the age of 18 who applied to the emergency department of Dr. Burhan Nalbantoğlu State Hospital and accepted to participate in the study. Data were collected between October and December 2020. The reliability of the Jones Dependency Tool was evaluated with 50 patients by two Independent nurses when the patient first arrived in the emergency department and left the emergency department and tested by Kappa analysis. After the necessary institutional and board permissions were obtained, the research was conducted.

Translation and back-translation methods were used to ensure the language validity of the scale. Content validity was provided by obtaining opinions from 8 experts. The Item Validity Index of the scale was 0.95 and the Scale Validity Index was 0.95. In the JBA dependency classification, the Cohen kappa coefficient was 0.880 and 0.941, respectively. The difference between their scores from the Jones Dependency Tool, the age group, the way they came to the emergency department, triage categories, monitoring area, pulse, respiratory and oxygen saturation levels and the scores they received was statistically significant ( $p < 0.05$ ).

As a result, it has been determined that the Jones Dependency Tool in our country is a valid and reliable tool that can be used in determining the patient dependency level in emergency departments and accurately estimating the emergency department nurse workload.

**Keywords:** Patient classification, Emergency department, Validity and Reliability

Jones Dependency Tool

## TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde ve yüksek lisans eğitimim süresince yardımlarını esirgemeyen, bana yol gösteren değerli danışman hocam, Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle katkılarda bulunan; Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Bölüm başkanı sayın Prof. Dr. Sevinç Taştan'a, Hemşirelik Bölümü öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Fethiye Erdil, Prof.Dr. Gülümser Kubilay, Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç'a, Yard. Doç. Dr. Handan Sezgin'e,

Tez savunmasında, değerli katkı ve görüşleri ile destek olan Prof. Dr. Ümran Dal Yılmaz'a,

Dil geçerliliği ve uzman görüş aşamalarında araştırmaya katkı veren öğretim üyelerine ve acil servis hemşirelerine,

Araştırmanın yürütülmesinde destek olan Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil Servis hemşirelerine ve hekimlerine,

Her koşulda beni destekleyip yanımda olan canım aileme teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

ÖZ .....	iii
ABSTRACT .....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR .....	xi
TABLO LİSTESİ .....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
1 GİRİŞ .....	1
1.1 Çalışmanın Amacı .....	4
1.2 Araştırma Soruları .....	4
2 GENEL BİLGİLER .....	5
2.1 Geçerlik ve Güvenirlik .....	5
2.2 Ölçme ve Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması .....	5
2.3 Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Adımları .....	6
2.3.1 Ölçeklerin Türkçeye Uyarlanmasında Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi (Dil Uyarlaması/Dil Geçerliği).....	6
2.3.2 Ölçeklerin Psikometrik Özelliklerin (Güvenirlik ve Geçerlik) İncelenmesi	7
2.4 Güvenirlik.....	8
2.4.1 Ölçmenin Standart Hatası .....	8
2.4.2 Güvenirlik Katsayısı .....	8
2.4.2.1 Güvenirlik katsayılarının Hesaplanmasında Kullanılan Yöntemler .....	9
2.4.2.2 Madde-Toplam Puan Korelasyonu Katsayılarının Ortalaması ...	10
2.5 Geçerlik .....	10



2.6 Acil Servis .....	12
2.7 Acil Serviste Hasta Bağımlılığı.....	13
2.8 Hasta Sınıflandırma Sistemi .....	14
2.9 Hasta Sınıflandırma Sistemlerinin Tarihçesi ve Tipleri .....	15
2.9.1 Tanımlayıcı (Kısa Tanımlama-Prototip) Hasta Sınıflandırma Sistemi.....	15
2.9.2 Kontrol Listesi Şeklinde Hasta Sınıflandırma Sistemi .....	16
2.10 Hasta Sınıflandırma Sistemlerinden Örnekler.....	16
2.10.1 Rush Medikus Hasta Sınıflandırma Sistemi .....	16
2.10.2 Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği (CHSÖ).....	16
2.10.3 Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi .....	17
2.10.4 Oulu Hasta Sınıflandırma Ölçeği.....	17
2.10.5 Zebre Hasta Sınıflandırma Ölçeği .....	18
2.10.6 Acil Servis Hasta Sınıflandırma Sistemleri .....	18
3 GEREÇ VE YÖNTEM .....	21
3.1 Araştırmanın Tipi .....	21
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	22
3.4 Verilerin Toplanması.....	22
3.4.1 Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri Formu (Ek-1) .....	22
3.4.2 Jones Bağımlılık Aracı-JBA (Ek-2).....	23
3.4.3 Jones Bağımlılık Aracının Dil Geçerliliğinin İncelenmesi .....	23
3.4.4 Jones Bağımlılık Aracının İçerik Geçerliliğinin İncelenmesi.....	23
3.4.5 Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	24
3.5 Araştırma Zaman Çizelgesi .....	26
3.6 Verilerin İstatiksel Analizi .....	26

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	27
3.8 Araştırmanın Etik Boyutu .....	27
4 BULGULAR .....	28
4.1 Ölçüte Dayalı Geçerlik Analizi .....	39
4.2 Güvenirlik Analizleri.....	41
5 TARTIŞMA .....	43
6 SONUÇ VE ÖNERİLER .....	48
6.1 Sonuçlar.....	48
6.2 Öneriler.....	49
KAYNAKLAR .....	51
EKLER .....	61
Ek 1: Hasta Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu.....	62
Ek 2: Jones Bağımlılık Aracı (JDT-Jones Dependency Tool) .....	64
Ek 3: Jones Bağımlılık Aracı Türkçe Formu.....	69
Ek 4: Ölçek Kullanım İzni.....	72
Ek 5: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Onay Form .....	73
Ek 6: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Uygunluk İzni .....	74
Ek 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	75
Ek 8: Dil ve İçerik Geçerliğine İlişkin Destek Veren Uzman Görüş Listesi.....	77

## KISALTMALAR

ABC	A: Havayolu açıklığının sağlanması B: Solunum C: Nabız
DKB	Diastolik Kan Basıncı
JBA	Jones Bağımlılık Aracı
SKB	Sistolik Kan Basıncı
TGSS	Tedavi Girişimler Skoru Sistemi
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Hastaların Tanıtıvı ve Klinik Özellikleri (N=314) .....	28
Tablo 2: Hastaların Yaşamsal Bulgularının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (N=314).....	29
Tablo 3: Hastaların Jones Bağımlılık Aracı puanları (N=314) .....	30
Tablo 4: Hastaların JBA Alt Boyutlarına İlişkin Ölçümlere Göre Dağılımı .....	31
Tablo 5: Hastaların Yaş Grubuna Göre Jones Bağımlılık Aracı Puanlarının Karşılaştırılması (N=314) .....	34
Tablo 6: Hastaların Cinsiyetine Göre Jones Bağımlılık Aracı Puanlarının Karşılaştırılması (N=314) .....	35
Tablo 7: Hastaların Acil Servise Geliş Şekline Göre Jones Bağımlılık Aracı Puanlarının Karşılaştırılması (N=314).....	36
Tablo 8: Hastaların Triyaj Kategorisine Göre Jones Bağımlılık Aracı Puanlarının Karşılaştırılması (N=314) .....	37
Tablo 9: Hastaların İzleme Alanına Göre Jones Bağımlılık Aracı Puanlarının Karşılaştırılması (N=314) .....	38
Tablo 10: Hastaların Yaşamsal Bulguları İle Jones Bağımlılık Aracı Puanları Arasındaki Korelasyonlar (N=314).....	39
Tablo 11: Gözlemcilerin JBA Ölçümlerine Ait Kappa Testi Sonuçları (Ölçüm I.)... 41	
Tablo 12: Gözlemcilerin JBA Ölçümlerine Ait Kappa Testi Sonuçları (Ölçüm II.) . 41	
Tablo 13: Gözlemcilerin JBA Ölçümlerine Ait Sınıf İçi Korelasyonlar (ICC) .....	42

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Araştırma Zaman Çizelgesi .....	26
Şekil 2: Hastaların JBA'a Göre Bağımlılık Düzeyleri .....	33

# Bölüm 1

## GİRİŞ

Acil servisler, akut yaralanma ve hastalıkların yanı sıra acil tıbbi girişim gerektiren hastalara tedavi ve bakımı sağlamak için tasarlanmış özel ünitelerdir (1). Acil servislerin en temel rolü, acil hastaların hastaneye kabulü, değerlendirilmesi, ilk tetkik ve tedavisinin hızlı bir şekilde yapılmasıdır (2). Acil servise başvuru oranlarının son yıllarda artması acil servis kalabalıklığını gündeme getirmiştir (3).

Acil servis kalabalıklığı hem hasta güvenliği sorunu hem de dünyada bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır (4). Morley ve ark. (2018) tarafından yapılan bir sistematik incelemede, yaşlı hastalar gibi acil servise başvuran kompleks, karmaşık, kronik hastalığı olan hastaların başvuru oranlarının artması, acil servis kalabalıklığının en önemli nedenleri arasında olduğu belirtilmiştir (4). Acil servis yoğunluğu arttıkça, hastaların bakım almak için bekleme süresi, kalış süresi uzamakta, sözel ve fiziksel şiddet oranları artmakta, acil servis çalışan memnuniyeti azalmakta, hastalara verilen bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti azalmakta, tıbbi hata oranı ve mortalite artmaktadır (5).

Acil servis, hastaların zamanında değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gereken dinamik bir ortamdır. Hemşireler ise bu dinamik ortamda acil servise başvuran tüm hastalara sürekli bakımın verilmesinden sorumludur (6). Acil servise başvuran hastaların bakım gereksinimi yani bağımlılık düzeyi arttıkça acil serviste tedavi süresi, kalış süresi uzamakta, acil servis kalabalıklığı ve acil serviste hemşire iş yükü artmaktadır (4).

Acil serviste çalışan sağlık profesyonelleri, nedeni bilinmeyen ve öngörülemeyen birçok hastalık, girişim ve tedavinin sürdürüldüğü bir atmosferde tedavi ve bakımı sürdürmenin yanı sıra çoğunlukla kendilerini bilgi gerektiren hızlı ve doğru karar verme sürecinin içinde bulurlar ve sıklıkla bunu hasta gereksinimlerini karşılamak için yeterli sağlık çalışanı olmadan yaparlar. Bu durum, acil serviste hemşire iş yükünün artmasına ve hastaların daha uzun süre hastanede yatmasına ve hasta bakım kalitesinin etkilenmesine neden olur (7). Hasta bağımlılığının değerlendirilmesi, acil hemşirelerinin iş yükünün, kaynak kullanımının, güvenli ve etkili hasta bakımının verilmesi için gerekli personel sayısının belirlenmesinde kullanılan en temel belirleyicilerden biridir (8).

Acil servis için gerekli hemşire sayısının belirlenmesinde, hastaların hemşirelik bakımı gereksinimlerinin bireysel olarak değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu değerlendirme; hastaların bağımlılık düzeylerini, hemşire ile hasta arasındaki temas süresini kapsamalıdır (9). Hasta sınıflandırma sistemleri, hastanın yeterlilik düzeyini ve yararlandığı hemşirelik hizmetini yani farklı bağımlılık düzeyindeki hastalar için yapılan, farklı hemşirelik uygulamalarını ve bu uygulamaların süreleri belirlenerek hemşire iş yükünün belirlenmesini sağlar (10). Hasta bakımının kalitesi ve hasta güvenliği için hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısının, bakım gereksinimlerinin düzeyinin dikkate alınması, hasta- hemşire oranının buna göre planlanması önerilmektedir (11).

Hemşireler, acil servisin bu özelliklerinin yanında tüm kliniklerde olduğu gibi acil serviste de farklı bağımlılık düzeyindeki hastalara bakım verirler. Hastaların bağımlılık düzeylerine göre bakım gereksinimleri de değişebileceğinden hemşirelik bakımına yönelik beklentileri ve karşılanma durumu da farklı olabilmektedir (12). Literatürde, acil serviste hasta bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesine yönelik

kullanılan standart ölçüm araçları vardır. Bu standart ölçüm araçlarından biri olan Jones Bağımlılık Aracı (JBA), geçerliliği güvenilirliği test edilmiş, hemşire iş yükünün değerlendirilmesine ve buna göre acil serviste hemşire sayısını belirlemeye imkân sağlayan bir araçtır (13). JBA, her bir hasta için farklılık gösteren hemşirelik girişimini kategorize eden bir araçtır (8). Bu aracın psikometrik özellikleri İngiltere (Crouch & Williams 2006) ve Avustralya'da (Varndell 2013) yapılan araştırmalarda test edilmiş olup geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. JBA'na göre hasta bağımlılığının hastanede kalış süresi, yaş ile ilişkili olduğu ve bağımlılık düzeyi yüksek olan hastalarda doğrudan hemşirelik bakımı için harcanan sürenin de fazla arttığı saptanmıştır. Hastaların acil serviste kalış süresi, yaşı arttıkça hasta bağımlılık düzeyi bununla birlikte hemşire iş yükü de artmaktadır. (13; 14). JBA'ı güvenli ve etkili hasta bakımının verilmesi için iş yükü, kaynak kullanımı ve optimal düzeyde olması gereken hemşire sayısının belirlenmesinde kullanılması önerilmiştir (8). Varndell ve ark. (2016) 'nın, ambulansla acil servise girişi yapılan hastaların hasta bağımlılığını ve acil hemşirelerinin iş yükünü değerlendirdiği bir çalışmada, ambulansla acil servise başvuran hastaların (n=460) çoğunluğunun yaşamı tehdit eden bir durumu olduğu (%66), hastaların çoğunluğunun orta derecede bağımlı olduğu (%65) ve yaklaşık 152 saat direkt hemşirelik bakımına gereksinimi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin 60.4 saatini hastanın tekrar değerlendirilmesi ve 29.6 saatini ağrı yönetimine zaman harcadığı belirtilmiştir (6).

Ülkemizde, kliniklerde hastaların bakım bağımlılığının belirlenmesinde kullanılan değerlendirme araçları olmasına rağmen acil servise özel bir standart araca rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu araştırmanın acil servislerde hasta bağımlılık düzeyinin, acil servislerde kaliteli, etkili hasta bakımı için gerekli hemşire sayısının



belirlenmesinde ve hastalara verilecek bakımın planlanmasında rehber olacağı düşünülmektedir.

## **1.1 Çalışmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı; acil servise başvuran hastaların bağımlılık düzeylerinin belirlenmesinde Jones Bağımlılık Aracının Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

## **1.2 Araştırma Soruları**

1. Jones Bağımlılık Aracının Türkçe formu acil hastalarının bağımlılık düzeylerini belirleme de geçerli midir?
2. Jones Bağımlılık Aracının Türkçe formu acil hastalarının bağımlılık düzeylerini belirleme de güvenilir midir?

## **Bölüm 2**

### **GENEL BİLGİLER**

#### **2.1 Geçerlik ve Güvenirlik**

Standardize edilmiş ve yapılandırılmış ölçüm araçlarına giderek gereksinim artmaktadır. Bunun nedeni çok kültürlü çalışmaların artmasıdır. Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçme aracının başka bir kültüre ve dile uyarlanmasına ölçme aracı uyarlaması denir. Bir ölçeğin yalnızca başka bir dile çevrilip kullanılması yerine o ölçeğin geçerlik ve güvenirliliğinin yapılması kültürlerarası araştırma sonuçlarının karşılaştırılmasında yararlı olabilmektedir (15).

Bir ölçeğin sonrasında uygun bilgiler üretebilme yeteneğine sahip olması ve standardize olabilmesi için “geçerlik” ve “güvenirlik” olarak nitelendirilen iki özelliğe sahip olması gerekir. Geçerlik, bir ölçme aracının başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru olarak ölçebilme derecesidir. Güvenirlik ise, bir ölçme aracının ölçtüğü bir özelliğin aynı koşullar altında aynı bireyler üzerinde ve aynı ölçüm aracı ile ölçülmesi durumunda aynı sonuçların elde edilebilmesidir (16).

#### **2.2 Ölçme ve Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması**

Ölçme istatistik birimlerinin belirli kurallara uyarak sembol ve sayı ile ilgilenilen özelliğe sahip olma derecesinin eşleştirilmesidir (17). Mevcut ölçeklerin farklı dillere ve kültürlere çevrilmesi kültürler arası adaptasyonu sağlar. Böylece araştırmacılar arasında iletişim ve uluslararası düzeyde elde edilen veriler karşılaştırılıp benzer veya farklı yönler ortaya çıkar (18). Bu nedenle başka dil ve

kültürlerden uyarlanan ölçüm araçları hemşireler için hastaneye başvuran farklı kültürlere sahip hastaları anlaması açısından çok önemlidir (15).

Deniz (2007)'in aktardığına göre Hambleton ve Patsula (1999), kültürlerarası ölçek uyarlamasının neden yapılması gerektiğini 5 maddede şöyle açıklamışlardır;

1. Yeni bir ölçüm aracı geliştirmeye göre daha ucuz ve daha hızlıdır.
2. Uyarlama yapmanın amacı kültürel değerlendirme yapmak olduğu için, başka bir kültüre uyarlanan ölçek aracı o kültürde denk bir ölçek geliştirmede etkili bir yoldur.
3. Uyarlanacak olan kültürde, ölçüm aracı geliştirmek için uzmanlık bilgisi az ve yetersiz olabilir.
4. Uyarlanacak olan ölçek bilinen olduğu için yeni bir ölçek geliştirmeye göre daha güvenilir olacaktır.
5. Bir ölçeğin çok kültürlü sürümlerinden çıkarılan sonuçlar ölçeğin uygulandığı kişiler için çoğunlukla doğru olacaktır. Bu maddelerde ölçek uyarlamasının yeni bir ölçek geliştirmeye göre daha kolay olduğu belirtilmektedir (19).

## **2.3 Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Adımları**

### **2.3.1 Ölçeklerin Türkçeye Uyarlanmasında Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi (Dil Uyarlaması/Dil Geçerliği)**

Ölçek uyarlama çalışmasının ilk adımı bir kültürde geliştirilen bir ölçeğin başka dillere çevrilmesidir (20). Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi sırasında ölçeğin mevcut yapısında bazı değişiklikler olabilmektedir. Bunun nedeni anlatım farklılıklarıdır (21). Bu nedenle iyi bir çevirmen seçilmesi çok önemlidir. Seçilen çevirmenin her iki dili de akıcı konuşabilmesi, uyarlama yapılacak olan ölçeğin kültürüne aşina olması gerekmektedir (19). Bir ölçeğin başka bir dil ve kültüre

uyarlanması ve dil geçerliğinin sağlanması için; en az iki kişiden oluşan grup çevirisi, en az iki kişiden oluşan geri çeviri, uzman kişiler tarafından ölçeğin incelenmesi, uygulama öncesi ölçeğin pilot çalışmasının yapılması oldukça önemlidir (21).

**Grup Çeviri Yöntemi:** Bu yöntemde çevrilecek olan ölçek her iki dili iyi bilen en az iki kişi tarafından uyarlanacak olan dile çevrilir.

**Geri Çeviri Yöntemi:** Kültürel eşitliğin sağlanması için zaman alıcı olmasına rağmen dünyada en çok seçilen yöntemdir (20). Bu yöntemde uyarlanacak dile çevrilen ölçek tekrar orijinal diline çevrilir. Bu yöntem kalite kontrol görevi görmektedir. Genellikle araştırmaya dahil olmayan ve araştırma içeriğini bilmeyen çevirmenler tarafından yapılmalıdır (21).

**Uzman Grup İncelemesi:** Bu aşamada, ölçeğin konu alanı ile ilgili uzman kişiler tarafından çeviriler karşılaştırılır, çevirinin öğelerinin amaca uygun olup olmadığı incelenir ve çevirinin doğru olup olmadığı incelenir (21).

**Pilot Çalışma:** Uyarlama sürecinin son adımını oluşturmaktadır. Ölçeğin, 20-40 kişilik bir örnekleme ön uygulama yapılarak araştırmacıların ölçeğin basit, açık ve anlaşılabilir olduğunu anlamasına yardımcı olan bir aşamadır (15).

### **2.3.2 Ölçeklerin Psikometrik Özelliklerin (Güvenirlik ve Geçerlik) İncelenmesi**

Ölçek uyarlama aşamasında dil geçerliliği sağlandıktan sonra güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmalıdır (16). Her ölçme aracı belirli bir gruba uygulanmak üzere belirli koşullarda ve belirli bir amaç için geliştirilmektedir. Bu nedenle ilgili özelliği doğru ölçmesi beklenmektedir. Doğru ölçüm yapamayan ya da doğru ölçüm yapsa bile geçerliği olmayan bir ölçek yani kullanım amacına uygun olmayan bir ölçeğin kullanılması doğru değildir. Bu nedenle ölçüm araçlarında geçerlik ve güvenilirlik birlikte değerlendirilip ele alınması gerekmektedir (21).

## 2.4 Güvenirlik

Güvenirlik, ölçmelerdeki hatasızlığı tanımlamak için kullanılır (22). Bir ölçme aracıyla yapılan ölçümün her uygulamasında kararlı ve birbirine benzeyen sonuçlar alması ile ilgilidir. Ölçmenin rastlantısal yanılğılardan uzak olması ve aynı süreçlerin izlenip aynı ölçüm aracının kullanılarak aynı sonuçların alınması olarak tanımlanmaktadır (23). Güvenirlik, sadece ölçme aracına ait bir özellik değil aynı zamanda aracın sonuçlarına ilişkin bir özelliktir (16). Güvenilir olmayan bir ölçek kullanışsızdır (17). Güvenirlikte 3 kavram önemlidir. Tutarlılık, Kararlılık ve Duyarlılık (16).

### 2.4.1 Ölçmenin Standart Hatası

Güvenirlik kat sayılarının hesaplanabilmesi için, ölçüm sonucu elde edilen sonuçlarının ne kadarının gerçek ve hata varyansının olduğunun bulunması gerekir. Bunun içinde gözlenen değer ve bilinen değer bilinmesi gerekir. Gözlenen değer gerçek değerden farklı olabilir. Ölçümlerdeki bu değişime standart sapma denir ve gerçek hata payının standart hata olarak hesaplanmasında kullanılır (23).

Ölçmenin standart hatası testten alınan puanların gerçek puandan olan sapma miktarını belli güven düzeyleri için hesaplamada kullanır. Böylece alt ve üst sınır değerleri bulunur ve bu değerler gerçek puanın güven aralığını gösterir (24).

### 2.4.2 Güvenirlik Katsayısı

Güvenirlik katsayısı, ölçmedeki hatasızlığın ölçüsüdür ve bir grup istatistiğidir (17). Çok boyutlu ölçümlerde güvenirlüğün hesaplanması için güvenirlik katsayılarından birinin kullanılması önerilir (25). Korelasyon katsayısı rastgele hata hakkında bilgi sağlar. İki değişken arasındaki ilişki korelasyon değerine dayanır. İki ölçüm birbirine paralel ise verilerin kendi aralarındaki değişimler doğrusal bir niteliğe sahip olmasından dolayı güvenirlik katsayısı eşleşen korelasyon değeridir (26).

Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında bir değer alır ve +1'e yaklařtıķça güvenirlik artar (16).

#### **2.4.2.1 Güvenirlik katsayılarının Hesaplanmasında Kullanılan Yöntemler**

**Test-Tekrar Güvenirliği:** Bu test, aynı bireylere aynı koşullarda farklı zamanlarda bir lęme aracının iki kez uygulanmasıdır. Uygulanan lęme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar vermesi gerekmektedir (17). Bu testin uygulanmasında en önemli nokta, zaman aralığıdır. Zaman aralığının ne çok kısa ne de çok uzun olması gerekir. Kısa olursa yeniden hatırlaması kolay olur, uzun olursa da aynı koşullar tekrar sağlanamayabilir. Bu nedenle genellikle 2-3 ile 4-6 hafta arasında olması gerekmektedir. En sık kullanılan ve en önerilen güvenirlik göstergesidir. İki uygulamadan elde edilen puanlar arasında korelasyon hesaplanarak testin güvenirliği test edilir (23).

**Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi:** Birbirine eř değer iki form oluşturulur. İki formun eşdeğer olabilmesi için formların yapısının, zorluk derecelerinin puanlamalarının, madde sayılarının ve yorumlamalarının aynı olması gerekir. Bu iki form aynı kişilere, aynı koşullarda aynı gün veya farklı günlerde uygulanır. Bu formlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve güvenirlik katsayısı olarak yorumlanır (17).

**İç tutarlılık yöntemleri:** Bir lęeęin bir kez uygulanmasıyla güvenirlik tahmini yapılıyorsa, diğer yöntemlere göre meydana gelebilecek olan güvenirlik tahminlerindeki hata daha az olacaktır (17). lęek, bir gruba bir kez uygulanır ve lęeęin tutarlılığına kendi kendisiyle bakılır. Bu yöntemin tercih edilmesinin nedeni bir lęme aracının birden çok uygulanması için zamanın olmaması ve maliyetinin yüksek olmasıdır (27).

**Kuder-Richardson Güvenirlik Katsayıları:** İ tutarlılığın belirlenmesinde en sık kullanılan yöntemlerden birisidir. Bu yöntemin amacı, lęeęin tamamı ile tüm

maddelerinin birbirleri ile iç tutarlılığını tahmin etmektir. Yani ölçekteki tüm maddelerin aynı değişkeni ölçtüğü varsayılır. Ölçekten alınan yanıtlara 1 puan ve 0 puan verilir; 0 puan istenilen özelliği taşıması ya da boş bırakılması durumunda da, 1 puan ise istenilen özelliği taşıması durumunda verilir (17, 27).

**Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı:** Bu yöntem likert tipi ölçeklerde (1-3, 1-4, 1-5 gibi) kullanılan bir tahmin yöntemidir. 1951 yılında Cronbach tarafından geliştirilmiş bir yöntemdir. Alfa katsayısı yüksek olan maddelerin birbirleriyle aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğu ve ölçeğin tutarlı olduğu kabul edilebilir. Cronbach alfa ( $\alpha$ ) güvenirlik katsayısı değerlendirilirken değerler dikkate alınır;

$0 < \alpha < 0.40$  ise güvenilir değil

$0.40 < \alpha < 0.60$  ise düşük güvenirlilikte

$0.60 < \alpha < 0.80$  oldukça güvenilir

$0.80 < \alpha < 1.00$  yüksek güvenirlilik

#### **2.4.2.2 Madde-Toplam Puan Korelasyonu Katsayılarının Ortalaması**

Ölçeğin her bir maddeye ait olan puanların korelasyonu ile ölçeğin toplam puan korelasyonunun alınmasıdır. Madde-toplam puan korelasyonu katsayılarının ortalaması testin güvenilirliğini verir. Madde-toplam korelasyonunda spearman sıra korelasyon analizi uygulanır. Bu analizin yapılabilmesi için 100-200 arasında bir örneklem olması gerekir (23).

### **2.5 Geçerlik**

Ölçüm verilerinin doğrulamasını yapmak için önce güvenirlilik analizleri yapılır ancak güvenirlilik analizleri tek başına yeterli olmaz, geçerlik analizlerinin de yapılması gerekmektedir. Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ölçebilme özelliğidir (16). Bir ölçeğin neyi ne denli doğru ölçtüğüyle ilgili, ölçme aracının başka bir özelliği değil sadece ölçmek istediği özelliği ölçmesiyle ilgili bir

kavramdır. Geçerliğin ilk tanımı Garrelt tarafından 1937 yılında yapılmıştır. Garrelt'e göre geçerlik "ölçülmek istenen özelliğin amaca uygun olarak ölçülme derecesidir"(28).

Geçerlik analizlerinde dil geçerliği, anlam geçerliği, içerik/kapsam geçerliği, yapı geçerliği, faktör analizi, iç tutarlılık, ölçüt bağımlı ya da deneysel geçerlik kullanılır.

**Dil Geçerliği:** Bir ölçeğin geliştirildiği dilden uyarlama yapılacak olan kültürdeki dile çevrilmesidir. Analizinde anlam ve içerik geçerliği kullanılır (24).

**Anlam Geçerliği:** Ölçeğin geliştirildiği dilden uyarlama yapılacak olan dile çevrildiği zaman, ölçek maddelerinde anlam olarak herhangi bir değişiklik olmamasıdır (24).

**İçerik Geçerliği:** Ölçekte bulunan her maddenin ve bir bütün olarak ölçeğin amaca ne derece hizmet ettiği (16). İçeriğin boyutlarının belirlenmesi için bir uzman grubundan yararlanılabilir. Konu ile ilgili uzmanların görüşüne sunulur, uzmanlar maddenin uygunluğunu 1-4 puan vererek değerlendirirler. Puanlamalar yapıldıktan sonra uzmanların katılım yüzdeleri karşılaştırılır (29).

**Yapısal Geçerlik:** Ölçeğin amacına ne kadar uygun olarak ölçülüp ölçülmediği değerlendirilir. Somut bir ölçüm yerine kavramsal yapı veya belirli bir davranış alanı değerlendirilir (23). Yapısal geçerliği kanıtlamak için kullanılan yöntemler şöyle tanımlanmıştır;

**Faktör Analizi:** Çok sayıdaki değişkenlerin arkasında yatan temel yapıyı ortaya çıkarmak için yapılır. Amacı ise değişkenler arasındaki ilişkinin anlaşılmasına yardımcı olmak ve yorumlanmasını kolaylaştırmaktır (17). Faktör analizi açıklayıcı ya da doğrulayıcı/hipotez destekleyici olabilir. Ölçek uyarlamalarında daha çok ölçekteki



maddelerin yapısı hakkında var olan bir hipotezi sınamak için doğrulayıcı faktör analizi kullanılır (27).

**İç Tutarlılık:** Ölçeğin maddelerinin değerlendirilmesinde likert tipi derecelendirme var ise söz konusu ölçeğin yapısal geçerliğini test etmek için ilk başvurulacak yöntemdir (23).

**Ölçüt Bağımlı ya da Deneysel Geçerlik:** Bir ölçekten elde edilen sonuçlar ile başka bir ölçekten elde edilen sonuçların, korelasyon puanlarının benzer olmasıdır (27).

Güvenirlilik, bulguların istikrarı olarak adlandırılırken, geçerlilik bulguların doğruluğu olarak temsil edilir. Geçerlik ve güvenirlilik şeffaflığı artırır. Araştırmanın güvenirliliğini ve geçerliğini değerlendirmeden ölçüm hatalarının ölçülmekte olan teorik ilişkiler üzerindeki etkilerini açıklamak zordur. Geçerlik ve güvenirlilik, ölçüm aracının bütünlüğünü ve kalitesini sağlamak için bir ön koşuldur (30).

## **2.6 Acil Servis**

Acil servis, yaşamı tehdit eden durumlar karşısında hastaların gereksinimlerini karşılamak amacıyla tasarlanan ve gerekli hizmetleri zamanında ve etkin olarak sunan, 24 saat kesintisiz hizmet veren birimlerdir (31). Acil tıp hizmetleri; medikal, cerrahi ve psikiyatrik bakım gereksinim olan acil hastalarının hastaneye kabulü, hastaların değerlendirilmesi, ilk tetkik ve tedavisinin hızlı bir şekilde yapılmasını içerir. Acil servise gelen hastaların bakımı, ilk önce hastanın değerlendirilmesini daha sonra gereken tedavisinin yapılmasını ve bu tedavi ile akut sorun çözümlerse taburcu edilmesini ya da tedavisinin devam etmesi için ilgili bölüme yatırılmasını kapsar (32). Acil servis, hasta başvuru sayılarının yüksek olduğu, dinamik ve hastaların klinik stabilitesinin sürekli ve önemli bir ölçüde değişebildiği ortamlardır (33). Acil servis hemşireliğinin niteliği, hastaların hızlı girişi, şikayetlerin sunumundaki farklılıklar ve

ayrıca hastaların bölümdeki kalış süreleri nedeniyle hastanenin diğer alanlarından önemli ölçüde farklıdır. “Zamanında bakım hayat kurtarır”, acil servislerin sağlık hizmetleri sistemindeki rolünün altında yatan temel gerçektir (34). Acil serviste en uygun bakımın sağlanabilmesi için esnek ve duyarlı bir personel düzeninin sağlanması gerekir ve bunun için hasta bağımlılığı önemli bir faktördür (33).

Son yıllarda acil servislere başvuran hasta sayısında ciddi oranda artış görülmektedir. Acil servise başvuru oranlarının gelişmiş ülkelerde % 5-8, Türkiye’de ise %28- 30 arasında olduğu belirtilmektedir (35). K.K.T.C’de ise acil servise başvuran hasta sayısının 2017 Sağlık Bakanlığı verilerine göre 190.005 ve günlük hasta sayısı ortalamasının 252 olduğu bilinmektedir. Hastaların acil servise başvurma nedenleri incelendiğinde; hastane polikliniklerinde sıra bulamaması, poliklinik randevularının ileri bir tarihe verilmesi, acil servislerde 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi ve günün her saatinde ulaşılabilir olması, poliklinik şartlarına göre acil serviste bekleme süresinin daha az olması ve kısa zamanda tetkik yaptırabilme ve tedavi olma olarak belirtilmektedir (36).

## **2.7 Acil Serviste Hasta Bağımlılığı**

Hasta bağımlılığı, hastanın kendi öz bakımını yapma becerilerinde azalma olması ve bağımlılık durumuna göre bakım ve profesyonel desteğe ihtiyaç duyması olarak tanımlanır (32). Dijkstra ve arkadaşları, hemşirelik bakım bağımlılığını “Bireyin öz bakımdaki azalmasından ve eşzamanlı hemşirelik bakımına duyulan ihtiyacın artmasından kaynaklanan bir hemşire-hasta ilişkisi” olarak tanımlamıştır (37). Acil servis hemşiresinin gerçek iş yükünü yansıtan hasta bağımlılığı; her hastanın özel bakım gereksinimi ve bu gereksinimlerin karşılanması için gerekli hemşirelik bakımının süresini etkileyen bir faktördür (14).

Hasta bağımlılığının değerlendirilmesi, hemşirelerin bakım yeteneklerinin ve düzeylerinin daha etkili bir şekilde değerlendirilmesi açısından önemlidir. Hasta bağımlılığı, hastanın ihtiyaç duyduğu hemşirelik bakımı olarak ve hasta bağımlılığının ortaya çıkardığı görevler ise hemşirelik iş yükü olarak tanımlanmıştır. Acil servislere, hasta bağımlılığının değerlendirilmesi, hastanın acil serviste ne kadar süre kaldığı ve bu süre içerisinde hemşireye olan bağımlılığı, kaliteli bir bakım verebilmek için kaç hemşireye ihtiyaç olduğunun belirlenmesinde önemli rol oynar (33). Acil serviste hasta bağımlılığı değerlendirme aracının kullanılması, her hasta için gerekli olan hemşirelik bakım ihtiyaçlarının belirlenmesine yardımcı olabileceği gibi, uygun kaynak tahsisini kolaylaştırabileceği ve böylece hasta bakım standardını iyileştirebileceği öne sürülmüştür (14).

## **2.8 Hasta Sınıflandırma Sistemi**

Malloch ve Conovaloff (1999) hasta sınıflandırma sistemini “hasta başına düşen hemşire sayısını belirlemek” olarak tanımlamıştır (38). Hasta sınıflandırma sistemleri hastaların bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve ölçülmesi ile hemşirelik bakımına olan ihtiyacı tahmin ederek iş yüklerini yönetmek için geliştirilen bir sistemdir (39). Hasta sınıflandırma sistemleri, 24 saat içinde hastanın bireysel bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini ve hasta bağımlılığının derecelendirilmesini sağlar (39). Hastaların bakım karmaşıklığı açısından sınıflandırılması, bir hastanenin organizasyonunda önemli bir rol oynar (33).

Bir hasta sınıflandırma sisteminin amacı; bir hasta veya hasta grubu için hem doğrudan hem de dolaylı hemşirelik bakım yoğunluğunu belirlemektir (33). Hasta sınıflama sistemleri, her hasta için gerekli hemşire sayısını tahmin etmek için hasta bakım ihtiyaçları belirlenerek iş yüklerini yönetmek için geliştirilmiştir (40).

## **2.9 Hasta Sınıflandırma Sistemlerinin Tarihçesi ve Tipleri**

Hasta sınıflandırma sistemi günümüzde hemşirelik alanında özellikle ABD ve Avustralya'da yaygın olarak kullanılmaktadır. Hasta sınıflandırmasına yönelik sistemler 1950'lerden itibaren özellikle Amerika Birleşik Devleti'nde, Birleşik Krallık'ta ve 1960'ların başından beri İskandinav ülkelerinde geliştirilmeye başlanmıştır (33). Hasta sınıflandırma sistemi ilk olarak 1960'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan John Hopkins Üniversitesinde, her vardiyada çalışması gereken hemşire sayısını belirlemek için geliştirilmiştir (10).

İlk nesil hasta sınıflandırma sistemlerinde tahmini yıllık personel ihtiyaçları manuel olarak hesaplanmıştır. 1980'lerde odak noktası aylık personel bütçesi olan ikinci nesil hasta sınıflandırma sistemi geliştirilmiştir. Bu sistemlerin olumsuz yönleri; güvenilirliklerinin olmaması ve personelin gerçekleştirmesi gereken çoklu görevlerinin dikkate alınmamasıdır. Birçok yönetici, personel kaynaklarını ve hemşirelik yönetimi için güvenilir bir kaynak bulmak ister (33).

Hasta sınıflandırma sistemlerinin üç tipi vardır. İlki Tanımlayıcı (Kısa Tanımlama-prototip) hasta sınıflandırma sistemi, ikincisi kontrol listesi, üçüncüsü ise aktivite-zaman ölçümlü hasta sınıflandırma sistemidir. İlgili hasta sınıflandırma sistemleri aşağıda açıklanmıştır (13).

### **2.9.1 Tanımlayıcı (Kısa Tanımlama-Prototip) Hasta Sınıflandırma Sistemi**

Tanımlayıcı (Kısa Tanımlama-Prototip) Hasta Sınıflandırma Sistemi, hastaya ait karakteristik özellikleri kullanır ve bunları uygun bir kategoriye yerleştirir. Bu sistem Hemşirelik Yoğunluk İndeksi gibi bir zaman ögesine sahiptir, her hasta sınıfındaki tipik hemşirelik görevlerini tanımlar. Hemşirelik bakımın birkaç kritik göstergesi veya faktörü ile karakterize edilip daha sonra birbirinden bağımsız olarak

puanlanır (40). Bu sistem, hastaya verilecek bakımın belirlenmesinde önemli olan bazı girişimleri kullanır. Örneğin; yemek yeme, banyo yapma (13).

### **2.9.2 Kontrol Listesi Şeklinde Hasta Sınıflandırma Sistemi**

En çok kullanılan hasta sınıflandırma sistemidir. Kullanılan bakım kriterleri sağlık durumu, beslenme, giyinme, öz bakım, boşaltım, mobilizasyonu kapsar. Hastanın bu bakım gereksinimlerini karşılamadaki yeterlilik düzeyi, hemşire bakımına ne kadar ihtiyaç duyduğuna göre belirlenir. Her bir kriter için bir puan verilerek değerlendirilir. Kendi bakımını tek başına yapabilene 1 puan verilirken tamamen hemşire bakımına bağımlı olan hastaya 4 puan verilir. İlgili puanların toplanması ile hastanın bakım bağımlılığı sınıflandırılır, hastanın hemşireye bağımlılık düzeyine göre hemşire iş yükü belirlenir (10).

## **2.10 Hasta Sınıflandırma Sistemlerinden Örnekler**

### **2.10.1 Rush Medikus Hasta Sınıflandırma Sistemi**

Bu sistem hastaların bakım ihtiyaçlarının belirlenmesinde kullanılmaktadır. Hastaların 24 saatte kaç hemşirelik saatine ihtiyacı olduğunu belirlemek için, en çok bakım ihtiyacı olandan en az bakım ihtiyacı olan hastaya kadar hemşirelik bakım gereksinimlerinin sınıflandırılması için geliştirilmiştir (41). Bu sistemde hastanın hemşireye olan bağımlılığını tanımlayan 29 bakım gereksinim alanı bulunmakta ve bu her bir bakım alanı karşılamada hastanın hemşireye olan gereksinim düzeyine göre puanlandırılarak hastanın aldığı puanlar toplanır ve hangi bağımlılık grubuna karşılık geldiği belirlenir (42).

### **2.10.2 Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği (CHSÖ)**

Bu ölçek, Cheltenham tarafından 1984 yılında geliştirilmiş, Türkçeye uyarlaması ise Yıldırım ve Oktay (2005) tarafından yapılmıştır. Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği, dört bakım kriterinden oluşmaktadır. Bunlar; hareket, hijyen,

beslenme ve mental durumdur. Her bir kriter 0-4 arası hastanın bakım ihtiyacına göre puanlanmakta ve elde edilen puana göre hastalar sınıflandırılmaktadır.

### **2.10.3 Tedavi Girişimleri Skolama Sistemi**

Tedavi Girişimleri Skolama Sistemi (TGSS), 1974 yılında geliştirilmiş ve hastaları sınıflandırmak için yaygın olarak kullanılmaktadır. ABD’de ve diğer ülkelerde birçok amaç için kullanılmıştır. 1996 yılında Miranda tarafından yeniden düzenlenmiş olup Türkçe’ye uyarlaması TGSS-28 Tedavi Girişimleri Formu şeklinde 1998 yılında Kılıçaslan tarafından yapılmıştır. Bu form, yoğun bakımdaki hemşireler ve doktor tarafından uygulanmaktadır. Tedavi Girişimleri Skolama Sistemi, tedavi edici girişimleri içermekte ve yaşamı tehdit eden hastalıkların skorlanmasında, hastanın bireysel ihtiyaçlarını tanımlayabilen kombine bir sistemdir.

Tedavi Girişimleri Skolama Sisteminin kullanılma amaçları; hastalığın şiddetini belirlemek, hasta-hemşire oranını belirlemek, yoğun bakımda yatan her hasta için hemşire bakım saatini, her vardiya için kaç hemşire olması gerektiğini belirlemek ve buna uygun olarak bir çalışma planı düzenlemek, hastanedeki yoğun bakım yatak kapasitesini belirlemek, kritik ve hayatı tehdit eden durumlarda uygun tedavi yapabilmektir (43).

Tedavi girişimleri skolama sistemi 7 ana başlık altında toplanır. Bunlar; temel aktiviteler, ventilatör destek, renal destek, kardiyovasküler destek, metabolik destek, nörolojik destek ve özel girişimlerdir (44).

### **2.10.4 Oulu Hasta Sınıflandırma Ölçeği**

Oulu Hasta Sınıflandırma Ölçeği, Finlandiya-Oulu Üniversite Hastanesi’nde 1995 yılında geliştirilmiştir (45). Bu ölçek 6 bakım ihtiyacının belirlenmesi için oluşturulmuştur. Bunlar aşağıda açıklanmıştır;

1. Bakımın Planlanması

2. Solunum, Kan Dolaşımı ve Hastalık Septomları
3. Beslenme ve İlaç
4. Kişisel Hijyen ve Salgı
5. Hareket, Uyku ve Dinlenme
6. Eğitim ve Rehberlik

Frilund ve Fagerström (2009) yaptıkları çalışmada yaşlı hastaların bakım ihtiyaçlarını ve temel sağlık hizmetlerini karşılamak için kullanılabileceği sonucuna varmışlardır (46).

### **2.10.5 Zebra Hasta Sınıflandırma Ölçeği**

Bu hasta sınıflandırma sistemi İsveç'te yaygın olarak kullanılan bir sistemdir. Bağımlılık odaklıdır. 4 bölümden oluşur; 1-Hasta sınıflandırması, 2-Aktivite, 3-Personel durumu, 4-Hemşirelik bakımının kalitesi. Her hastaya 24 saatte verilen doğrudan hemşirelik bakım uyumaları değerlendirilir (47)

Zebra hasta sınıflandırma sisteminin bileşenleri; hijyen, beslenme, gözlem, hareket, kontrol edilemeyen çıktılar ve ekstra bakım ihtiyacıdır. Bu bileşenlerin her birinin bağımlılık düzeyini belirleyen üç belirleyicisi vardır. A, B ve C gibi.

Bu sistemin geliştirilme amacı farklı birimlerdeki hemşirelik bakımlarını karşılaştırmaktır (48).

### **2.10.6 Acil Servis Hasta Sınıflandırma Sistemleri**

Genel hemşirelik bakım alanlarında kullanılan birçok hasta sınıflandırma sistemleri kullanılmasına rağmen acil servislerde kullanılan hasta sınıflandırma sistemleri ve kullanımı oldukça sınırlıdır. William (2006)'ın yaptığı bir literatür incelemede; acil servislerde hasta sınıflandırma sistemi olarak kullanılan 12 sınıflama sisteminin olduğu fakat bunlardan sadece üçünün geçerlik ve güvenilirliğinin incelendiği belirtilmiştir. Bunlar;

1-ABD’de geliştirilen Acil Servis Hasta Gereksinimleri Matrisi

2-Avustralya’da geliştirilen Conner Aracı

3-Birleşik Krallık’ta geliştirilen Jones Bağımlılık Aracı (33).

**1-Acil Servis Hasta Gereksinimleri Matrisi:** Prototip bir araçtır. Acil servis hemşireleri tarafından triyajda uygulanması kolay olan bir sınıflama sistemidir. Hasta sınıflamasında; minimal hastalık, orta derecede hastalık, yaşamı potansiyel olarak tehdit eden hastalık ve akut hastalık olmak üzere 4 kategori ve 10 maddeden oluşmaktadır (13).

**2-Conner Aracı:** R. J.Conner tarafından 1961 yılında Johns Hopkins Hastanesi acil servis kullanımı için Acil Servis Hasta Gereksinimleri Matrisi’nden uyarlanarak geliştirilmiştir. Hasta bakımı için gerekli hemşire iş yükünün belirlenmesinde kullanılmaktadır. Bakım verilecek hastalar öz bakım, kısmi bakım veya genel bakım olarak kategorilendirilip her hasta başına düşen hemşirelik bakım saati belirlenir. Bu yöntemin amacı, hemşire iş yükünü değerlendirmektir. Kontrol listesi şeklinde bir sınıflandırma aracıdır, objektiftir, personelin eğitimini kolaylaştırır. 1994 yılında Conners’ın Kırsal bir acil serviste yaptığı çalışmada hastaların ihtiyaçlarının gerçek bir yansıması olduğunu düşündükleri için personel tarafından kabul gören bir araç olduğu belirtilmiştir (49).

**3-Jones Bağımlılık Aracı:** Acil serviste hasta bağımlılığını değerlendirmek için geliştirilen “Jones Bağımlılık Aracı (JBA)”, Crouch ve Williams tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Jones Bağımlılık Aracı hasta bağımlılığıyla ilişkili faktörlerin kapsamlı gözlemsel çalışmasıyla geliştirilmiş bir araçtır.

Avustralya’da yapılan bir çalışmada bir acil serviste hasta bağımlılığını değerlendirmek için JBA aracı kullanılmıştır. Yapılan bu çalışmada acil servise başvuran hastaların hasta bağımlılığının öğleden sonra arttığı ve gece hemşirenin daha



az olduğu zamanlarda üst düzeye ulaştığı gözlemlenmiştir. Acil servise başvuran hastaların çoğunun orta derece bağımlı olduğu gözlenip hasta bağımlılığı arttıkça hastalara daha çok hemşirelik bakımının verildiği alanlar ayrılmıştır. JBA'nın zaman içinde hasta bağımlılığındaki değişikliklere karşı ve taburculuk planlamasına yardımcı olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda JBA'nın acil serviste hasta bağımlılığının değerlendirilmesinde kullanılabilir hasta sınıflama sistemi olduğu belirtilmiştir (14).

## **Bölüm 3**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma; Jones Bağımlılık Aracının Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla metodolojik araştırma tasarımına uygun yürütüldü.

#### **3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, K.K.T.C.'de Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin acil servisinde yürütüldü. Acil servise başvuran hasta sayısı 2017 verilerine göre 190.005 ve günlük hasta sayısı ortalama 252'dir. Acil serviste toplam 29 hemşire çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatleri 07.00-14.00 (7 hemşire), 14.00-21.00 (6 hemşire), 21.00-07.00 (5 hemşire)'dir. Acil serviste toplam 30 yatak olup bir resüsitasyon odası (1 yatak), bir muayene (1yatak/4-5 hemşire), hasta gözlem odası (26 yatak/ 1-2 hemşire), bir triyaj alanı, 2 ilk yardım odası (2 yatak) bulunmaktadır. Acil serviste Haziran 2018 yılından itibaren hemşireler tarafından yürütülen triyaj uygulamasına başlanmıştır. Acil serviste 5'li triyaj sistemi kullanılmaktadır. Bu sisteme göre hastalar; Kırmızı (resüsitasyon), Turuncu (çok acil), Sarı (acil), Yeşil (daha az acil), Mavi (acil değil) olarak kategorilendirilmektedir. Acil serviste hasta bağımlılığının değerlendirildiği standart bir ölçüm aracı yoktur.

Veriler, gerekli kurum ve kurul izinleri alındıktan sonra Ekim-Aralık 2020 tarihleri arasında toplandı.

### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, devlet hastanesinin acil servisine başvuran hastalar oluşturdu. Ölçek geçerlik güvenirliğinde örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında ölçekte var olan madde sayısının 10 ya da 20 katı olması önerilmektedir (50). Bu nedenle ölçekte 6 alt boyutta yer alan 18 madde olduğu için araştırmanın örneklemi acil servise başvuran 400 hasta dahil edildi. Ancak, verilerin değerlendirilmesinde hastaların arrest olması, 30 dk dan kısa sürede taburcu olması ya da yoğun bakıma transferinin sağlanması nedeniyle 314 hasta verisi değerlendirmeye alındı. Araştırmada evrene ulaşma oranı %87'dir. Jones Bağımlılık Aracı'nın stabilitesi gözlemciler arası uyum ile incelenmiş olup hastaların bağımlılık düzeyi iki farklı hemşire tarafından örneklem dışında 50 hasta ile değerlendirilmiştir.

### **3.4 Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil Servisinde Ekim-Aralık 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın verileri acil serviste çalışan araştırmacı tarafından toplanmıştır. Gözlemciler arası uyumu değerlendirmek için veriler araştırmacı ve 10 yıllık acil servis deneyimi olan acil servis hemşiresi tarafından toplanmıştır. Ölçüm araçları her vardiyada örneklem rastgele seçilerek toplanmıştır. Ölçeği doldurma süresi ortalama 10 dakikadır. Araştırmanın verileri, "Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri Formu" ve "Jones Bağımlılık Aracı" ile toplandı.

#### **3.4.1 Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri Formu (Ek-1)**

Hastaların tanıtıcı özelliklerinden yaş, cinsiyet, klinik özelliklerinden başvuru zamanı, başvuru şikâyeti, tanı, triyaj kategorisi (kırmızı, turuncu, sarı, yeşil, mavi), yaşam bulguları (ateş, nabız, kan basıncı, solunum, oksijen satürasyonu), acil servise geliş şekli, acil serviste izlem süresi, acil serviste izlendiği alan, acil servisten taburcu

olduğu yer (klinik, yoğun bakım, ameliyathane, başka bir hastane, ev) içermektedir. Bu form araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlandı (8; 13; 12).

### **3.4.2 Jones Bağımlılık Aracı-JBA (Ek-2)**

Acil serviste hasta bağımlılığını değerlendirmek için geliştirilen “Jones Bağımlılık Aracı (JBA)”, Crouch ve Williams tarafından (2006) geliştirilmiştir. JBA, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, hastaların bağımlılık düzeyinin belirlenmesini ikinci bölüm bağımlılık düzeyine göre gerekli hemşirelik girişimlerini içermektedir. Birinci Bölüm, altı boyut 18 maddeden oluşmaktadır. Bunlar iletişim, havayolu, solunum, dolaşım, mobilite, yeme-içme-eliminasyon ve kişisel bakım, çevre-güvenlik, sağlık ve sosyal gereksinimler ve triyaj kategorisidir. Her bir alt boyut 1 (bağımlı değil) ile 3 (tam bağımlı) puan arasında değerlendirilir ve toplam JBA puanı elde edilir. JBA’dan en düşük 6 en yüksek 18 puan alınmaktadır.

### **3.4.3 Jones Bağımlılık Aracının Dil Geçerliğinin İncelenmesi**

Araştırmada kullanılan ölçüm aracının uyarlanması ilk aşamada dil geçerliği sağlanmıştır. Jones Bağımlılık Aracı, araştırmacı tarafından ve her iki dili iyi bilen, acil servis çalışma deneyimi olan Acil Tıp uzmanı ve acil hemşiresi tarafından İngilizce’den Türkçe’ye çevrildi. Türkçe’ye çevrilen ölçek, geriye çevirme tekniği ile çeviri geçerliği değerlendirildi. Çeviri geçerliği, ölçeğin orijinalini hiç görmeyen dil uzmanı iki kişi tarafından İngilizce’ye çevrildi. Orijinal ölçek ile geri çevrilen ölçeğin karşılaştırılması yapıldı, anlam ve kavram bütünlüğü sağlandığı görüldükten sonra uzman görüşü alınarak içerik geçerliği için gereken düzenlemeler yapıldı.

### **3.4.4 Jones Bağımlılık Aracının İçerik Geçerliğinin İncelenmesi**

Ölçeğin dil geçerliği sağlandıktan sonra içerik geçerliğinin sağlanması için sekiz uzmandan görüş alındı. Bu uzmanlar; cerrahi hastalıkları hemşireliği, hemşirelik esasları, iç hastalıkları hemşireliği, hemşirelikte yönetim öğretim üyesi, iki acil servis

hemşiresidir. Uzmanlardan, ölçeğin hasta bağımlılığını değerlendirip değerlendirmedeği ve Türk kültürüne uygunluğu açısından değerlendirmeleri istendi. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda ölçekte iletişim maddesinde “ağrının görsel analog skalanın yüksek, orta veya alt aralığında olması” yerine “görsel analog skalaya göre şiddetli/orta siddette /düşük siddette ağrısı var” olarak, ABC maddesinde “Kalp/solunum durması(ya da riski)” yerine “kardiyak/respiratuar arrest ya da arrest riski var” olarak, hareket maddesindeki “tam hareketsizlik” , “tamamen hareketsiz” olarak değiştirildi. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde İçerik Geçerlik İndeksi (Content Validity Index) kullanıldı (51). Ölçeğin her bir maddesi 4'lü likert şeklinde uzmanlar tarafından 1=uygun değil, 2=biraz uygun, 3=oldukça uygun, 4=çok uygun olarak değerlendirildi. İçerik geçerlik indeksi; ölçek geçerlik indeksi (Ö-İGİ) ve madde geçerlik indeksi (M-İGİ) ile hesaplandı. Jones Bağımlılık Aracı'nın M-İGİ'i 0.95, Ö-İGİ'i 0.95 bulundu.

Anketin dil ve içerik geçerliği sağlandıktan sonra 20 hasta ile, JBA'nın değerlendirme kategorilerinin uygulanabilirliği değerlendirildi. Ayrıca acil servis hemşireleri tarafından JBA'nın hastalarda uygulanması istendi ve görüşleri alındı. Alınan geri bildirimlerde JBA'nın anlaşılır ve kullanımı kolay bir ölçek olduğu belirtildi. Ön uygulama sonucunda ankette herhangi bir değişiklik gereksinimi olmadı ve ön uygulamaya alınan hastaların verileri örnekleme dahil edilmedi.

#### **3.4.5 Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi**

Anketin geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesinde; Kriter (Ölçüte Dayalı) Geçerliği ve Güvenirlik analizleri kullanıldı.

**Kriter (Ölçüte Dayalı) Geçerliliği;** Örneklemden elde edilen verilerden, hastaların yaşam bulguları, triyaj kategorisi, tanıtıcı ve klinik özellikleri ile hastaların bağımlılık düzeyleri karşılaştırıldı.

**Güvenirlilik Analizleri;** JBA'nin değişmezliğini test etmek için, hastanın bağımlılığını değerlendiren hemşire tarafından, hasta taburcu olurken ya da başka bir kliniğe transportu yapılırken aynı hastanın bağımlılık derecesinin tekrar değerlendirilmesi ile test edildi. Acil servis bakım alanından, her bir şiftte örneklemin %10'u kadar hasta randomize seçilerek test edildi (Tablo 4.10, Tablo 4.11). JBA'nin stabilitesini gözlemciler arası uyum ile değerlendirildi. Hastaların bağımlılık düzeyi iki farklı hemşire tarafından örneklemin %10'u kadar hasta randomize seçilerek puanlandı ve gözlemciler arası uyum katsayısı hesaplandı (Tablo 4.12).

### 3.5 Araştırma Zaman Çizelgesi

Araştırma zaman çizelgesi Şekil 1’de sunulmuştur.



Şekil 1: Araştırma Zaman Çizelgesi

### 3.6 Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel olarak analiz edilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 yazılımı kullanılmıştır.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin frekans analizi sonuçları verildi. Hastaların yaşamsal bulgularına ve Jones Bağımlılık Aracı puanlarına ilişkin betimsel istatistikler verildi. Araştırmada nonparametrik hipotez testleri kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov testi, QQ plot ve çarpıklık-

basıklık katsayıları ile incelenip belirlendi. Bağımsız değişkenin iki kategorili olduğu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla kategorili olduğu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. Hastaların yaşamsal bulguları ile Jones Bağımlılık Aracı puanları arasındaki korelasyonlar ise Spearman testiyle test edildi.

Jones Bağımlılık Aracının geçerlik-güvenirlik çalışması kapsamında araştırmada yer alan iki farklı gözlemcinin JBA puanları arasındaki uyumların incelenmesinde Cohen Kappa testi kullanıldı. Gözlemcilerin yapmış oldukları ilk ölçüm (hasta acil servise ilk geldiğinde) ve son ölçüm (hasta acil servisten ayrılırken) JBA puanları arasındaki ilişkiler sınıf içi korelasyonlar (Intra-class correlation) ile incelendi.

### **3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın sonuçları, araştırmaya katılıp veri toplanan hastalara genellenebilir. Ölçeğin sadece İngiltere’de ve Avustralya’da geçerlik ve güvenilirliği incelendiğinden dolayı ve başka kültürlerde geçerlik/güvenirlik çalışması yapılmadığı için kültürler arası karşılaştırma yapılamamıştır.

### **3.8 Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmada, Jones Bağımlılık Aracı’nın sahibinden yazılı izin alındı (Ek-4). Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği kurulundan (ETK00-219-0111) (Ek-5) ve araştırmanın uygulanabilmesi için Lefkosa Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinden kurum izni (YTK.1.01) (Ek-6) alındı. Araştırma, Helsinki Deklarasyon ilkeleri doğrultusunda yürütüldü. Araştırmaya katılan hastalardan, hasta ya da hasta yakınlarından Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile yazılı izin alındı (Ek-7).



## Bölüm 4

### BULGULAR

Tablo 1: Hastaların Tanıtıvı ve Klinik Özellikleri (N=314)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	126	40,13
Erkek	188	59,87
<b>Yaş grubu</b>		
25 yaş ve altı	29	9,24
26-40 yaş	45	14,33
41-55 yaş	55	17,52
56-70 yaş	80	25,48
71 yaş ve üstü	105	33,44
<b>Acil servise başvuru zamanı</b>		
00:00-06:00	29	9,24
6:00-12:00	72	22,93
12:00-18:00	126	40,13
18:00-24:00	87	27,71
<b>Acil servise başvuru günü</b>		
Pazartesi	40	12,74
Salı	43	13,69
Çarşamba	47	14,97
Perşembe	53	16,88
Cuma	52	16,56
Cumartesi	48	15,29
Pazar	31	9,87
<b>Acil servise geliş şekli</b>		
Yürüyerek	50	15,92
Tekerlekli sandalyede	69	21,97
Ambulans ile	195	62,10
<b>Triaj</b>		
Kırmızı	27	8,60
Turuncu	115	36,62
Sarı	163	51,91
Yeşil	9	2,87
<b>İzleme alanı</b>		
Resüsitasyon odası	8	2,55
Yataklı gözlem odası	306	97,45

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Tablo 1’de gösterildi.

Acil servise başvuran, örnekleme dahil edilen hastaların %59,87’sinin erkek, %17,52’sinin 51-55 yaş %25,48’inin 56-70 yaş ve %33,44’ünün 71 yaş üstü yaş grubunda olduğu görüldü.

Hastaların %40,13’ünün acil servise başvuru zamanının 12:00-18:00 saatleri arasında olduğu, büyük çoğunluğunun hafta içi başvurduğu, %62,10’unun acil servise ambulans ile geldiği, %36,62’sinin triaj renginin turuncu, %51,91’inin ise sarı olduğu, %97,45’inin yataklı gözlem odasında izlendiği belirlendi.

Tablo 2: Hastaların Yaşamsal Bulgularının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (N=314)

	İlk ölçüm		15.'nci dk		30.'ncu dk		60.'nci dk	
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	S
<b>Nabız</b>	97,29	25,75	95,66	24,58	94,08	21,96	91,73	19,11
<b>Sistolik Kan Basıncı</b>	130,32	30,77	129,9	30,79	127,08	27,19	124,52	24,21
<b>Diyastolik Kan Basıncı</b>	78,17	15,43	77,47	14,88	76,83	13,67	76,15	12,08
<b>Solunum</b>	17,11	4,48	16,77	2,34	16,76	2,19	16,6	1,98
<b>Ateş</b>	36,16	0,54	36,11	0,76	36,16	0,87	36,04	0,64
<b>Oksijen Saturasyonu</b>	95,74	4,44	95,93	3,9	96,22	3,62	99,09	45,47

Hastaların yaşamsal bulgularına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2’de gösterildi.

Hastaların acil servise geldiğinde ilk değerlendirilen (ilk ölçüm) nabız ortalaması  $97,29 \pm 25,75$ , SKB ortalaması  $130,32 \pm 30,77$ , DKB ortalaması  $78,17 \pm 15,43$ , solunum ortalaması  $17,11 \pm 4,48$ , ateş ortalaması  $36,16 \pm 0,54$  ve oksijen

saturasyonu ortalaması 95,74±4,44 bulundu. Hastaların 60.'nci dakikada ölçülen nabız ortalaması 91,73±19,11, SKB ortalaması 124,52±24,21, DKB ortalaması 76,15±12,08, solunum ortalaması 16,6±1,98, ateş ortalaması 36,04±0,64 ve oksijen saturasyonu ortalaması 99,09±45,47 bulundu.

Tablo 3: Hastaların Jones Bağımlılık Aracı puanları (N=314)

	İlk		Son		Z	p
	değerlendirme**		değerlendirme***			
İletişim	1,97	0,51	1,37	0,61	- 13,316	0,000*
ABC	1,42	0,58	1,20	0,47	-8,027	0,000*
Mobilizasyon	1,86	0,54	1,62	0,59	-8,663	0,000*
Yeme-İçme	1,86	0,65	1,54	0,67	-9,952	0,000*
Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler	1,88	0,68	1,55	0,69	-9,860	0,000*
Triaj	2,43	0,67	1,71	0,66	- 12,917	0,000*
<b>JBA</b>	11,35	2,80	8,98	2,96	- 13,118	0,000*

\*p<0,05 (Wilcoxon testi)

\*\* İlk değerlendirme; Hasta Acil Servise ilk geldiğinde

\*\*\* Son değerlendirme; Hasta Acil Servisten Ayrılırken

Hastaların Jones Bağımlılık Aracına bağımlılık düzeylerinin ilk ölçüm (acil servise ilk geldiğinde) ve son ölçüm (acil servisten ayrılırken) puanları Tablo 3'te gösterildi. İlk ölçüm Jones Bağımlılık Aracı puanları incelendiğinde hastaların en yüksek Triaj alt boyutu ortalaması 2,43±0,67, en düşük; ABC alt boyutu ortalaması 1,42±0,58 puan, Jones Bağımlılık Aracı genel ortalaması 11,35±2,80 puan bulundu.

İkinci ölçümde hastaların en yüksek Triaj alt boyutu ortalaması 1,71±0,66 en düşük ABC alt boyutu ortalaması 1,20±0,47 puan ve Jones Bağımlılık Aracı genel

ortalaması ise  $8,98 \pm 2,96$  bulundu. Araştırmaya katılan hastaların Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve alt boyutlarından aldıkları ilk ölçüm ve son ölçüm puanları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Hastaların son ölçüm bağımlılık puanları ilk ölçüm bağımlılık puanlarına göre düşük olduğu görüldü.

Tablo 4: Hastaların JBA Alt Boyutlarına İlişkin Ölçümlere Göre Dağılımı

	İlk Değerlendirme*		Son Değerlendirme**	
	n	%	n	%
<b>İletişim</b>				
Bir	46	14,74	219	70,19
İki	230	73,72	71	22,76
Üç	36	11,54	22	7,05
<b>ABC</b>				
Bir	195	62,50	260	83,33
İki	102	32,69	42	13,46
Üç	15	4,81	10	3,21
<b>Mobilizasyon</b>				
Bir	69	22,12	136	43,59
İki	217	69,55	158	50,64
Üç	26	8,33	18	5,45
<b>Yeme-İçme</b>				
Bir	90	28,85	174	55,77
İki	175	56,09	108	34,62
Üç	47	15,06	30	9,62
<b>Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler</b>				
Bir	92	29,49	174	55,77
İki	164	52,56	103	33,01
Üç	56	17,95	35	11,22
<b>Triaj</b>				
Bir	10	3,21	128	41,03
İki	163	52,24	148	47,44
Üç	139	44,23	36	11,54

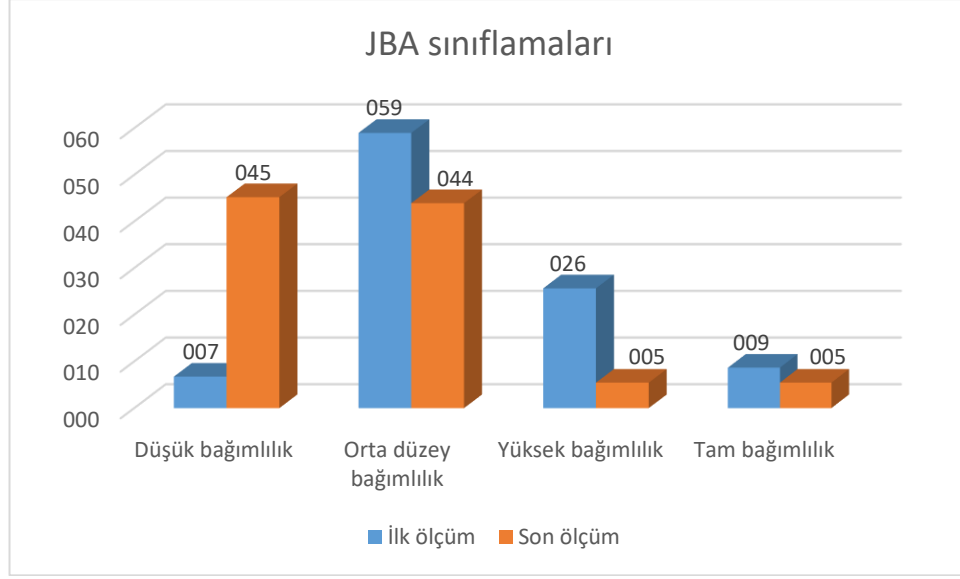
\* İlk Değerlendirme; Hasta Acil Servise ilk geldiğinde

\*\* Son Değerlendirme; Hasta Acil Servisten Ayrılırken

Tablo 4'te araştırmaya alınan hastaların JBA alt boyutlarına ilişkin ölçümlerinin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde, araştırmaya dahil olan hastaların %14,74'ünün ilk değerlendirme ölçümde testte iletişim alt boyutundan bir puan, %73,72'sinin iki puan ve %11,54'ünün üç puan aldıkları, %62,50'sinin ABC alt boyutundan bir puan, %32,69'unun iki puan aldıkları, %22,12'sinin mobilizasyon alt boyutundan bir puan, %69,55'inin iki puan aldıkları, %28,85'inin yeme-içme alt boyutundan bir puan, %56,09'unun iki puan ve %15,06'sının üç puan aldıkları, %29,49'unun çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler alt boyutundan bir puan, %52,56'sının iki puan, %17,95'inin üç puan, %52,24'ünün triaj alt boyutundan iki puan, %44,23'ünün üç puan aldıkları belirlenmiştir.

Hastaların son değerlendirme puanları incelendiğinde, %70,19'unun iletişim alt boyutundan bir puan, %22,76'sının iki puan aldıkları, %83,33'ünün ABC alt boyutundan bir puan, %43,59'unun mobilizasyon alt boyutundan bir puan, %50,64'ünün iki puan aldıkları, %55,77'sinin yeme-içme alt boyutundan bir puan, %34,62'sinin iki puan, %55,77'sinin çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler alt boyutundan bir puan, %33,01'inin iki puan aldıkları, %41,03'ünün triaj alt boyutundan bir puan, %47,44'ünün iki puan, %11,54'ünün üç puan aldıkları saptanmıştır.



**Şekil 2: Hastaların JBA'a Göre Bağımlılık Düzeyleri**

Hastaların JBA bağımlılık sınıflamaları incelendiğinde (Şekil 2), ilk ölçümde hastaların %6,73'ünün düşük, %58,97'sini orta düzey, %25,64'ünün yüksek düzeyde ve %5,45'inin tam bağımlı olduğu, son ölçümde %45,19'unun düşük, %43,91'nin orta ve %5,45'inin yüksek düzeyde, %5,45'inin ise tam bağımlı olduğu belirlendi.

Tablo 5: Hastaların Yaş Grubuna Göre Jones Bağımlılık Aracı Puanlarının Karşılaştırılması (N=314)

	Yaş grubu	n	$\bar{x}$	s	M	SO	$\chi^2$	p	Fark
İletişim	25 yaş ve altı	29	1,83	0,54	2,00	137,36	16,973	0,002*	1-5
	26-40 yaş	45	1,87	0,46	2,00	142,88			2-5
	41-55 yaş	54	1,93	0,51	2,00	150,81			3-5
	56-70 yaş	79	1,89	0,42	2,00	145,59			4-5
	71 yaş ve üstü	105	2,13	0,56	2,00	178,76			
ABC	25 yaş ve altı	29	1,34	0,55	1,00	146,10	30,570	0,000*	1-5
	26-40 yaş	45	1,20	0,40	1,00	127,70			2-5
	41-55 yaş	54	1,26	0,48	1,00	134,83			3-5
	56-70 yaş	79	1,34	0,48	1,00	148,75			4-5
	71 yaş ve üstü	105	1,69	0,68	2,00	188,69			
Mobilizasyon	25 yaş ve altı	29	1,52	0,57	1,00	108,22	59,045	0,000*	1-5
	26-40 yaş	45	1,56	0,55	2,00	113,97			2-5
	41-55 yaş	54	1,76	0,55	2,00	142,38			3-5
	56-70 yaş	79	1,86	0,45	2,00	157,27			4-5
	71 yaş ve üstü	105	2,14	0,43	2,00	194,74			
Yeme-İçme	25 yaş ve altı	29	1,66	0,67	2,00	130,09	55,431	0,000*	1-5
	26-40 yaş	45	1,49	0,59	1,00	109,32			2-5
	41-55 yaş	54	1,70	0,60	2,00	137,15			3-5
	56-70 yaş	79	1,77	0,53	2,00	146,72			4-5
	71 yaş ve üstü	105	2,23	0,61	2,00	201,32			
Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler	25 yaş ve altı	29	1,83	0,76	2,00	148,71	38,631	0,000*	1-5
	26-40 yaş	45	1,51	0,66	1,00	110,32			2-5
	41-55 yaş	54	1,70	0,69	2,00	134,24			3-5
	56-70 yaş	79	1,85	0,56	2,00	153,46			4-5
	71 yaş ve üstü	105	2,18	0,63	2,00	192,18			
Trijaj	25 yaş ve altı	29	2,34	0,55	2,00	146,10	7,962	0,093	
	26-40 yaş	45	2,22	0,64	2,00	132,56			
	41-55 yaş	54	2,52	1,04	2,00	155,79			
	56-70 yaş	79	2,42	0,52	2,00	155,68			
	71 yaş ve üstü	105	2,51	0,54	3,00	170,62			
JBA	25 yaş ve altı	29	10,55	2,85	10,00	132,48	50,299	0,000*	1-5
	26-40 yaş	45	9,82	2,33	9,00	102,20			2-5
	41-55 yaş	54	10,57	2,81	11,00	133,30			3-5
	56-70 yaş	79	11,13	2,14	11,00	151,09			4-5
	71 yaş ve üstü	105	12,79	2,81	13,00	202,40			

\*p<0,05 (Kruskal-Wallis H testi)

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş grubuna göre Jones Bağımlılık Aracı puanlarının karşılaştırılmasına sonuçları Tablo 5'te gösterildi. Hastaların yaş grubuna göre Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon,

Yeme-İçme, Çevre güvenliği sağlık ve sosyal gereksinimler alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki fark anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Hastaların yaş gruplarına göre Jones Bağımlılık Aracı Triaj ile alt boyutu arasındaki fark anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Tablo 6: Hastaların Cinsiyetine Göre Jones Bağımlılık Aracı Puanlarının Karşılaştırılması (N=314)

	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
İletişim	Kadın	126	1,94	0,53	2,00	152,18	-0,902	0,367
	Erkek	186	1,99	0,50	2,00	159,42		
ABC	Kadın	126	1,36	0,51	1,00	149,61	-1,308	0,191
	Erkek	186	1,47	0,63	1,00	161,17		
Mobilizasyon	Kadın	126	1,86	0,52	2,00	156,04	-0,093	0,926
	Erkek	186	1,87	0,55	2,00	156,81		
Yeme-İçme	Kadın	126	1,87	0,63	2,00	158,10	-0,290	0,772
	Erkek	186	1,85	0,66	2,00	155,41		
Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler	Kadın	126	1,84	0,67	2,00	151,33	-0,919	0,358
	Erkek	186	1,91	0,68	2,00	160,01		
Triaj	Kadın	126	2,40	0,80	2,00	148,33	-1,499	0,134
	Erkek	186	2,45	0,56	2,00	162,03		
JBA	Kadın	126	11,17	2,60	11,00	151,60	-0,796	0,426
	Erkek	186	11,47	2,93	11,00	159,82		

(Mann-Whitney U testi)

Hastaların cinsiyetine göre Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).



Tablo 7: Hastaların Acil Servise Geliş Şekline Göre Jones Bağımlılık Aracı Puanlarının Karşılaştırılması (N=314)

	Geliş şekli	n	$\bar{x}$	s	M	SO	$\chi^2$	p	Fark
İletişim	Yürüyerek	50	1,68	0,51	2,00	117,24	34,838	0,000*	1-3
	Tekerlekli sandalyede	69	1,81	0,46	2,00	135,36			2-3
	Ambulans ile	193	2,10	0,48	2,00	174,23			
ABC	Yürüyerek	50	1,06	0,31	1,00	105,11	46,565	0,000*	1-3
	Tekerlekli sandalyede	69	1,23	0,46	1,00	131,13			2-3
	Ambulans ile	193	1,59	0,62	2,00	178,88			
Mobilizasyon	Yürüyerek	50	1,04	0,20	1,00	40,72	158,411	0,000*	1-2
	Tekerlekli sandalyede	69	1,86	0,35	2,00	157,28			1-3
	Ambulans ile	193	2,08	0,43	2,00	186,22			
Yeme-İçme	Yürüyerek	50	1,20	0,40	1,00	72,00	85,946	0,000*	1-2
	Tekerlekli sandalyede	69	1,68	0,53	2,00	135,13			1-3
	Ambulans ile	193	2,10	0,60	2,00	186,03			2-3
Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler	Yürüyerek	50	1,38	0,57	1,00	94,42	48,789	0,000*	1-2
	Tekerlekli sandalyede	69	1,71	0,60	2,00	136,09			1-3
	Ambulans ile	193	2,08	0,65	2,00	179,88			2-3
Trijaj	Yürüyerek	50	1,94	0,42	2,00	90,65	76,073	0,000*	1-3
	Tekerlekli sandalyede	69	2,25	0,96	2,00	120,71			
	Ambulans ile	193	2,63	0,48	3,00	186,35			
JBA	Yürüyerek	50	8,30	1,43	8,00	51,34	117,736	0,000*	1-2
	Tekerlekli sandalyede	69	10,32	2,10	11,00	121,64			1-3
	1Ambulans ile	193	12,51	2,54	13,00	196,21			2-3

\*p<0,05 (Kruskal-Wallis H testi)

Hastaların acil servise geliş şekline göre Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon, Yeme-İçme, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler ve triaj alt boyutları arasındaki fark anlamlı bulundu. (p<0,05). Acil servise ambulans ile gelen hastaların Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon, Yeme-İçme, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler ve triaj alt boyutları puanları yürüyerek gelenlere göre yüksek bulundu. Acil servise ambulans ile gelen hastaların Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon, Yeme-İçme, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler alt

boyutlarından aldıkları puanlar tekerlekli sandalye ile gelenlere göre daha yüksekti. Ayrıca acil servise Acil tekerlekli sandalye ile gelen hastaların Jones Bağımlılık Aracı genelinden, Yeme-İçme ve Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler alt boyut puanları yürüyerek gelenlere oranla yüksek bulundu (Tablo 7).

Tablo 8: Hastaların Triyaj Kategorisine Göre Jones Bağımlılık Aracı Puanlarının Karşılaştırılması (N=314)

	<b>Triyaj</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>M</b>	<b>SO</b>	$\chi^2$	<b>p</b>	<b>Fark</b>
İletişim	Kırmızı	26	2,15	0,37	2,00	181,96	39,168	0,000*	1-4
	Turuncu	114	2,12	0,48	2,00	177,53			2-4
	Sarı	163	1,87	0,50	2,00	143,38			3-4
	Yeşil	9	1,22	0,44	1,00	54,17			
ABC	Kırmızı	26	1,92	0,69	2,00	217,77	89,647	0,000*	1-4
	Turuncu	114	1,72	0,60	2,00	197,71			2-4
	Sarı	163	1,16	0,38	1,00	121,13			
	Yeşil	9	1,00	0,00	1,00	98,00			
Mobilizasyon	Kırmızı	26	2,08	0,48	2,00	185,69	52,722	0,000*	1-4
	Turuncu	114	2,11	0,36	2,00	190,41			2-4
	Sarı	163	1,67	0,57	2,00	130,45			
	Yeşil	9	1,56	0,53	2,00	114,44			
Yeme-İçme	Kırmızı	26	2,12	0,71	2,00	186,67	33,523	0,000*	1-4
	Turuncu	114	2,07	0,61	2,00	182,58			2-4
	Sarı	163	1,71	0,62	2,00	137,95			3-4
	Yeşil	9	1,22	0,44	1,00	74,94			
Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler	Kırmızı	26	2,15	0,73	2,00	187,96	27,289	0,000*	1-4
	Turuncu	114	2,09	0,63	2,00	181,31			2-4
	Sarı	163	1,72	0,66	2,00	137,06			
	Yeşil	9	1,44	0,53	1,00	103,39			
Trijaj	Kırmızı	26	2,92	0,39	3,00	233,38	285,045	0,000*	1-4,2-4
	Turuncu	114	3,04	0,58	3,00	240,47			3-4
	Sarı	163	2,01	0,14	2,00	93,32			1-3,2-3
	Yeşil	9	1,11	0,33	1,00	15,11			
JBA	Kırmızı	26	13,38	2,35	13,00	227,27	119,241	0,000*	1-4,2-4
	Turuncu	114	12,89	2,68	13,00	213,08			3-4
	Sarı	163	10,16	2,14	10,00	112,63			1-3,2-3
	Yeşil	9	7,56	0,88	8,00	29,94			

\*p<0,05 (Kruskal-Wallis H testi)

Araştırmaya katılan hastaların triyaja göre Jones Bağımlılık Aracı puanlarının karşılaştırılmasına dair sonuçları Tablo 8’de gösterildi.

Hastaların triyaja göre Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon, Yeme-İçme, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler ve triaj alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ). Triaj rengi yeşil olan hastaların Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon, Yeme-İçme, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler ve triaj alt boyutlarından aldıkları puanlar kırmızı ve turuncu olan hastalara göre düşük bulundu. Triaj rengi yeşil olan hastaların Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, Yeme-İçme ve Triaj alt boyutlarından aldıkları puanlar sarı tirajdaki hastalara göre düşüktü. Ayrıca triaj rengi sarı olan hastaların Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve Triaj alt boyutundan aldıkları puanlar turuncu ve kırmızı olanlara göre düşük bulundu (Tablo 8).

Tablo 9: Hastaların İzleme Alanına Göre Jones Bağımlılık Aracı Puanlarının Karşılaştırılması (N=314)

	İzleme alanı	N	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
İletişim	Resüsitasyon odası	7	2,43	0,53	2,00	218,50	-2,385	0,017*
	Yataklı gözlem odası	305	1,96	0,51	2,00	155,08		
ABC	Resüsitasyon odası	7	2,29	0,76	2,00	250,36	-3,279	0,001*
	Yataklı gözlem odası	305	1,40	0,57	1,00	154,35		
Mobilizasyon	Resüsitasyon odası	7	2,29	0,76	2,00	209,64	-1,952	0,051
	Yataklı gözlem odası	305	1,85	0,53	2,00	155,28		
Yeme-İçme	Resüsitasyon odası	7	2,29	0,76	2,00	206,64	-1,667	0,096
	Yataklı gözlem odası	305	1,85	0,64	2,00	155,35		
Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler	Resüsitasyon odası	7	2,43	0,79	3,00	219,07	-2,046	0,041*
	Yataklı gözlem odası	305	1,87	0,67	2,00	155,06		
Triaj	Resüsitasyon odası	7	3,00	0,00	3,00	242,50	-2,906	0,004*
	Yataklı gözlem odası	305	2,42	0,67	2,00	154,53		
JBA	Resüsitasyon odası	7	14,71	3,15	13,00	246,36	-2,689	0,007*
	Yataklı gözlem odası	305	11,27	2,75	11,00	154,44		

\* $p<0,05$  (Mann-Whitney U testi)

Hastaların, Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler ve triaj alt boyutlar arasındaki fark anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Resüsitasyon odasında izlenen hastaların Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler ve triaj alt boyutlarından aldıkları puanlar yataklı gözlem odasında izlenen hastalara göre yüksek bulundu. Araştırmaya katılan hastaların Jones Bağımlılık Aracında bulunan Mobilizasyon ve Yeme-İçme alt boyutlar arasındaki fark anlamlı bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

#### 4.1 Ölçüte Dayalı Geçerlik Analizi

Tablo 10: Hastaların Yaşamsal Bulguları İle Jones Bağımlılık Aracı Puanları Arasındaki Korelasyonlar (N=314)

		İletişim	ABC	Mobilizasyon	Yeme-İçme	ÇGSSG	Triaj	JBA
<b>Nabız</b>	rho	0,115	0,174	0,156	0,105	0,154	0,107	0,185
	p	0,042*	0,002*	0,006*	0,065	0,006*	0,059	0,001*
<b>SKB</b>	rho	-0,065	0,004	0,036	-0,015	0,010	0,121	0,039
	p	0,249	0,951	0,527	0,788	0,861	0,032*	0,496
<b>DKB</b>	rho	-0,045	-0,002	0,005	-0,046	-0,016	0,088	0,010
	p	0,425	0,967	0,929	0,418	0,776	0,121	0,855
<b>Solunum</b>	rho	0,138	0,340	0,185	0,185	0,174	0,305	0,318
	p	0,015*	0,000*	0,001*	0,001*	0,002*	0,000*	0,000*
<b>Ateş</b>	rho	0,051	0,043	0,027	0,073	0,092	-0,024	0,051
	p	0,367	0,445	0,640	0,198	0,106	0,674	0,373
<b>Oksijen</b>	rho	-0,259	-0,322	-0,346	-0,355	-0,249	-0,252	-0,398
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
<b>Saturasyonu</b>	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*

\* $p<0,05$  (Spearman testi)

Araştırmaya katılan hastaların Yaşamsal Bulguları ile Jones Bağımlılık Aracı puanları arasındaki korelasyonları Tablo 10'da verildi. Hastaların nabız değerleri ile

Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon, ve Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler alt boyutlar arasındaki fark anlamlı ve pozitif yönlü düşük ile orta düzey arasında korelasyon olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Buna göre hastaların nabız değerleri arttıkça, Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon ve Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır.

Hastaların solunum değerleri ile Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon, Yeme-İçme, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler ve triaj alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, düşük ile orta düzey arasında korelasyon olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Hastaların solunum değerleri arttıkça, İletişim, ABC, Mobilizasyon, Yeme-İçme, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler ve triaj alt boyutlarından alınan puanlar da artmaktadır (Tablo 10).

Araştırmaya katılan hastaların oksijen saturasyonu değerleri ile Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon, Yeme-İçme, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler ve triaj alt boyutlardan alınan puanlar anlamlı düzeyde ve negatif yönde düşük ile orta düzey arasında korelasyon olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ). Hastaların oksijen saturasyonu değerleri arttıkça, Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve İletişim, ABC, Mobilizasyon, Yeme-İçme, Çevre güvenliği sağlık, sosyal gereksinimler ve triaj alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmaktadır (Tablo 10).

## 4.2 Güvenirlik Analizleri

Tablo 11: Gözlemcilerin JBA Ölçümlerine Ait Kappa Testi Sonuçları (Ölçüm I.)

	<b>Kappa</b>	<b>Std. Hata</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
İletişim	0,921	0,053	6,928	0,000*
ABC	0,843	0,066	8,171	0,000*
Mobilizasyon	0,911	0,060	6,909	0,000*
Yeme-İçme	0,962	0,038	7,591	0,000*
Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler	0,882	0,067	6,611	0,000*
Triaj	1,000	0,000*	7,071	0,000*
<b>JBA</b>	0,784	0,063	13,070	0,000*
Bağımlılık	0,880	0,057	8,913	0,000*

\*p<0,05

Araştırmada yer alan iki farklı gözlemcinin JBA ilk ölçümleri arasındaki uyumun belirlenmesine ait kappa testi sonuçları Tablo 4.10.'da verildi. JBA ölçeğinde yer alan iletişim alt boyutuna ilişkin Cohen kappa katsayısının 0,921, ABC için 0,843, Mobilizasyon için 0,911, Yeme-içme için 0,962, Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler için 0,882, Triaj için 1,00, JBA geneli için ise 0,784 olduğu görüldü. JBA bağımlılık sınıflamasına ilişkin hesaplanan Cohen kappa katsayısı 0,880 bulundu.

Tablo 12: Gözlemcilerin JBA Ölçümlerine Ait Kappa Testi Sonuçları (Ölçüm II.)

	<b>Kappa</b>	<b>Std. Hata</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
İletişim	0,969	0,030	9,618	0,000*
ABC	0,969	0,031	9,525	0,000*
Mobilizasyon	0,933	0,046	8,956	0,000*
Yeme-İçme	0,969	0,031	9,572	0,000*
Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler	0,877	0,058	8,788	0,000*
Triaj	0,930	0,047	7,959	0,000*
JBA	0,771	0,063	15,256	0,000*
Bağımlılık	0,941	0,041	10,376	0,000*

\*p<0,05

Gözlemcilerin JBA ikinci ölçümleri arasındaki uyumun belirlenmesine ait kappa testi sonuçları Tablo 12’de gösterildi. Gözlemciler arasındaki uyuma ilişkin Cohen kappa katsayısı iletişim alt boyutu için 0,969, ABC için 0,968, Mobilizasyon için 0,933, Yeme-içme için 0,969, Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler için 0,877, Triaç içi 0,930, JBA geneli için ise 0,771 bulundu. JBA bağımlılık sınıflamasına ait Cohen kappa katsayısı ise 0,941 saptandı.

Tablo 13: Gözlemcilerin JBA Ölçümlerine Ait Sınıf İçi Korelasyonlar (ICC)

	ICC	95% GA		F	p
		Alt	Üst		
Gözlemci I	0,98	0,97	0,99	104,886	0,000*
Gözlemci II	0,95	0,91	0,97	35,731	0,000*

\*p<0,05

Araştırmada bulunan gözlemcilerin JBA ilk ve son ölçümlerine ait sınıf içi korelasyonları Tablo 13’de gösterildi. Araştırmada yer alan birinci gözlemcinin JBA ilk ve son ölçümlerine ilişkin sınıf içi korelasyon katsayısının 0,98 olduğu, ikinci gözlemciye ilişkin sınıf içi korelasyon katsayısının ise 0,95 olduğu belirlendi.

## Bölüm 5

### TARTIŞMA

Acil servis kalabalıklığı, dünya çapında yaygın ve büyüyen önemli halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (52). Bu nedenle günümüzde acil servislerde bakım gereksinimi ve hasta akışı hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyulmaktadır. Bu bilgiler, acil serviste hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayılarının belirlenmesi için önemlidir. Pek çok acil serviste çalışması gereken hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayısı, yalnızca hasta sayısına dayandırılarak planlansa da aslında bu sadece ilgili faktörlerden birini kapsamaktadır. Bu nedenle hasta sınıflama sistemleri ile acil serviste hasta bakım gereksinimlerinin ve hasta özelliklerinin belirlenmesi bakım yoğunluğunu değerlendirmede (53) ayrıca hastalara etkili ve kaliteli bakım verilmesinde oldukça önemlidir (54).

Acil servislerde ihtiyaç duyulan hemşire sayısının ve ideal hasta/hemşire oranının belirlenmesi oldukça komplekstir. Her bir hastanın spesifik bakım gereksinimleri olarak tanımlanan hasta bağımlılığı ve hastaların bakım gereksinimlerinin karşılanması için gerekli süre, acil servis hemşiresinin gerçek iş yükünü yansıtır. Hasta bağımlılığı sınıflandırma sistemleri acil servis hemşire iş yükünü belirlemede bir çözüm yolu olabilir (14). Yapılan bir sistematik incelemede, acil serviste hasta bağımlılığının değerlendirilmesinde geçerliği ve güvenilirliği test edilmiş üç sınıflama sistemi olduğu, bunlardan JBA'nın acil serviste hasta bağımlılığının değerlendirilmesinde geçerli, güvenilir, basit ve genellenebilirliği konusunda en iyi kanıtlara sahip olan ölçek olduğu belirtilmiştir (13, 33).



Bu çalışmada da Ülkemizde acil serviste hemşire iş yükünü planlamada kullanılabilecek ve acil servise özel geliştirilmiş hasta bağımlılığının değerlendirilmesinde rehber olacak Jones Bağımlılık Aracı'nın geçerlik ve güvenilirliği test edildi. Bu bölümde ise JBA'nın geçerlik ve güvenilirlik sonuçlarına ilişkin bulgular tartışıldı.

Bir ölçeğin kültürlerarası uyarlanması zaman kazandırdığı gibi, toplumlar arasında araştırılan konu ile ilgili karşılaştırmalarının yapılmasını sağlar. Ölçek uyarlama sürecinde dil geçerliliğinin sağlanması en temel özelliklerden biri dil geçerliliğinin yapılmasıdır (14). Dil geçerliliğinin yapılmasında, çevirmeyi yapacak kişinin ana dilinin Türkçe ve ölçeğin geliştirildiği kültürün özellikleri hakkında bilgi olması gerekir. Aynı zamanda, ölçeğin konusu ile ilgili de kavramlara aşina olmalıdır, konu hakkında bir fikri olmalıdır (19, 15). Bu çalışmada, JBA'nın dil geçerliliği, araştırmacı dışında iki kişi tarafından sağlanmıştır. Bunlardan biri acil serviste çalışan, her iki dile ve kültür hakkında bilgi sahibi olan acil tıp uzmanı ve diğeri acil hemşiresidir. Dil bilim uzmanı olan, Türkçe ve İngilizce'yi çok iyi bilen iki kişi tarafından ölçek Türkçe'ye çevrildi. Türkçe'ye çevrilen anketin geriye çevirme tekniği ile çeviri geçerliliği değerlendirildi. Bu yüzden ölçeğin orijinalini hiç görmeyen dil uzmanı iki kişi tarafından İngilizce'ye çevrildi. Orijinal ölçek ile geri çevrilen ölçeğin karşılaştırılması yapıldı ve uzman görüşü alındı.

Ölçeğin dil ve anlam geçerliğinde en az üç en fazla 10 uzman görüşüne ihtiyaç vardır (50). Ölçeğin dil geçerliği sağlandıktan sonra içerik geçerliğinin sağlanması için konu alanında deneyimli olan sekiz uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanların önerileri doğrultusunda bazı maddelerde değişiklik önerisi sunulmuş ve ölçekteki ilgili maddeler düzenlenmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde İçerik Geçerlik İndeksi-(Content Validty Index) kullanılmıştır. İçerik geçerliği indeksi iki tür olarak

hesaplanır. Birincisi maddelerin tek tek içerik geçerliğinin hesaplanması (M-İGİ) ikincisi ise genel ölçeğin içerik geçerliğinin (Ö-İGİ) hesaplanmasıdır (51). Ölçeğin M-İGİ ve Ö-İGİ 0.95 bulunmuştur. İçerik geçerlik indeksini değerlendirilmesinde madde geçerlik indeksinin 0.80 üzerinde olması ölçek geçerlik indeksinin ise 0.78'in üzerinde olması önerilmektedir (51). Bu çalışmada madde geçerlik ve ölçek geçerlik indeksinin yüksek olduğu, uzmanlar arasında görüş birliğinin sağlandığı görülmüştür.

Bir ölçeğin geçerliği, farklı geçerlik değerlendirme yöntemleri ile test edilebilmektedir. Geçerliğin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden biri ölçüte bağlı geçerlik analizidir. Bu geçerlik yöntemi, ölçeğin ne kadar etkin olduğunu belirlemek için, ölçekten alınan puanların, araştırmacılar tarafından belirlenen bazı kriterler arasındaki ilişkinin incelenmesini içerir (17). Bu çalışmada ölçüte dayalı geçerliği test etmek için araştırma örneğine dahil edilen hastaların yaşam bulguları (Nabız, sıcaklık, SKB, DKB, solunum, oksijen saturasyonu), triyaj kategorisi, tanıtıcı (yaş, cinsiyet) ve klinik özellikleri (acil servise geliş şekli, acil serviste izlendiği alan) ile JBA ve alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırılmıştır (Tablo 4-9). Hastaların yaş grubuna göre, acil servise geliş şekline göre, triyaj kategorilerine göre, izleme alanına göre, nabız solunum ve oksijen saturasyon düzeyleri ile JBA'dan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Araştırmada, 71 yaş ve üstü yaş grubundaki hastaların, acil servise ambulans ile gelen hastaların, triyaj kategorisi turuncu ve kırmızı olan hastaların, resisütasyon alanında izlenen hastaların, nabız ve solunum sayısı yüksek olan hastaların, oksijen saturasyonu düşük olan hastaların beklendiği şekilde JBA bağımlılık düzeylerinin yüksek olduğu, ilgili kriterlerin acil serviste hasta bağımlılığının değerlendirilmesinde önemli bir değişken olduğu söylenebilir. Crouch ve Willams (2006)'ın çalışmasında

da yaşam bulguları ve triaj kategorilerinin hasta bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde önemli olduğu saptanmıştır.

Acil serviste hasta bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesinde JBA'nın güvenilirliği gözlemciler arası uyum düzeyinin değerlendirildiği Kappa testi ile test edilmiştir. Kappa değerleri 0-1 arasında değerlendirilmekte ve 1'e yaklaştıkça gözlemciler arası uyumun arttığı belirtilmektedir. Buna göre; < 0,00 zayıf, 0,00 – 0,20 önemsiz, 0,21 – 0,40 düşük, 0,41 – 0,60 orta, 0,61 – 0,80 önemli, 0,81 – 1,00 çok yüksek uyum olarak yorumlanmaktadır (55). Bu araştırmada, gözlemciler arası uyum analizlerinde hastanın bağımlılığını değerlendiren iki hemşire tarafından hasta ilk geldiğinde ve acil servisten ayrılırken bağımlılık düzeyleri değerlendirilmiştir. Araştırmada gözlemciler arasında hasta ilk geldiğinde ve hasta acil servisten ayrılırken JBA'nın İletişim, ABC, Mobilizasyon, Yeme-İçme, Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal gereksinimler ve Triaj alt boyutları için uyumun çok iyi düzeyde olduğu, JBA geneli için ise iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.10-4.11) Ayrıca, gözlemcilerin JBA ilk ve son ölçümlerine ait sınıf içi korelasyonlar incelenmiş ve her iki gözlemcinin de JBA ilk ve son ölçümleri arasında çok iyi uyumun olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12). Bu sonuçlara göre acil serviste hasta bağımlılığının değerlendirilmesinde JBA'nın güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmüştür. Orijinal ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, gözlemciler arası uyum düzeyi 0.68 bulunmuştur (13).

Sonuç olarak, Ülkemizde JBA'nın acil servislerde hasta bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde ve acil servis hemşire iş yükünün doğru tahmin edilmesinde buna göre acil servis hemşire sayısının belirlenmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olarak olduğu saptanmıştır. JBA'nın acil serviste hastaların bağımlılık düzeylerine göre bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde, buna yönelik hemşirelik

girişimlerinin planlanmasında rehber olacağı düşünölmektedir. JBA, benzer sağlık sistemine sahip ölkelerde kullanılması önerilir.

## Bölüm 6

# SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

Araştırma bulgularından elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur;

1. Araştırmada, JBA'nın dil ve içerik geçerliğinin sağlandığı
2. 71 yaş ve üstü yaş grubundaki hastaların Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların diğer yaş gruplarındaki hastalardan yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.4)
3. Hastaların cinsiyetine göre Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0,05$ )(Tablo 4.5)
4. Acil servise ambulans ile gelen hastaların tekerlekli sandalye ile gelenlere göre, tekerlekli sandalye ile gelen hastaların yürüyerek gelenlere göre Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.6),
5. Triyaj kategorisi turuncu ve kırmızı olan hastaların, diğer kategorilere göre Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ), (Tablo 4.7)
6. Resüsitasyon odasında izlenen hastaların Bağımlılık Aracı genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların yataklı gözlem odasında izlenen hastalara göre yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.8),

7. Hastaların nabız ve solunum değerleri arttıkça, Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların arttığı, oksijen saturasyonu azaldıkça, Jones Bağımlılık Aracı genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların arttığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ). (Tablo 4.9)
8. JBA'nın güvenilirlik analizlerinde gözlemcilerin birinci ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin JBA bağımlılık sınıflamasına ilişkin hesaplanan Cohen kappa katsayısının 0,880 olduğu (Tablo-4.10)
9. JBA'nın güvenilirlik analizlerinde gözlemcilerin JBA ikinci ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin JBA bağımlılık sınıflamasına ait Cohen kappa katsayısının 0,941 olduğu (Tablo-4.11),
10. JBA'nın güvenilirlik analizlerinde, birinci gözlemcinin JBA ilk ve son ölçümlerine ilişkin sınıf içi korelasyon katsayısının 0,98 olduğu, ikinci gözlemciye ilişkin sınıf içi korelasyon katsayısının ise 0,95 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).
11. Geliştirilen ölçüm aracının, hemşirelik gözlem kayıtlarına dahil edilerek, hemşirelik uygulamalarında yer verilmesi.
12. Acil serviste hasta bağımlılığının değerlendirilmesinde JBA'nın geçerli ve güvenilir bir araç olduğu kanıtlanmıştır.

## 6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmacılara ve klinisyenlere şu öneriler sunulmuştur;

1. JBA'nın acil serviste hasta bağımlılık düzeylerinin belirlenmesinde
2. Acil serviste JBA'na göre belirlenen hasta bağımlılık düzeylerine ilişkin bakımın planlanmasında
3. Acil serviste hemşireler arasında hasta tesliminde kullanılması

4. JBA'nın acil serviste hasta bağımlılık düzeylerine göre hemşire iş yükünün belirlenmesinde ve hemşire sayısının planlanmasında kullanılması önerilir.

## KAYNAKLAR

- (1) Moineddin, R., Meaney, C., Agha, M., Zagorski B., Glazier R., (2011) *Modeling Factors Influencing the Demand For Emergency Department Services in Ontario; a Comparison of Methods*, BMC Emergency Medicine; 11(1). 11-13
- (2) Pines, J., Hilton A., Weber E., Alkemade AJ., Al Shabanah H., Anderson PD., et al.(2011) *International perspectives on emergency department crowding*. Acad Emerg Med. ;18(12):1358-70
- (3) Moskop J., Geiderman J., Marshall, K., McGreevy, J., Derse, A., Bookman, K., McGrath, N., Iserson, V., (2019) *Another Look at the Persistent Moral Problem of Emergency Department Crowding*. Ann Emergency Medicine, 74, 357-364.
- (4) Morley, C., Unwin, M., Peterson, G., Stankovich, J., Kinsman, L., (2018). *Emergency Department Crowding: A systematic Review of Causes, Consequences and Solutions*, Plos One. 13(8):1-42
- (5) Salway, R. J., Valenzuela, R., Shoenberger, J. M., Mallon, W. K., & Viccellio, A. (2017) *Emergency Department (ED) overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions*. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(2), 213-219.
- (6) Varndell, W., Ryan, E., Jeffers, A., & Marquez-Hunt, N. (2016). *Emergency nursing workload and patient dependency in the ambulance bay: a prospective study*. Australasian Emergency Nursing Journal, 19(4), 210-216.



- (7) Rossetti, A. C., Gaidzinski, R. R., & Fugulin, F. M. T. (2013). *Nursing workload in the emergency department: a methodological proposal*. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21: 225-232.
- (8) O'brien, A., & Bengner, J. (2007). *Patient dependency in emergency care: do we have the nurses we need?*. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2081-2087.
- (9) The Department of Health and NHS England asked the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) to produce this guideline on safe staffing for nursing in A&E departments, 2016.
- (10) Yıldırım, D. (2005). *İki farklı hastanede hasta tiplerine göre hemşirelik bakım süreleri arasındaki farkın belirlenmesi*, İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi, 13 (55), 22-35.
- (11) Balanuye, B., (2014). *Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi*. Başkent Üniversitesi, Ankara.
- (12) Çivi, S., Tanrikulu, M. Z. (2000). *Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma*. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(3): 85-90.
- (13) Crouch, R., & Williams, S. (2006). *Patient dependency in the emergency department (ED): reliability and validity of the Jones Dependency Tool (JDT)*. *Accident and emergency nursing*, 14(4), 219-229.

- (14) Varndell, W., MacGregor, C., Gallagher, R. ve Fry, M. (2013) *Measuring patient dependency— Performance of the Jones Dependency Tool in an Australian Emergency Department*, *Australaian Emergency Nursing Journal*, 16(2), 64-72.
- (15) Çapık, C., Gözüm, S., Aksayan, S., (2018) *Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber*, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(3), 199-210.
- (16) Karakoç, Y., Dönmez, L., (2014) *Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler*, *Tıp Eğitim Dünyası*, 13(40), 39-49.
- (17) Ercan, İ., Kan, İ., (2004) *Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik*, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 30(3) 211-216.
- (18) Yakar, H., Alpar, Ş., (2017) *Kültürlerarası Farkındalık ve Kültürlerarası Etkililik Ölçeklerinin Güvenirlik ve Geçerliğinin Belirlenmesi*, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 14(3), 2748-2761.
- (19) Deniz, Z., (2007), *Psikolojik Ölçme Aracı Uyarlama*, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 40(1): 1-16.
- (20) Aksayan, S., Gözüm, S., (2002) *Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber 1: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması* *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 9-13.

- (21) Karaçam, Z., (2019) *Ölçme Araçlarının Türkçeye Uyarlanması*, Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 28-37.
- (22) Yurdağül, H., (2006) *Paralel, Eşdeğer ve Konjenerik Ölçmelerde Güvenirlik Katsayılarının Karşılaştırılması*, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 39(1), 15-37.
- (23) Şencan, H., (2005), *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- (24) Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.,E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2014), *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Pagem Akademi Yayın Eğitim Danışman Hizmetleri Tic. Ltd. Şti. Ankara; 17: 102-172.
- (25) Widhiarso, W., Ravand, H., (2014), *Estimating Reliability Coefficient For Multidimensional measures: A Pedagogical Illustration*, Review of Psychology, 21(2), 111-121.25
- (26) Asuero, A., Sayago, A., Gonzalez, A., (2007) *The Correlation Coefficient: An Overview*, Critical Reviews in Analytical Chemistry, 36(1), 41-59.
- (27) Aker, S., DüNDAR, C., Pekşen, Y. (2005). *Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: Geçerlik ve güvenilirlik*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 22(1): 50-60.

- (28) İnan, T., (2019) *Pilotlarda Ekip Kaynak Yönetimi Ölçeği; Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 34(4): 472-480
- (29) Çalışkan, T., Çınar, S., (2012) *Akran Desteği: Geçerlik Güvenirlik Çalışması*, Marmara Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi, 2(1), 1-7.
- (30) Mohajan, H. (2017) *Two criteria for good measurements in research: Validity and Reliability*, Annals of Spiru Haret University Economic Series, 4:59-82.
- (31) Söyük, S., Kurtuluş, S., (2017) *Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4): 44-56.
- (32) Dönmez, S. (2017), *Acil Serviste Gerçekleştirilen Konsültasyon Sürecinin İncelenmesi*, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 43(1), 23-28
- (33) William, S., (2006), *Emergency department patient classification systems: A systematic review*, Accident and Emergency Nursing, 14(1). 160-170.
- (34) Lordache, S., Elseviers, M., De Cock, R., Rompaey, B., (2019) *Development and Validation of an Assesment Tool for Nursing Workload in Emergency Departments*, Journal of Clinical Nursing, 29: 794-809.

- (35) Zeytin, A., Çevik, A., Acar, N., Kaya, S., Özçelik, H., (2014) *Orta Anadolu'da Akademik Bir Acil Servise Başvuran Hastaların Özellikleri*, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 14(2): 75-81.
- (36) Bayraktar, A., Sivrikaya S., (2016) *Acil Servis Hemşirelik Hizmetlerinde Etik*, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 15(1): 57-62.
- (37) Dijkstra, A. (1998), *A Criterion-related Validity Study Of The Nursing-Care Dependency(NDC) Scale*, International Journal of Nursing Studies, 1:163-170
- (38) Malloch, K., (1999). *Patient Classification Systems*, Chapter 1; Third Generation, 7(8), 49-56.
- (39) Rodrigues, C. (2018), *Basic self-care in older acute medical in-patients: a retrospective cohort study*, Port Biomedical Journal, 3(1), 1
- (40) Rauhala, A. (2008). *The Validity and Feasibility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing. Case of the RAFEALA System*. The Faculty of Social Sciences, The University of Kuopio, Finland, Oulu.
- (41) Zaybak, A., (2012). *Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(1), 1-48.

- (42) Saygılı, M., Çelik, Y., (2020), *Kanser Tanılı Hastalarda Palyatif Bakım Hizmetlerinin Etkisinin Değerlendirilmesi: Semptom Düzeyi ve Bakım Memnuniyeti Açısından Karşılaştırma*, Ağrı, 32(2), 61-71.
- (43) Kutlu, L., Karaşahin, K., Ayvaz, E., Özdemir, E., İlçin, C., (2018) *Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşire İhtiyacının Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma*, Haçlı Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1:57-73.
- (44) Miranda R., (1996) , *Simplifield Therapeutic Intervention Scoring System*, Critical Care Medicine, 24(1), 64-73.
- (45) Fagestrom, L.i Rainio, A., Rauhala, A., Nojonen, K., (2000) *Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification*, Journal of Advanced Nursing, 31(2), 481-490.
- (46) Frilund, M. ve Fagerström, L. (2009). *The validity and reliability of Oulu patient classification test: the tools in primary health care services for the elderly*. International Journal of Elderly Patient Nursing, (4), 280–287.
- (47) Perroca, M.G., Ek, A.C., (2007). *Utilization of patient classification systems in Swedish hospitals and the degree of satisfaction among nursing staff*. Journal of Nursing Management, 15(5), 472-480.
- (48) Levenstam, A. Bergbom, I.(2011). *The Zebra index: one method for comparing units in terms of nursing care*. Journal of Nursing Management,, 19 (2), 260–268.

- (49) Conners, A.-M. (1994). Patient classification system in a rural emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 2(1), 7–20.
- (50) Güngör, D. (2016). *Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu*. *Türk psikoloji yazıları*, 19(38), 104-112).
- (51) Polite F., Beck, C. (2006) *The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations*, *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- (52) Di Somma, S., Paladino, L., Vaughan, L., Lalle, I., Magrini, L., & Magnanti, M. (2015). *Overcrowding in emergency department: an international issue*. *Internal and emergency medicine*, 10(2), 171-175.
- (53) Lugtenberg, M. (2011). *Intensity of care among patients in the Emergency Department of Medisch Spectrum Twente*; University of Twente.
- (54) Abreu, S. P. D., Pompeo, D. A., Perroca, M. G. (2014). *Use of patients' classification instruments; analysis of the Brazilian production of knowledge*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 48 (6) , 1111-1118.
- (55) Bilgen, Ö., (2015). *Puanlayıcılar arası güvenirlik belirleme tekniklerinin karşılaştırılması*. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 8(1), 63-78.

- (56) Richardson, WC., Berwick, J., Bisgard, J., (2001) *Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press. 2(3), 233-235
- (57) Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, et al. (2009) *The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes*. Acad Emerg Med.16:1–10.
- (58) Salway, R. J., Valenzuela, R., Shoenberger, J. M., Mallon, W. K., & Viccellio, A. (2017) *Emergency Department (ED) overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions*. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(2), 213-219..
- (59) Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). *Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions*. PloS one, 13(8), e0203316.
- (60) Korhan, E. (2013), *Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,16(4), 199-204
- (61) Fagerstrom, L., Eriksson, K. ve Engberg, IB (1999). *The measure of perceived patient care: Measurable measure that*. International Journal of Nursing Practices, 5 (4), 199–208



- (62) Gotherstrom, C., Hamrin, E., Carstensen, J., (1994). *Testing a Modified Swedish Version of the Rush Medicus Nursing Process Quality Monitoring Instrument hi Short-term Care*, 6 (1), 77–83.
- (63) Saygili, M. ve Çelik, Y. (2019). *Türkiye'deki kanser hastalarına sunulan farklı palyatif bakım modellerinin maliyet etkinliğinin bir değerlendirmesi*. Avrupa Kanseri Bakımı Dergisi, 2(1), 19-27.
- (64) Bozkurt, G., Türkmen, E., Zengin, N., (2017) *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bağımsız İşlevlerine İlişkin İş Yükü*, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi; 21(2):36-41.

## **EKLER**

## Ek 1: Hasta Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu

<b>Cinsiyet</b>	Kadın	Erkek					
<b>Yaş</b>							
<b>Başvuru Zamanı</b>	<b>00.00-06.00</b>	<b>6.01:12.00</b>			<b>12.01-18.00</b>	<b>18.01-24.00</b>	
<b>Başvurduğu gün</b>	<b>Pazartesi</b>	<b>Salı</b>	<b>Çarşamba</b>	<b>Perşembe</b>	<b>Cuma</b>	<b>Cumartesi</b>	<b>Pazar</b>
<b>Acil Servise Geliş Şekli</b>	<b>Yürüyerek</b>		<b>Tekerlekli sandalye</b>		<b>Ambulans</b>		
<b>Başvuru Şikayeti</b>							
<b>Tanı</b>							
<b>Triyaj Kategorisi</b>	Kırmızı,	Turuncu	Sarı	Yeşil	Mavi		
<b>Yaşam Bulguları</b>	<b>Nabız (dk)</b>	<b>Kan Basıncı</b>	<b>Solunum</b>	<b>Ateş</b>	<b>Oksijen Sat.</b>		
<b>0.dk</b>							
<b>15.dk</b>							
<b>30.dk</b>							
<b>1.st</b>							
<b>Acil Serviste İzlendiği Alan</b>	Resüsitasyon Odası			Yataklı Gözlem odası			

<b>Acil Serviste İzlem Süresi</b>					
<b>Acil Servisten Taburcu Olduğu Yer</b>	<b>Klinik</b>	<b>Yoğun bakım/Amlh</b>	<b>Başka bir hastane</b>	<b>Ev</b>	<b>Exitus</b>

## Ek 2: Jones Bağımlılık Aracı (JDT-Jones Dependency Tool)

Component	3	2	1	Rating
<b>Communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Complete deterioration due to loss of one or more senses</li> <li>◆ Pain in the high range of the visual analog scale</li> <li>◆ Unresponsive</li> <li>◆ Language barrier</li> <li>◆ Comprehensive behavioural problems</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deterioration or potential for deterioration in one or more senses</li> <li>◆ Pain in the mid-range of the visual analog scale</li> <li>◆ Responding to verbal / pain signals only</li> <li>◆ Difficulty due to language barrier</li> <li>◆ Worried / crying / distressed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Communicate with all senses</li> <li>◆ Pain in lower range of visual analog scale</li> <li>◆ Awake</li> <li>◆ No language barrier</li> <li>◆ Cooperative (open to cooperation) / relaxed</li> </ul>	
<b>ABC (Airway, Breathing and Circulation)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Cardiac / Respiratory arrest (or risk)</li> <li>◆ Complete deterioration of ABC or Shock</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Risk of deterioration of airway breathing or circulation (possibility of shock potential due to this condition)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ No ABC problems</li> <li>◆ Small wounds</li> </ul>	
<b>Mobility</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Full immobility</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Partial motion loss</li> <li>◆ Patient needs stretcher / wheelchair</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Full motion</li> <li>◆ Minor limb problems</li> </ul>	
<b>Eating, Drinking, Elimination and Personal Care</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Complete loss of bowel / bladder function and / or hyperemesis</li> <li>◆ Complete loss of independent self-care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Partial loss of bowel / bladder function and / or vomiting</li> <li>◆ Partial loss of independent self-care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Normal bowel / bladder control. No vomiting</li> <li>◆ Ability to self-care independently</li> </ul>	
<b>Environmental Safety, Health</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Posing a danger to</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ It appears that the risks are</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Demonstrates full</li> </ul>	

<b>and Social Needs</b>	oneself or others ◆ Seems to need comprehensive social support	not fully understood ◆ Needs some social support	understanding of risks ◆ No need for social support	
<b>Triage</b>	◆ Red or orange	◆ Yellow	◆ Green or blue	
<b>Total JDT Evaluation</b>				
<b>Dependency Score</b>				

Terms (\*)

Complete impairment - complete loss;

Impairment - some degree of loss.

Senses - any one of the five especially sight, hearing or touch.

Language barrier - inability to speak or because of different language to nurse.

Behavioural problems - psychological or drug related.

Total loss - total inability to control own functions (may be ongoing).

Social support - co-ordination of relatives/environment/service provision.

Shock - hypovolaemic, cardiogenic, obstructive or distributive requiring immediate intervention. Mobility loss - relates to loss or partial loss of normal mobility in any limb(s).

Partial mobility loss - has some ability to move limbs but may require help with sitting/standing/personal care.

**Possible Workload**

Once the dependency score has been obtained (using the JDT) possible nursing workload could include;

**Patient Dependency 0 = Low dependency**

Patients who require a minimal level of nursing intervention. May require some first aid at triage and wound care. However if nurse practitioner intervention this is a total nursing care episode.

**Patient Dependency 1 = Moderate dependency**

Patients who require moderate levels of nursing intervention and are encouraged to become independent

**Patient Dependency 2 = High dependency**

Patients who require a high level of nursing intervention but less than that required by a totally dependent patient

**Patient Dependency 3 = Total dependency**

Patients requiring total nursing care and a one - one input.

(D) = direct care (I) = indirect care.

Workload; it will show the note for a patient, but it should contain a component or provide more information.

Component	Total dependency 3	High dependency 2	Moderate dependency 1	Low dependency 0
<b>Communication</b>	<p>Nurse present at all times (one - one) (D/I)</p> <p>Constant attention due to behavioural problems/need for psychological support (D)</p> <p>Constant support/frequent contact with relatives (I)</p> <p>May require analgesia IM/IV</p>	<p>Constant observation (but not requiring one - one) (D/I)</p> <p>Frequent attention due to behavioural problems/need for psychological support (D)</p> <p>Frequent support/contact of relatives/friends due to severity/death of patient (I)</p> <p>May require analgesia IM/IV</p>	<p>Nurse available in clinical area (D/I)</p> <p>Reassurance/psychological support (D)</p> <p>May require relatives to be informed/explanation (I)</p> <p>May require analgesia IM/IV</p>	<p>Nurse available in clinical area (D/I)</p> <p>Reassurance (D)</p>
ABC	<p>Frequent (15 minutes) vital signs (D)</p> <p>Constant airway/breathing attention (D)</p> <p>Resuscitation (D)</p> <p>Rapid IV fluids (D)</p> <p>Extensive or time consuming interventions/tests (D/I)</p>	<p>Vital signs 1/2 - 1 hourly (D)</p> <p>Observation/intervention with airway/breathing (oxygen administration) (D)</p> <p>Frequent IV fluids (D)</p> <p>Require various blood tests (D/I)</p>	<p>Vital signs 2-4 hourly (D)</p> <p>IV fluids (D)</p> <p>May require blood tests (D)</p> <p>Wound closure/complex wound care (D)</p>	<p>Vital signs once only (D)</p> <p>Wound care (dry dressing/bandages) (D)</p>
Mobility	<p>Frequent pressure area care (D)</p> <p>Constant elimination support (D)</p>	<p>Pressure area care 1-2 hours (D)</p> <p>Require x-rays/scans (D/I)</p>	<p>Pressure area care 4/6 hourly (D)</p>	<p>Nil specific</p>



	Extensive or time consuming interventions/tests (D/I)			
Eating, drinking, elimination and personal care	Requires constant attention to care	Assistance with bedpans/urinals (D)	Assistance with toiletry/commode/walking to toilet (D)	Nil Specific
Environmental safety, health and social needs	<p>Constant attention due to behavioural problems (D)</p> <p>If discharged will require complex discharge arrangements involving more than one service provider (I)</p> <p>Admission planning (I)</p> <p>Will require escorting to wards/departments (D)</p> <p>Extensive time consuming health promotion/self care advice required (D)</p>	<p>Frequent attention due to behavioural problems (D)</p> <p>If discharged will require complex discharge arrangements involving more than one service provider (I)</p> <p>May require admission planning (I)</p> <p>Will require escorting to wards/departments (D)</p> <p>More extensive health promotion/self care advice required (D)</p>	<p>May require some discharge planning linked with one service provider (I)</p> <p>May require admission planning (I)</p> <p>May require escorting to wards/departments (D)</p> <p>Requires some health promotion/self care guidance (D)</p>	<p>Discharge planning is uncomplicated (I)</p> <p>Some health promotion/self care may be required (D)</p>

### Ek 3: Jones Bağımlılık Aracı Türkçe Formu

Bileşen	3	2	1	Puan
İletişim	Bir ya da birden fazla duyunun kaybindan dolayı iletişim tamamıyla bozulmuş Görsel analog skalaya göre şiddetli ağrısı var Yanıt yok/tepki vermiyor Konuşamama ya da yabancı dil engeli nedeniyle konuşmıyor Psikolojik sorunlar ya da ilaçlar nedeniyle) ciddi düzeyde davranış bozukluğu var	Bir veya birden fazla duyuda bozulma veya bozulma potansiyeli var Görsel analog skalaya göre orta şiddette ağrısı var Sadece sözel / ağrı uyaranlara yanıt veriyor. Dil engelinden dolayı konuşmada zorlanıyor Ağlamaklı/ üzüntülü (sıkıntılı)	Tüm duyularıyla iletişim kurabiliyor Görsel analog skalaya göre düşük şiddette ağrısı var Uyanık Dil engeli yok İş birliği yapıyor (koopere)/rahat/sakin görünüyor	
ABC	Kardiyak/respiratuar arrest ya da arrest riski var ABC tamamıyla bozulmuş ya da acil tedavi gerektiren şok* mevcut	Havayolu, solunum ve dolaşımında bozulma riskine bağlı şok gelişme riski var	ABC sorunu yok(havayolu açık, solunum ve dolaşım normal) Küçük yaraları var	
Hareket/ Mobilizasyon	Tamamen hareketsiz	Kısmi hareket kaybı var Hastanın sedyeye / tekerlekli sandalyeye gereksinimi var	Bağımsız hareket edebiliyor Ekstremitelerinde hafif sorun var	
<b>Yeme, içme, boşaltım ve kişisel bakım</b>	Bağırsak/mesane fonksiyonlarında tam kayıp ve/veya hiperemezis var Öz bakımını kendi kendine yapamıyor	Bağırsak/mesane fonksiyonları kısmen kayıp ve/veya kusma var Öz bakımında desteğe gereksinimi var	Bağırsak/mesane kontrolü tam ve kusma yok Öz bakımını kendi kendine yapabiliyor	
<b>Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal ihtiyaçlar</b>	Kendisi ve diğerleri için tehlikeli Geniş çaplı sosyal destek gereksinimi var	Riskleri tam olarak algılayabilmiş değil Biraz sosyal desteğe gereksinimi var	Risklerin tam olarak farkında Sosyal desteğe gereksinimi yok	
<b>Triaj</b>	Kırmızı veya turuncu	Sarı	Yeşil veya Mavi	
♦ İlk JBA Değerlendirme				
♦ İlk Bağımlılık Puanı				
♦ Hasta Acil servisten ayrılırken JBA Değerlendirme				
♦ Hasta Acil servisten ayrılırken Bağımlılık Puanı				
Değerlendirme Puanı 6-7=Düşük Bağımlılık		Toplam puan=0		
Değerlendirme Puanı 8-12=Orta Bağımlılık		Toplam puan.=1		

Değerlendirme Puanı 13-15=Yüksek Bağımlılık	Toplam puan=2
Değerlendirme Puanı 16-18=Tam Bağımlılık	Toplam puan=3
<b>Terimler Sözlüğü:</b>	
Tam bozulma: Bir ya da birden fazla duyunun kaybından dolayı iletişim tamamıyla bozulmuş	
Bozulma= Bir veya birden fazla duyuda bozulma veya bozulma potansiyeli var	
Duyular=Özellikle görme, işitme, dokunma olmak üzere beş duyardan herhangi biri	
Konuşma/Dil engeli=Hiç konuşamama ya da hemşire ile farklı dil yüzünden konuşamama	
Davranışsal problemler=Psikolojik veya ilaçlarla ilgili	
Şok=Acil müdahale gerektiren hipovolemik,kardiyojenik, obstrüktif, distribütif şok	
Tam kayıp= Tamamen hareketsiz (devam ediyor olabilir)	
Kısmi hareket kaybı= Kısmi hareket kaybı vardır. Ekstremiteleri hareket ettirme kabiliyeti vardır, ancak oturma/ayakta durma konusunda yardıma ihtiyaç duyabilir	
Sosyal destek= akrabalar, çevre ve hizmet alımı le ilgili koordinasyon	

### **Olası İş Yüğü**

Jones Bağımlılık Aracı kullanılarak bağımlılık puanı elde edildiğinde olası hemşirelik iş yükü şunları içerebilir;

#### **Hasta Bağımlılığı 0 = Düşük Bağımlılık**

En az düzeyde hemşirelik girişimi gerektiren hastalar. Triyaj ve yara bakımında bazı ilk yardım uygulamalarına gereksinim duyabilir.

#### **Hasta Bağımlılığı 1 = Orta bağımlılık**

Orta düzeyde hemşirelik girişimi gerektiren ve bağımsız olmaya teşvik edilen hastalar

#### **Hasta Bağımlılığı 2 = Yüksek bağımlılık**

Yüksek düzeyde hemşirelik girişimi gerektiren ancak tamamen bağımlı bir hastanın gereksinim duyduğu seviyeden daha düşük olan hastalar.

#### **Hasta Bağımlılığı 3 = Tam bağımlılık**

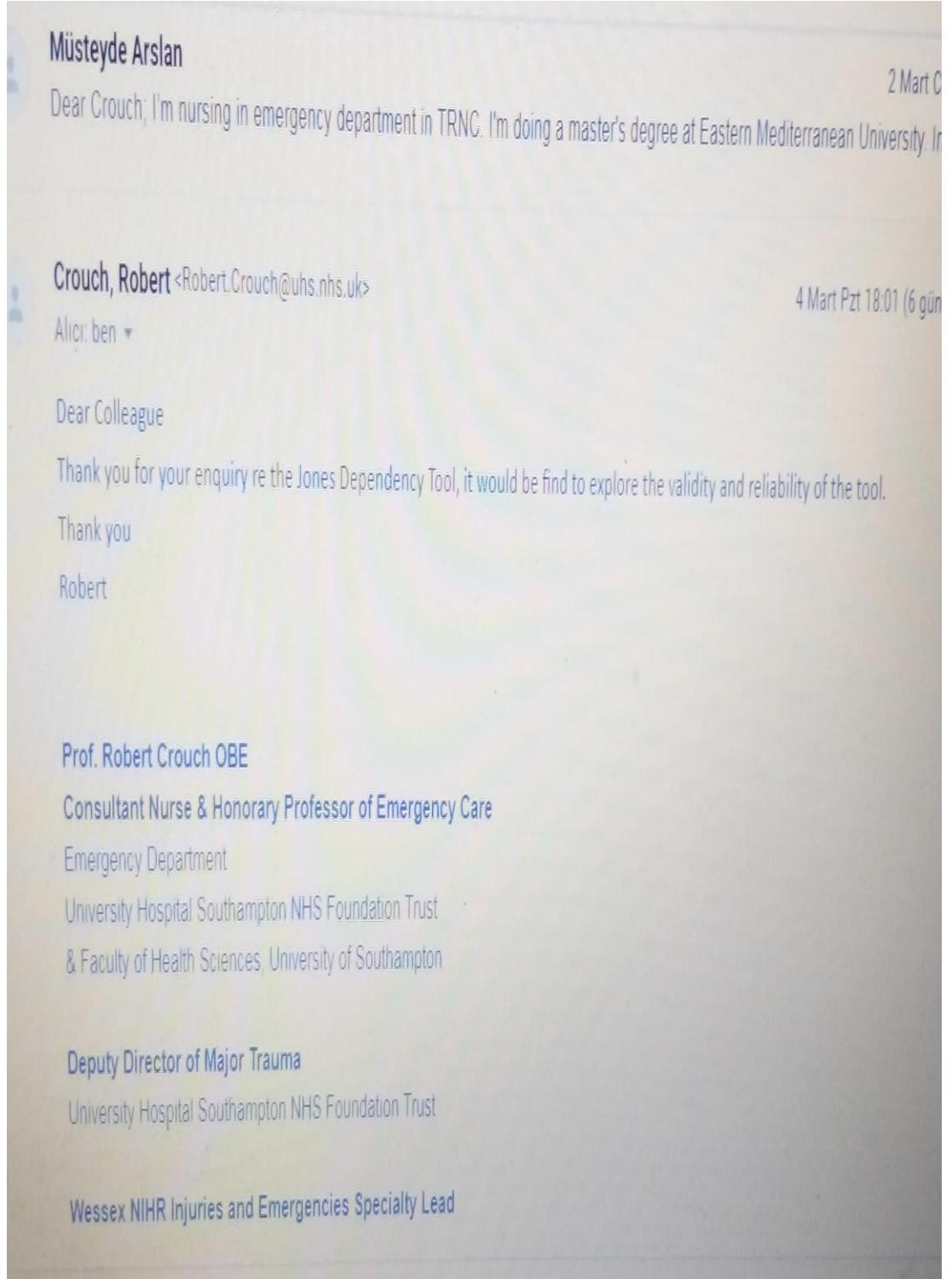
Tam ve bire - bir hemşirelik bakımı gerektiren hastalar

(D) = doğrudan bakım (I) = dolaylı bakım.


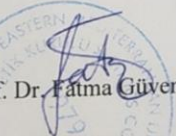
İş yükü; her bir hasta için farklılık gösterecek, ancak çoğu durumda her bir bileşeni içeren bir veya daha fazla etkinlik gerekecektir.

Bileşen	Tam Bağımlılık 3	Yüksek Bağımlılık 2	Orta Bağımlılık 1	Düşük Bağımlılık 0
<b>İletişim</b>	Hemşire her zaman ulaşılabilir olmalı (bire - bir) (D / I)  Davranışsal sorunlar / psikolojik destek ihtiyacına bağlı sürekli izlem (D)  Aile bireylerinden sık destek / iletişim (I)  IM / IV analjezi gerektirebilir	Sık gözlem (bire - bir gerektirmeyen) (D / I)  Davranışsal sorunlar / psikolojik destek ihtiyacından dolayı sık izlem (D)  Hastalığın ciddiyetine göre aile bireyleri ve arkadaş desteği(I)  IM / IV Analjezi gerektirebilir	Hemşire klinikte ulaşılabilir olmalı (D / I)  Psikolojik destek (D)  Aile bireylerinin bilgilendirilmesi ve hastanın durumunun açıklanması gerekebilir (I)  IM / IV Analjezi gerektirebilir	Hemşire klinikte ulaşılabilir olmalı (D / I)  Psikolojik destek (D)
ABC	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Sık sık (15 dakika'da bir) yaşam bulgu takibi (D)</li> <li>◆ Sürekli hava yolu / solunum kontrolü gerekir (D)</li> <li>◆ Resüsitasyon (D)</li> <li>◆ Hızlı IV sıvılar (D)</li> <li>◆ Kapsamlı veya zaman alıcı girişimler / testler (D / I)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 1/2 - 1 saatlik yaşam bulgu takibi (D)</li> <li>◆ Hava yolu/ solunumun sık kontrolü gerekir / oksijen uygulaması (D)</li> <li>◆ Sık sık IV sıvılar (D)</li> <li>◆ Çeşitli kan testlerinin yapılması (D / I)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 2-4 saat arası yaşam bulguları takibi (D)</li> <li>◆ IV sıvıları (D)</li> <li>◆ Kan testleri gerektirebilir (D)</li> <li>◆ Yara kapanması / kompleks yara bakımı (D)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Yalnızca bir kez yaşam bulguları takibi (D)</li> <li>◆ Yara bakımı (kuru pansuman / bandaj) (D)</li> </ul>
Mobilizasyon / hareketl	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Sık basınç alanı bakımı (D)</li> <li>◆ Sürekli eliminasyon desteği (D)</li> <li>◆ Kapsamlı veya zaman alıcı girişimler / testler (D / I)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 1-2 saatte basınç alanı bakımı (D)</li> <li>◆ Röntgen / tarama gerekir (D / I)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 4-6 saatte basınç alanı bakımı (D)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Spesifik birşey yok</li> </ul>
Yeme, içme, boşaltım ve kişisel bakım	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Bakım için sürekli izlem gerekir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Yatak takımları / sürgü kullanımına yardım (D)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tuvalet / tuvalete yürüme yardımı (D)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Spesifik birşey yok</li> </ul>
Çevre güvenliği, sağlık ve sosyal ihtiyaçlar	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Davranışsal sorunlardan dolayı sürekli izlem (D)</li> <li>◆ Taburcu edilecekse, bir yada birden fazla sağlık çalışanı ile taburculuk planlaması gerekir (I)</li> <li>◆ Hastaneye kabul planlaması (I)</li> <li>◆ Servislere / bölümlere gidecek ise refakatçi gerekebilir (D)</li> <li>◆ Sağlığın geliştirilmesi /özbakım önerileri zaman alıcıdır (D)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Davranışsal sorunlardan dolayı sık izlem (D)</li> <li>◆ Taburcu edilecekse, bir yada birden fazla sağlık çalışanı ile taburculuk planlaması gerekir (I)</li> <li>◆ Hastaneye kabul planlaması gerekebilir (I)</li> <li>◆ Servislere / bölümlere gidecekse refakatçi gerekebilir (D)</li> <li>◆ Sağlığın geliştirilmesi /özbakım önerileri zaman alıcıdır (D)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ bir sağlık çalışanı ile taburculuk planlaması gerekebilir (I)</li> <li>◆ Hastaneye kabul planlamasına ihtiyaç duyabilir (I)</li> <li>◆ Servislere / bölümlere gidecekse refakatçi gerekebilir (D)</li> <li>◆ Biraz sağlığı geliştirme / öz bakım rehberliği gerektirir (D )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Taburculuk planlaması basittir (I)</li> <li>◆ Bazı sağlığı geliştirme/ öz bakım girişimleri gerekebilir (D)</li> </ul>



## Ek 4: Ölçek Kullanım İzni



## Ek 5: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Onay Form

 <p><b>Doğu Akdeniz Üniversitesi</b> "Erdem, Bilgi, Gelişim"</p>	<p><b>Eastern Mediterranean University</b> "Virtue, Knowledge, Advancement"</p>	<p>99628, Gazimağusa, KUZZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 E-mail: bayek@emu.edu.tr</p>
<p><b>Etik Kurulu / Ethics Committee</b></p>		
<p>Sayı: ETK00-2019-0111</p>	<p>26.04.2019</p>	
<p><b>Konu:</b> Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.</p>		
<p>Sayın Müsteyde Öznur Arslan</p>		
<p>Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi</p>		
<p>Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 26.04.2019 tarih ve 2019/13-17 sayılı kararı doğrultusunda "Acil Servise Başvuran Hastaların Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesinde Jones Bağımlılık Aracının Türkçe Geçerlik ve Güvenliğinin Değerlendirilmesi." adlı çalışmanızı, Yrd. Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ'ın danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.</p>		
<p>Bilgilerinize rica ederim.</p>		
<p> Prof. Dr. Fatma Güven Lisaniler Etik Kurulu Başkanı</p>		
<p>FGL/ns.</p>		

**Ek 6: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yataklı  
Tedavi Kurumları Dairesi Uygunluk İzni**

**K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI  
DR BURHAN NALBANTOĞLU  
DEVLET HASTANESİ**

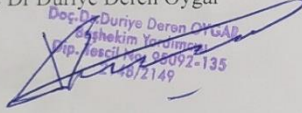
Sayı: YTK.1.01  
(EK 20/19)

Tarih: 17.12.2020

Sn. Hemşire Müsteyde Öznur Arslan ,

Etik Kurulumuzun 16 Nisan 2019 tarihinde yapmış olduğu toplantıda, "Acil servise başvuran hastaların bağımlılık düzeylerinin belirlenmesinde Jones bağımlılık aracının Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi" isimli projeniz/araştırmanız tarafımızdan değerlendirilmiş olup Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımızla sunulur, başarılar dileriz.

Etik Kurul YK adına  
Doç Dr Dürriye Deren Oygur  
  
Doç. Dr. Dürriye Deren Oygur  
Sağlık Bakanlığı  
Tıp. Mescl. No: 98092-135  
140/2149

**İLETİŞİM**  
Tel: +90 392 22 85441  
Fax: + 90 392 22 31899  
Email: lbndtanitim@gmail.com

## Ek 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sağlık Etik Alt Kurulu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**ARAŞTIRMANIN ADI:** Acil Servise Başvuran Hastaların Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesinde Jones Bağımlılık Aracının Geçerlik ve Güvenilirliği'nin Değerlendirilmesi

Bu form ile "Acil Servise Başvuran Hastaların Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesinde Jones Bağımlılık Aracının Geçerlik ve Güvenilirliği'nin Değerlendirilmesi" isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir. Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamamız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, **Müsteyde Öznur ARSLAN** sorumluluğu altında yapılmaktadır.

#### ARAŞTIRMANIN KONUSU VE AMACI:

Araştırmanın konusu: Acil Servise Başvuran Hastaların Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesinde Jones Bağımlılık Aracının Geçerlik ve Güvenilirliği'nin Değerlendirilmesi

Araştırmanın amacı: Bu araştırma; acil servise başvuran hastaların bağımlılık düzeylerinin belirlenmesinde Jones Bağımlılık Aracının Türkçe formu değerlendirilecektir.

**ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ:** Bu araştırma; Jones Bağımlılık Aracının Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği'nin değerlendirilmesi amacıyla sizlere ait veriler kullanılacaktır. Verileriniz araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacak, araştırmacı dışında herhangi biri ile paylaşılmayacaktır.

#### Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Müsteyde Öznur ARSLAN

Görevi : Araştırma Sahibi

Telefon: 05391091000

#### Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durum bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı



tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Müsteyde Öznur ARSLAN ile iletişim kurabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

**Gönüllü/Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Görüşme Tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı: Müsteyde Öznur ARSLAN, Hemşire

Adres: Anamur Sokak, Pertev Paşa Mahallesi, No:23 / Gazimağusa

Tel: 05391091000

İmza:

Tarih

## Ek 8: Dil ve İçerik Geçerliğine İlişkin Destek Veren Uzman Görüş

### Listesi

Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Hicran AYDIN BEKTAŞ	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Neşe Oray	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Fırat KILIÇ	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Doç.Dr. Halise Çoşkun	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Doç.Dr. Emine TÜRKMEN	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Rıdvan Atilla	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr. Öğr. Gör. Serpil İNCE	Akdeniz Üniversitesi
Yard.Doç.Dr. Ramadan Eyyam	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Öğr. Gör. Songül BİŞKİN	Akdeniz Üniversitesi
Öğr.Gör.İpek Meneviş	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Uzm Hem.Meral GÖZKAYA	Akdeniz Üniversitesi
Uzm. Hemşire Meral Dölek	Lefke Avrupa Üniversitesi