



Derleme

Acil psikiyatrik bakım ve ruh sağlığı triyajı

Ayşe Büyükbayram,¹ Esra Engin²

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Özet

Acil servis hemşireleri acile başvuran ruhsal sıkıntıları olan hastalara bakım verirken; hastalarını fiziksel, ruhsal ve psikososyal açıdan değerlendirebilme, hastaların kendilerine veya başkalarına zarar verme risklerini tespit edebilme, risk altında olan hastaları koruma ve bakımını yürütme becerilere sahip olmalıdır. Fakat acil servislerin fiziki koşullarının ve çalışanların bilgi ve becerilerinin yetersiz olması, çalışanların olumsuz tutumları, ruh sağlığı çalışanları ve acil servis çalışanları arasında yeterli işbirliği ve iletişimin olmaması gibi nedenlerle hastalara kaliteli ve etkili bakım verilememektedir. Bu durum hastaların hastanede bekleme sürelerinin uzamasına, tedavilerinin gecikmesine, hastalara yönelik olumsuz tutumlara ve damgalamaya neden olabilmektedir. Acil servislerde çalışanların bu olumsuz tutum ve davranışlarının azaltılabilmesi, hastalara daha hızlı ve etkin bir şekilde bakım verebilmeleri için; ruh sağlığı triyaj uygulamasının geliştirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle derleme makale, acil psikiyatrik bakımda yaşanan güçlükleri, acil psikiyatrik hizmetleri geliştirmede ruh sağlığı triyaj yaklaşımının önemini ortaya koymak amacıyla ele alınmıştır.

Anahtar Sözcükler: Acil psikiyatrik bakım; acilde serviste yaşanan güçlükler; ruh sağlığı triyajı.

Psikiyatrik aciller duygu, düşünce ve davranış alanlarının bir ya da bir kaçında ortaya çıkan belirtilerin; insanın bedensel, zihinsel, sosyal bütünlüğünü, işlevlerini, yaşam kalitesini bireyin kendisi ve çevresi açısından tahammül edilemeyecek derecede bozması durumudur.^[1] Acil başvuruların yaklaşık %3-12'sini psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır.^[2,3] Acil psikiyatrik durumlar, birçok kronik ruhsal hastalık, psikososyal stres bozuklukları ve yaşam olaylarından kaynaklanabildiği gibi psikiyatrik semptomlara neden olan tıbbi hastalıklar, zehirlenmeler, madde kullanımı, ilaç yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimleri sonrasında da gelişebilmektedir.^[1-4]

Ruhsal sıkıntıları nedeniyle acil psikiyatrik bakım alma gereksinimi olan hasta ve yakınları acil psikiyatri birimlerinin yanı sıra sıklıkla genel hastanelerin acil servislerine başvurmaktadır.^[4-7] Acil servise başvuran bu hasta ve yakınlarına kaliteli bakım hizmeti sunmak; hastalığın maddi ve manevi yüklerini azaltabilmek ve koruyucu psikiyatri hizmetlerinin etkinliğini artırabilmek açısından çok önemlidir.^[5-8]

Ruhsal sıkıntıları nedeniyle acile başvuran hasta ve yakınla-

rına kaliteli bakım hizmeti sunabilmek için; hastaların içinde buldukları durumun doğru bir şekilde değerlendirilmesi, aciliyet durumunun belirlenmesi, müdahalenin doğru, hızlı ve etkin bir şekilde planlanması ve uygulanması, risk faktörlerinin değerlendirilmesi,^[1,2,5,9-11] hasta yakınlarının da psikososyal açıdan desteklenmesi^[1,11-13] gerekmektedir. Bu nedenle acil servis çalışanların bu hastaları fizyolojik ve psikososyal açıdan değerlendirebilme, uygun tedavi ve bakımı almalarını sağlama, olası riskleri öngörme, güvenli ortamı oluşturma ve kriz yönetimi gibi bir çok konuda bilgi ve beceri sahibi olmaları önemlidir.^[7,9-13] Bu beceriler ile yapılacak olan ilk müdahale, ikinci bir acil durumu önleyebileceği gibi, hasta ve yakının daha sonraki tedavilere uyumunu da kolaylaştıracaktır.^[1,2,8,11] Ancak acil psikiyatrik durumları değerlendirmek; altta yatan olası tıbbi durumu, var olan psikiyatrik bozukluğu ve psikososyal durum gibi birçok alanı değerlendirmenin gerekliliği nedeniyle oldukça karmaşıktır.^[13,14] Özellikle fiziksel ve ruhsal sorunların bir arada olduğu acil başvuru durumunda (örneğin psikiyatrik semptomların olduğu nörolojik hastalıklar, zehirlenme durumu gibi), acil servis çalışanları sorunun gerçek

İletişim: Ayşe Büyükbayram, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Turkey

Tel: +90 232 329 35 35 / 4812 **E-posta:** abayram35@gmail.com **ORCID:** 0000000324799139

Geliş Tarihi: 28.06.2016 **Kabul Tarihi:** 05.09.2017 **Online Yayınlanma Tarihi:** 26.01.2018

©Copyright 2018 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Çevrimiçi: www.phdergi.org



nedenini saptama, soruna yönelik tedavi uygulama ve bakım verme konusunda sıklıkla zorlanmaktadır.^[5-7,11,13-15] Yapılan bir çalışmada ruhsal sıkıntısı nedeniyle genel acil servise başvuran hastaların %60'ına tanı konamadığı veya uygun tedavinin düzenlenemediği saptanmıştır.^[15] Bu açıdan bakıldığında acil servis çalışanlarının ruhsal sıkıntısı olan hastaları değerlendirme, müdahale ve bakım verme konusunda bilgi ve beceri sahibi olmaları gereklidir.^[3,7,16-18]

Genel hastanelerin acil servislerinde acil servis hemşireleri ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerin özellikle ruhsal sıkıntısı olan hastaları değerlendirme ve bakım verme konusunda birçok güçlük yaşadıkları belirtilmektedir.^[3,7,19-23] Hemşirelerin yaşadıkları bu güçlükler hastaları, çalışanları ve kurumu olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle yapılan çalışmalarda hemşirelerin yaşadıkları güçlüklerin; hastaların ruhsal ve/veya fiziksel sorunlarının görmezden gelinmesine ve duygusal gereksinimlerinin yok sayılmasına, hastalara yönelik olumsuz tutum ve davranışlara, hastaların bakım alma önceliğinin ertelenmesine ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olduğu belirtilmektedir.^[21-27] Ruhsal sıkıntıları nedeniyle acil servise başvuran hastalarla yapılan çalışmalarda, hastaların gereksinimleri olan sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşadığı, damgalandığı, hasta güvenliği ile ilgili risklerin arttığı, hasta memnuniyetinin azaldığı, kaliteli bakım alma haklarının engellendiği belirtilmektedir.^[12,13,16,21-27] Ayrıca yaşanan güçlükler nedeniyle çalışanlar arasında iletişim ve işbirliği ile ilgili sorunlar yaşanmasına, çalışan güvenliği ile ilgili risklerin artmasına, çalışanlarda iş doyumunun azalmasına ve verimliliğin düşmesine neden olmaktadır. Kurumsal açıdan bakıldığında ise tedavi maliyeti artmakta, düşük kaliteli hizmet verilmektedir.^[14,28]

Yapılan çalışmalar incelendiğinde ruhsal sorunu nedeniyle genel hastanelerin acil servisine başvuran hastalarda hizmet kalitesini artırabilmek için farklı uygulamalar olduğu görülmektedir. Bunlardan biri acil serviste konsültasyon liyazon psikiyatrisi (KLP) hemşiresinin bulunmasıdır.^[5,6,18,29] Bu uygulama ilk kez 1990 yılında Kuzey Amerika'da başlamıştır. Günümüzde İngiltere, Kanada, Avustralya ve Avrupa'da birçok acil serviste KLP hemşiresi bulunmaktadır.^[29] Acil serviste KLP hemşiresinin temel görevi eğitim, araştırma, denetim ve destek vermek olarak tanımlanmıştır.^[29] Wynaden ve ark.nın^[18] (2003) genel acil serviste KLP hemşireleri ile yaptıkları çalışma sonucunda, acil servis hemşirelerinin hastalara yönelik olumsuz duygu ve tutumlarının azaldığı, klinik uzmanın görmesi gereken hasta sayısının büyük ölçüde azaldığı ve hasta bakım kalitesinin arttığı belirtilmektedir. Bununla birlikte bir çalışmada, acil servise ruhsal sıkıntısı nedeniyle başvuran hastaların, genel acil serviste psikiyatri hemşiresinin olması gerektiğini ifade ettikleri bildirilmiştir.^[12] Ülkemizde acil servislerde psikiyatri hizmeti konsültasyon istemiyle gerçekleştirilmektedir. KLP hemşiresinin görev yaptığı hastanelerde ise genel servislerde sunulan klinik hizmet acil servisler için de geçerlidir.

Ruhsal sıkıntıları nedeniyle genel hastanelerin acil servisine başvuran hastaların hizmet kalitesini artırabilmek için yapılan

diğer bir uygulama ruh sağlığı triyaj yaklaşımıdır.^[14,23,26,27] Ruh sağlığı triyaj yaklaşımını geliştirebilmek ilk olarak Avustralya'da bir bölgede ruh sağlığı triyaj skalası kullanılmıştır. Günümüzde ruh sağlığı triyaj yaklaşımı Avustralya sağlık bakanlığı tarafından da desteklenmiş olup Avustralya genelinde uygulanmaktadır.^[30-35] Ruh sağlığı triyaj yaklaşımını etkin bir şekilde yürütebilmek için kullanılan ruh sağlığı triyaj skalası, genel acil servislerde acil psikiyatrik hastalara yaklaşım konusunda bilgi ve deneyimi olmayan hemşireler için yol gösterici özelliktedir. Bu özelliği ile hemşirelerin hastalara yaklaşım konusunda yaşadıkları belirsizliklerin azaldığı, hasta memnuniyetinin arttığı ve hastaların acil psikiyatrik bakım kalitesinin arttığı belirtilmektedir.^[25-27,30,35-38]

Ülkemizde acil psikiyatrik hizmetler bölge hastaneleri acil servislerinde, özel dal psikiyatri hastanelerinin acil servislerinde ve genel hastanelerin acil servislerinde verilmektedir. Sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011-2023) ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli modele dönüştürülmesi hedeflenmiş olup, bölge hastanelerinde yatak sayısının azaltılması ve genel hastanelerde psikiyatri yataklarının açılması kararı alınmıştır.^[39] Bu durum, ruhsal sıkıntısı olan hastaların genel hastanelere başvuru sayısını artırmaktadır. Acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım konusunda özel bilgi ve becerisinin olmadığı, bu konuda bakanlık tarafından desteklenen standart bir eğitim programının uygulanmadığı bilinmektedir.^[21] Bununla birlikte ruhsal sıkıntısı nedeniyle genel hastanelerin acil servisine başvuran hastaların ve bakım veren hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri ve nedenlerini saptamaya yönelik çalışmaların, acil psikiyatrik hizmet kalitesini artırmaya yönelik uygulamaların yeterli olmadığı görülmektedir. Mevcut ihtiyaçtan hareketle bu derlemenin amacı; acil psikiyatrik bakımda yaşanan güçlükleri, nedenlerini açıklamak ve acil psikiyatrik bakımda ruh sağlığı triyaj yaklaşımının önemini ortaya koymaktır. Bu yazının ülkemizde, acil psikiyatrik bakımda hasta ve yakınlarının, bakım veren hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri saptamaya ve acil psikiyatrik bakım kalitesini geliştirmeye yönelik yapılacak olan çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Acil Psikiyatrik Bakımda Yaşanan Güçlükler ve Nedenleri

Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaları değerlendirme ve bakım verme konusunda yaşanan güçlüklerin genellikle fiziki koşulların yetersizliği,^[6,16,28] acil servis çalışanlarının olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışları,^[6,7,12,20-22] acil servis çalışanlarının acil psikiyatrik yaklaşım konusundaki bilgi ve beceri eksikliği,^[3,7,16-18] acil servis işleyişinin ve ruh sağlığı triyaj uygulamasının yetersizliği^[17,18,23,26,27] gibi nedenlerle ilgili olduğu belirtilmektedir.

Acil psikiyatrik bakımda fiziki koşulların uygun olmaması hasta ve çalışan güvenliği açısından önemli bir risk faktörüdür. Özellikle acil psikiyatrik hizmet verilen bir ortamda çevresel uyarıların daha az olduğu bekleme salonunun, özel görüşme

odalarının ve hasta mahremiyetini koruyan, gerektiğinde acil müdahalenin yapılabileceği alanların olması gerekmektedir.^[11,33,30] Fakat acil psikiyatrik bakımın sunulduğu mevcut fiziki koşulların kötü olduğu, hasta ve çalışanlara yönelik güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığı birçok çalışmada belirtilmiştir.^[5,6,11,16,23] Ayrıca yapılan bir çalışmada, ruhsal sorunları nedeniyle acil servise başvuran hastalar, damgalanmaktan korunmak için görüşmelerin tek kişilik odada yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.^[12]

Acil psikiyatrik bakımı olumsuz etkileyen hemşireler ile etmenler; hemşirelerin daha çok fiziksel hastalık ve travma ile başvuran hastalara öncelik vermeleri, tıbbi bakıma odaklanmaları, ruhsal sıkıntısı olan hastaları anlamak için çaba sarf etmemeleri ve bu hastalara yönelik duygu, tutum ve davranışlarının olumsuz olmasıdır.^[12,20,21,24,25] Yapılan çalışmalarda hemşireler, hastalar ile ilgili duygularının “korku, üzüntü, kaygı, acıma, öfke ve umutsuzluk,” olduğunu,^[6,21,24] hastalara bakım verme konusunda kendilerini “yetersiz çaresiz, güçsüz” hissettiklerini^[6,21] ve tutumlarının “kaygı, korku ve kaçınma” yönünde olduğunu^[6,12,16,20,21] belirtmişlerdir. Ayrıca hemşireler bu hastalara yönelik bakım rollerinin belirsiz olmasından, tıbbi tedavi ve kayıt tutma dışında çok fazla bir şey yapamıyor olmanın dolaylı “hayal kırıklığı” içinde olduklarını ifade etmişlerdir.^[16,28] Botega ve ark.nın^[25] (2005) acil servis hemşireleri ile yaptıkları çalışmada, hemşireler intihar eden olgulara karşı “kınayıcı” bir tutum sergilediklerini, bu hastalara bakım verirken “karmaşık ve kararsız” duygular içinde olduklarını; Wand ve Happell’in^[16] (2001) yaptıkları çalışmada da saldırgan hastalarla iletişim becerilerinin yetersiz olması ve bu hastalara yönelik müdahale prosedürlerinin net olmaması nedeniyle hemşireler, kendilerini “güçsüz” hissettiklerini ifade etmişlerdir. Başka bir açıdan bakıldığında acil servise başvuran psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastalar; acil servis çalışanlarının hastaların ne söylediğini dinlemediğini, kendilerini izole edilmiş ve unutulmuş hissettiklerini ve acil serviste uzun süre bekletildiklerini belirtmişlerdir.^[5] Başka bir çalışmada ise acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara ne istedikleri sorulduğunda; acil serviste, uzmanlık alanı psikiyatri olmayan acil çalışanlarının (doktor, hemşire, paramedik, güvenlik gibi) hastalara yaklaşım konusunda daha duyarlı olmasını ve hastaların yaşadıkları sıkıntıları anlama konusunda farkındalıklarının olmasını istemişlerdir.^[12]

Bununla birlikte acil servis hemşirelerinin olumsuz duygu, tutum ve davranışları, hemşirelerin ruhsal hastalıklar ve acil psikiyatrik yaklaşım konusundaki bilgi yetersizliğinden ve hemşirelerin kendilerine güvenmemelerinden kaynaklanmaktadır.^[5,6,12,16,25,28,36] Bu durum aynı zamanda acile başvuran hastaların ruhsal durumlarının kapsamlı bir şekilde (fiziksel, ruhsal ve psikososyal açıdan) değerlendirilmesini, fiziksel semptomlarla başvuran hastaların altta yatan ruhsal sorunlarının ayırt edilmesini ve hastanın gereksinimi olan bakımı almasını güçleştirmektedir.^[30] Yapılan çalışmalar incelendiğinde acil psikiyatrik sorunlar ve yaklaşım konusunda eğitim verilen acil servis hemşirelerinin hastaları değerlendirme, aciliyeti belirleme, müdahale ve bakım verme konusunda becerilerinin arttığı,

hemşirelerin hastalara yönelik tutum ve davranışlarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir.^[7,30,31]

Acil psikiyatrik bakımı olumsuz etkileyen en önemli etmenlerden biri de acil servis işleyişindeki yetersizliklerdir. Bu yetersizlikler hemşirelerin acil durumlarda ne yapacakları konusunda belirsizlik yaşamalarına neden olmaktadır. Bunun hemşirelere yol gösteren rehberin olmamasından yani ruh sağlığı triyajının uygun şekilde yapılamamasından kaynaklandığı belirtilmektedir.^[7,14,23,27] Acil servis işleyişindeki bu yetersizlik hemşirelerin hastalara yönelik olumsuz duygu ve tutum içinde olmalarını,^[6,12,16,20-23] bakım verirken belirsizlik yaşamalarını^[3,13,16,28,31] ve hastaların acil serviste uzun süre bekletilmelerini^[23,27,31,36-38] doğrudan etkilemektedir. Yapılan birçok çalışmada özellikle acil servise başvuran hastaların hızlı, etkin bir şekilde değerlendirilmesi ve gereksinimlerin karşılanması, bekleme sürelerinin kısaltılması için özellikle acil servislerde ruh sağlığı triyaj yaklaşımının uygulanmasının önemli olduğu belirtilmektedir.^[17,18,24,26-28,30-34,36-38,40]

Ruh Sağlığı Trijaj Yaklaşımı

Trijaj, hastalara bakma önceliğinin hastanın durumunun aciliyetine göre değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasıdır.^[19] Triyaj özellikle yaşamsal tehlikesi olan hastayı zaman geçirmeden tanılama, sınıflandırma, aciliyet sınıflandırmasına göre hasta akışını ve birim trafiğini rahatlatma, müdahale etme, kritik olmayan hastanın bakımını kolaylaştırma, sistemin getirdiği düzen ve işleyiş hızı ile hastaların korkularını hafifletme, çalışanın etkinliğini sağlama ve ekip kavramına işlerlik kazandırma amacıyla yapılmaktadır.^[19,41] Hastanelerin ve acil servislerin hizmet verdiği hasta grubunun özelliklerine göre triyaj; doktor, hemşire ya da paramedik tarafından yapılmaktadır.^[19] Ruh sağlığı triyajı, acil servise ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hastaların kısa sürede değerlendirilmesini, bakım önceliğinin belirlenmesini, hızlı ve etkin şekilde müdahalenin yapılmasını ve hastanın gereksinimlerinin karşılanmasını kolaylaştıran spesifik bir yaklaşımdır.^[16-18,31-33]

Ruh sağlığı triyaj yaklaşımı ilk kez Avustralya’da geliştirilen ruh sağlığı triyaj skalası (Mental Health Triage Scale) ile uygulanmaya başlanmıştır. Acil servislerde fiziksel yaralanma ve tıbbi hastalık nedeniyle hastaneye başvuran hastalara öncelik verilmesi birçok sorunu beraberinde getirmiştir. Bu nedenle 1992 yılında gerçekleştirilen Birinci Ulusal Ruh Sağlığı planında, ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine dahil edilmesi ve kurum odaklı değil toplum temelli modele geçiş yapılması kararı alınmıştır.^[23,37] Bu uygulama sonucunda acil servislere ruhsal sıkıntısı nedeniyle başvuran hasta sayısı artmıştır. Acil servis hemşireleri hastalara nasıl müdahale edeceklerini bilemedikleri ve yaklaşımdan çekindikleri için, hastalara olumsuz tutum sergiledikleri, hastaların öncelik sırasının ertelendiği ve kaliteli hizmet alamadıkları görülmüştür.^[23,37,38] Smart ve ark.^[23] 1994 yılında Tazmania Royal Hobart Hastanesi’nde yaşanan bu sorunların; acil servis hemşirelerin ruhsal sorunu olan hastayı değerlendirme ve yönlendirme konusunda yetersiz kalmasından ve triyaj sisteminde ruhsal sorunu olan hastala-

ra yönelik bir tanımlamanın olmamasından kaynaklandığını saptamıştır.^[37] Buna yönelik Smart ve ark.^[23] 1994-1998 yılları arasında hemşirelere eğitim vermek ve ruh sağlığı triyaj skalasını (RSTS) geliştirmek için çalışmalarını yürütmüşlerdir. Bu çalışmada hemşirelere, özellikle depresyon, intihar, anksiyete bozukluğu, akut psikoz, kişilik bozukluğu, düşünce süreci bozukluğu olan hastaya yaklaşım; ruhsal sıkıntısı olan hastaları değerlendirme, triyaj uygulama, müdahale ve taburcu etme konularında eğitim verilmiş ve bu konuları içeren rehber eğitim kitapçık oluşturulmuştur.^[37] Çalışma sonucunda ruh sağlığı triyaj uygulamasının acil servise başvuran hastaların bekleme ve nakil sürelerini azalttığı, hastaların genel acil servise entegrasyonunu kolaylaştırdığı saptanmıştır.^[23] Fakat daha sonra Tobin ve ark.^[26] (1999) yaptıkları çalışmada, Royal Hobart Hastanesi'nde uygulanan bu ruh sağlığı triyaj skalasının birçok konuda yeterli olmadığını, bölgesel bir kültüre özgü olması nedeniyle genelleştirilemediğini, ruh sağlığı terminolojisi içermesi nedeniyle hemşireler tarafından yeterince anlaşılmadığını; bu skalayı kullanan hemşirelerin triyaj sınıflandırması yapmakta zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Tobin ve ark.^[26] 1998 yılında ruh sağlığı triyaj yaklaşımını geliştirebilmek için ruh sağlığı politikalarına uygun olarak Güneydoğu Sydney Bölgesi Sağlık Hizmeti'nde (South Eastern Sydney Area Health Service) (SESAHS) bir pilot proje gerçekleştirmiştir. Bu proje, bölgedeki beş ayrı hastanenin acil servisinde, dört ruh sağlığı acil biriminde ve bir toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan ekip tarafından uygulanmıştır. Bu çalışmanın geniş alanda yapılması RSTS'nin yaygın bir alanda, etkin ve başarılı bir şekilde uygulanabilirliğini ve genellebilirliğini göstermiştir.^[26,36-38]

Bununla birlikte Broadbent ve arkadaşları 2001 yılında, SESAHS tarafından oluşturulan RSTS'yi geliştirebilmek için Victoria Eyaleti'nde Barwon Health Acil Servisi'nde bir proje yürütmüştür. Bu proje sonunda acil serviste hasta bekleme süresinin kıaldığı, triyaj hemşirelerinin ruhsal sorunu olan hastaları değerlendirme, yönlendirme, müdahale konusunda güçlük yaşamadıkları ve hastalara yönelik daha olumlu tutum içerisinde oldukları, hemşirelerin ruh sağlığı çalışanları ile işbirliğinin arttığı ve ortak bir dil kullandıkları rapor edilmiştir.^[17,27,30] Bu proje sonuçlarının birçok çalışma sonucu ile benzer olduğu görülmektedir.^[13,26,31,32] Broadbent ve ark.^[13] geliştirdiği SESAHS RSTS'yi günümüzde Avustralya genelinde kullanılmaktadır.^[30-34] Özellikle New South Wales (NSW) Sağlık Bakanlığı, ruh sağlığı yasası ve politikaları kapsamında ruh sağlığı triyaj yaklaşımının temel prensipleri, RSTS'nin özellikleri ve ruhsal sorunu olan hastalara yönelik müdahale ilkeleri ile ilgili bir rehber kitapçık yayınlamıştır.^[33]

Ruh sağlığı triyaj yaklaşımının temel hedefi "hızlı değerlendirme, aciliyet durumunu saptama ve müdahale" şeklinde tanımlanmıştır. Ruh sağlığı triyaj skalası, ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkin bir şekilde uygulanmasını kolaylaştıran bir rehberdir.^[27,30-38] Ruh sağlığı triyaj skalası ruhsal sorunları olan hastaları daha net bir şekilde tanımlamak, değerlendirmek ve sınıflandırmak için beş kategorili olarak geliştirilmiştir.^[30,33-35,37,42] 1. ka-

tegori "kendine ya da başkalarına yönelik kesin tehlike içeren ve risk düzeyi yüksek olan durumları (anında müdahale)"; 2. Kategori "kendine ve başkalarına yönelik tehlike riskinin olduğu (ilk 10 dakika içinde müdahale)"; 3. kategori "kendine veya başkalarına yönelik tehlike olasılığının olduğu (ilk 30 dakika içinde müdahale)"; 4. kategori "orta derecede sıkıntının olduğu, kendine veya başkalarına yönelik acil riskli bir durumun olmadığı (ilk 60 dakika içinde müdahale)"; 5. kategori "akut sıkıntı ve davranışsal bozukluğun olmadığı, kendine veya başkalarına yönelik tehlikenin olmadığı (ilk 120 dakika içinde müdahale)" durumları içermektedir.^[26,27,33,34] RSTS'inde diğer triyaj skalalarından farklı olarak her bir kategoride; hastanın "genel görünüm özellikleri (gözlenen durum, raporlanan durum)" ve "genel görünüme yönelik müdahale ilkeleri (gözlem süresi, müdahale ilkeleri ve göz önünde bulundurulması gereken durumlar)" belirtilmiştir. Skalanın her bir kategorisinde genel görünüm özellikleri alanında acil servise gelen hastaların semptomlarına ve davranışlarına yönelik bir tanımlama yapılmıştır. Bu özellik psikiyatri uzmanlığı olmayan acil servis hemşiresinin uzman bilgisine ya da terminolojiye ihtiyaç duymadan hastaları sınıflamasına, hastanın aciliyet durumunu tespit etmesine, hasta gözlem düzeyini belirlemesine yardımcı olur. Ayrıca skalanın her bir kategorisindeki genel müdahale ilkeleri alanında, hemşirenin uygulaması ve dikkat etmesi gereken müdahale ilkeleri belirtilmiştir. Bu özellik acil servis hemşiresinin belirsizlik yaşamadan, hastaya doğru ve hızlı bir şekilde müdahale etmesi sağlar.^[30-34,37] RSTS bu özellikleri ile hemşirelerin doğru karar alabilmesinde yol gösteren rehber niteliğindedir.^[30-38]

Birçok çalışmada genel triyaj skalalarının ruhsal sıkıntısı olan hastaları değerlendirmede düşük güvenilirliğe sahip olduğu, RSTS'nin güvenilirliğinin yüksek olduğu;^[27,30-37] RSTS'nin hastayı tanımlama hassasiyetinin yüksek olduğu^[30,43] belirtilmiştir. Ayrıca RSTS'nin hasta çıktıları olumlu yönde (hasta bekleme süresi ve nakil süresini azalttığı, hasta memnuniyetini artırdığı, hastalara yönelik tutum ve davranışların olumlu olduğu) etkilediği saptanmıştır.^[26-30,36,40] Bununla birlikte RSTS'nin hastaların eşit şartlarda standart bakım almalarını etkilediği ve verilen hizmetler kayıt altına alındığı için kanıta dayalı bakım verilmesini sağladığı,^[12,16,17,30,31,36,38] çalışanların kendilerine güven ve yetkinliğini artırdığı, hasta ile iletişimi olumlu yönde etkilediği, KLP çalışanları ve diğerleri ile işbirliğini geliştirdiği ve ortak dilin kullanılmasını sağladığı belirtilmiştir.^[16-18,28,31,35,41]

Ayrıca 1993-2010 yılları arasındaki araştırmaların incelendiği bir çalışmada da (review) RSTS'nin hakemler arası güvenilirliği iyi olduğu, etkinliğinin kanıtlandığı, triyaj uygulamaları içinde en fazla araştırma yapılan ve ruhsal sıkıntılarla acil servise başvuran hastalar için en fazla önerilen skala olduğu belirtilmektedir.^[30,35,36]

Ülkemizde ise triyaj uygulaması, 2008 yılında yayınlanan "Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul Esasları Hakkındaki Tebliğ" de belirtilen, hastaneye başvuran tüm hastalara yönelik üç kategorili "renk kodlaması ve triyaj uygulaması standartları" kapsamında yapılmaktadır.^[44] Son yıllarda yapılan üç ve beş kategorili skalaların karşılaştırıldığı çalışmalarda beş kategorili skalaların daha

güvenilir olduğu belirtilmektedir.^[41,43,45] Bu üç kategorili “renk kodlaması ve triyaj uygulaması standartları” içeriğinde, ruh sağlığı ile ilgili detaylı bir değerlendirme alanının olmadığı görülmektedir. Yurt dışı çalışmalarda, genel hastalara yönelik triyaj uygulamalarının acile başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastaları değerlendirmede yetersiz kaldığı belirtilmektedir.^[23,35,36] Bu nedenle ülkemizde konu ile ilgili yapılan çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Yurt içi çalışmaların sıklıkla psikiyatrik acil durumları tanımlayıcı özellikte yapılmış olduğu görülmektedir. Fakat acil servise başvuran bu hastaların yaşadıkları sorunları ve hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik, sorunları ortadan kaldırmaya ve bu konuda mevcut triyaj uygulamasının etkinliğini saptamaya yönelik araştırmalara rastlanılmamıştır.

Yapılan yurt dışı çalışmalarda acil serviste triyajın sıklıkla hemşireler tarafından yapıldığı ve triyaj hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanmış olduğu belirtilmektedir.^[30] Ülkemizde ise 2008 yılında “Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul Esasları Hakkındaki Tebliğ” de triyaj uygulamasının hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından yapılabileceği belirtilmesine rağmen, 2011 yılında yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinde acil servis hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlandığı fakat triyaj hemşiresi ile ilgili bir tanımlamanın olmadığı görülmektedir. Aynı zamanda ruhsal sorunları olan hastaları değerlendirme, sınıflandırma ve müdahale konusunda acil servis hemşirelerinin bilgi ve becerilerinin yeterli olmadığı da bilinmektedir.

Sonuç

Ülkemizde triyaj uygulamaları özellikle fiziksel hastalıkları değerlendirme ve sınıflandırmaya yönelik olup, ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastaya yönelik spesifik bir triyaj uygulaması bulunmamaktadır. Ayrıca ruhsal sorunları nedeniyle başvuran hastalara bakım veren acil servis hemşirelerin yaşadığı güçlükleri ve hastaların yaşadığı sorunları ortaya koyan, acil servislerde ruh sağlığı bakım hizmetinin kalitesini artırmaya yönelik yapılan çalışmaların yeterli olmadığı görülmektedir.

Bu özden hareketle ülkemizde genel acil servis hemşirelerinin, acil servise başvuran ruhsal sıkıntıları olan hastalara yönelik olumsuz duygu, davranış ve tutumların iyileştirilmesi, hastalara bakım verirken yaşanan belirsizliklerin azaltılması, hasta bekleme ve nakil sürelerinin iyileştirilmesi; hastaların daha hızlı, etkili ve kaliteli bakım alabilmesi, hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması; tüm çalışanlar arasında ortak bir dil ve işbirliğinin geliştirilmesi amacıyla bireysel ve kurumsal düzeyde çalışmalar yapılmalıdır.

Bunun için; öncelikle, acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntıları nedeniyle acile başvuran hastalara yönelik tutum ve davranışların değerlendirmeye, yaşadıkları güçlükleri belirlemeye, mevcut sorunları ve nedenlerini saptamaya yönelik araştırmalar yapılmalıdır. Ayrıca acil servis hemşirelerinin acil psikiyatrik

değerlendirme, müdahale ve bakım verme gibi konularda bilgi ve becerisini artırmak, iletişim becerilerini geliştirmek için kurumlarda, sağlık bakanlığı tarafından desteklenen standart eğitim programları düzenlenmelidir. Bununla birlikte yaşanan güçlükleri saptayabilmek için odak grup görüşmelerinin yapılması; bu güçlüklerle baş edebilme ve iletişim becerilerini geliştirebilmek için grup çalışmalarının (psikodrama gibi) yapılması; olumsuz tutum ve davranışları değiştirebilmek için eğitim programlarının uygulamalı tekniklerle (rol play gibi) yapılması önemlidir.

Ülkemizde acil psikiyatrik hizmetleri geliştirebilmek için genel acil servislerin fiziki koşulları, hastaların gereksinimlerini karşılayacak ve damgalanmalarını önleyecek şekilde iyileştirilmelidir. Ayrıca acil servis triyaj hemşiresinin görev ve sorumluluklarının sağlık bakanlığı tarafından tanımlanmasının, hemşirelerin yaşadığı belirsizliği azaltacağı ve ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik triyaj uygulamasını da olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

Ülkemizde özellikle acil psikiyatrik hizmetleri geliştirebilmek için, uzmanlık alanı psikiyatri olmayan genel acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntısı olan hastaları değerlendirebilme, aciliyet durumunu belirleme, hızlı ve etkin bir şekilde müdahale edebilme becerileri geliştirilmelidir. Bu nedenle ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemeye yönelik bireysel ve kurumsal çalışmalar yapılmasının, bu çalışmaların sağlık bakanlığı tarafından pilot uygulamalar ile desteklenmesinin önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – A.B., E.E.; Dizayn – A.B., E.E.; Denetim – A.B., E.E.; Meteryal – A.B., E.E.; Veri toplama veya işleme – A.B., E.E.; Literatür arama – A.B., E.E.; Yazan – A.B.; Kritik revizyon – E.E.

Kaynaklar

1. Kocaman N. Emergency Psychiatric Nurse. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3:61–74.
2. Kısa C, Aydın OD, Cebeci S, Aydemir Ç, et al. Acil Psikiyatrik başvuruların ve acil psikiyatrik hizmetlerin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium Dergisi* 2001;39:174–80.
3. Kerrison SA, Chapman R. What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. *Accid Emerg Nurs* 2007;15:48–55.
4. Şahingöz M, Kendirli K, Yılmaz E, Sönmez EÖ et al. Bir üniversite hastanesindeki psikiyatrik aciller. *Selçuk Tıp Derg* 2014;30:153–4.
5. Morphet J, Innes K, Munro I, O'Brien A, Gaskin CJ, Reed F, et al. Managing people with mental health presentations in emergency departments—a service exploration of the issues surrounding responsiveness from a mental health care consumer and carer perspective. *Australas Emerg Nurs J* 2012;15:148–55.
6. Marynowski-Traczyk D, Broadbent M. What are the experiences of emergency department nurses in caring for

- clients with a mental illness in the emergency department? *Australas Emerg Nurs J* 2011;14:172-9.
7. Clarke DE, Brown AM, Hughes L, Motluk L. Education to improve the triage of mental health patients in general hospital emergency departments. *Accid Emerg Nurs* 2006;14:210-8.
 8. Aker S, Böke Ö, Pekşen Y. Evaluation of psychiatric disorders among admittances to 112 emergency services in Samsun - 2004. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2006;7:211-7.
 9. McDonough S, Wynaden D, Finn M, McGowan S, et al. Emergency department mental health triage consultancy service: an evaluation of the first year of the service. *Accid Emerg Nurs* 2004;12:31-8.
 10. Nicholls D, Gaynor N, Shafiei T, Bosanac P, et al. Mental health nursing in emergency departments: the case for a nurse practitioner role. *J Clin Nurs* 2011;20:530-6.
 11. Care of the Psychiatric Patient in the Emergency Department. Available at: <https://www.ena.org/practiceresearch/research/Documents/WhitePaperCareofPsych.pdf>. Accessed May 5, 2016.
 12. Clarke DE, Dusome D, Hughes L. Emergency department from the mental health client's perspective. *Int J Ment Health Nurs* 2007;16:126-31.
 13. Antai-Otong D. Psychiatric emergencies - How to accurately assess and manage the patient in crisis. Wisconsin: Pesi Healthcare; 2001.
 14. Ramadan M. Managing psychiatric emergencies. *The Internet Journal of Emergency Medicine*. Available at: <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/13551>. Accessed May 5, 2016.
 15. Küçükali Ç, Üstün Güveneroğlu N, Demirağlı Duman HB, Eradamlar N, et al. Who is seeking emergency care at the Emergency Psychiatric Ward of Bakırköy Mental Health and Neurological Diseases Education and Research Hospital: a cross-sectional definitive study. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015;16:413-9.
 16. Wand T, Happell B. The mental health nurse: contributing to improved outcomes for patients in the emergency department. *Accid Emerg Nurs* 2001;9:166-76.
 17. Broadbent M, Jarman H, Berk M. Emergency department mental health triage scales improve outcomes. *J Eval Clin Pract* 2004;10:57-62.
 18. Wynaden D, Chapman R, McGowan S, McDonough S, et al. Emergency department mental health triage consultancy service: A qualitative evaluation. *Accident and Emergency Nursing* 2003;11:158-65.
 19. Sungur E, Aksoy B, Biçer S, Aydoğan G. Acil servis hemşireleri arasında triyaj bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *JOPP Derg* 2009;1:14-8.
 20. Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2005;3:107-27.
 21. Büyükbayram A, Baysan Arabacı L, Baçoğul C, Kaval M, et al. Acil hemşirelerinin empati düzeylerinin ruhsal hastalara yönelik sosyal mesafe ve tutumlarına etkisi ve bunları etkileyen faktörler. III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara: 2014.
 22. McAllister M, Creedy D, Moyle W, Farrugia C. Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *J Adv Nurs* 2002;40:578-86.
 23. Smart D, Pollard C, Walpole B. Mental health triage in emergency medicine. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:57-66.
 24. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? *Int J Soc Psychiatry* 2013;59:48-54.
 25. Botega NJ, Reginato DG, da Silva SV, Cais CF, et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27:315-8.
 26. Tobin M, Chen L, Scott E. Development and implementation of mental health triage guidelines for emergency departments. Sydney: South Eastern Sydney Area Mental Health Service; 1999.
 27. Broadbent M, Jarman H, Berk M. Improving competence in emergency mental health triage. *Accid Emerg Nurs* 2002;10:155-62.
 28. Wright ER, Linde B, Rau NL, Gayman M, Viggiano T. The effect of organizational climate on the clinical care of patients with mental health problems. *J Emerg Nurs* 2003;29:314-21.
 29. Wand T, White K. Examining models of mental health service delivery in the emergency department. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:784-91.
 30. Mental Health Triage, Health Policy Priorities Principal Committee Australian Triage Process Review 2011. Available at: https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0005/274073/australian-triage-process-review.pdf. Accessed May 10, 2016.
 31. Huckson S, Davies J. Closing evidence to practice gaps in emergency care: the Australian experience. *Acad Emerg Med* 2007;14:1058-63.
 32. Considine J, LeVasseur SA, Charles A. Development of physiological discriminators for the Australasian Triage Scale. *Accid Emerg Nurs* 2002;10:22134.
 33. Mental health for emergency departments a reference guide. Mental Health and Drug and Alcohol Office, Mental Health for Emergency Departments - A Reference Guide. NSW: Ministry of Health 2015. Available at: www.health.nsw.gov.au. Accessed May 12, 2016.
 34. Mental health triage. Emergency Triage Education Kit (ETEK), Department of Health and Ageing Australasian Government. Commonwealth of Australia 2009. Available at: www.health.gov.au/publicat.html. Accessed May 10, 2016.
 35. Broadbent M, Creaton A, Moxham L, Dwyer T. Review of triage reform: the case for national consensus on a single triage scale for clients with a mental illness in Australian emergency departments. *J Clin Nurs* 2010;19:712-5.
 36. Broadbent M, Moxham L, Dwyer T. Issues associated with the triage of clients with a mental illness in Australian emergency departments. *Australas Emerg Nurs J* 2010;13:117-23.
 37. Broadbent M, Moxham L, Dwyer T. The development and use of mental health triage scales in Australia. *Int J Ment Health Nurs* 2007;16:413-21.
 38. Tanner R, Cassidy E, O'Sullivan I. Does using a standardised

- mental health triage assessment alter nurses assessment of vignettes of people presenting with deliberate self-harm. *Advances in Emergency Medicine* 2014;1–9.
39. TC Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Psikiyatri yatak sayısının düzenlenmesi. Available at: <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/9a9dd52e9b6d42d3b0b3f821b8b2c0c5.pdf>. Accessed May 12, 2016.
40. Holdgate A, Morris J, Fry M, Zecevic M. Accuracy of triage nurses in predicting patient disposition. *Emerg Med Australas* 2007;19:341–5.
41. Travers DA, Waller AE, Bowling JM, Flowers D, et al. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *J Emerg Nurs* 2002;28:395–400.
42. Funderburke P. Exploring best practice for triage. *J Emerg Nurs* 2008;34:180–2.
43. Patel AS, Harrison A, Bruce-Jones W. Evaluation of the risk assessment matrix: a mental health triage tool. *Emerg Med J* 2009;26:11–4.
44. Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ. Available at: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-9405/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-u-.html>. Accessed May 12, 2016.
45. Gerdtz MF, Chu M, Collins M, Considine J, et al. Factors influencing consistency of triage using the Australasian Triage Scale: implications for guideline development. *Emerg Med Australas* 2009;21:277–85.