



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımının Etkinliği

Doktora Tezi

Ayşe BÜYÜKBAYRAM

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir
2019

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımının Etkinliği

Ayşe BÜYÜKBAYRAM

Danışman
Prof. Dr. Esra ENGİN

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora tezi

İzmir
2019

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

Başkan : Prof. Dr. Esra ENGİN

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Olcay ÇAM

Üye : Prof. Dr. Aynur TÜREYEN

Üye : Prof. Dr. Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM

Üye : Prof. Dr. Lütfullah BEŞİROĞLU

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: 06.09.2019

Önsöz

Akademik yaşantımla birlikte çıktığım bu yolculukta, ülkemizde ilk kez acil psikiyatrik başvurularda hasta ve yakınlarının ve acil servis hemşirelerinin yüreğine dokunmak adına; acil servise ruhsal sıkıntısı nedeniyle başvuran hastaların ve hemşirelerin yaşadığı güçlükleri ortaya çıkarmak ve bu güçlüklerin üstesinden gelmede ruh sağlığı triyaj yaklaşımının geçerliğini ortaya koymak amacıyla yaptığım tez çalışmamın, acil psikiyatrik bakım konusunda bundan sonra yapılacak araştırmalara ve uygulamalara öncü olacağı inancındayım ve bu çalışmayı başarıyla tamamlamış olmanın gururu içerisindeyim.

Tez konusunun belirlenmesinden tamamlanmasına kadar, onca aksaklık ve zorluklara rağmen hiçbir zaman umudumu kaybetmeden, sadece önüme bakarak geçirdiğim bu bilimsel yolculukta, nice kazançlar elde ettim. Özellikle yüzlerce farklı yaşamla yüz yüze ve telefonla diyalog kurarak, onların bir nebze de olsa sıkıntılarını gidermenin hafifliği içerisindeyim. Ayrıca onlarca değerli hocalardan ve klinik çalışanlarından uzman görüşü alma deneyimi elde ettim. Ve acil servisin değerli çalışanları, özellikle meslektaşlarımla birlikte güzel anılar biriktirip, dostluklar kurdum. Ne mutlu bana...

Ayrıca tez konusunun belirlenmesinden tamamlanıncaya kadar geçen sürede desteğini ve katkılarını esirgemeyen çok değerli hocalarıma ve sevgili arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim. Ve değerli ailem; annem, ablalarım, abim ve yeğenlerim, her anımda yanımda olduğunuz ve benimle aynı duyguları hissettiğiniz için çok çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Bu tezi sevgili anneme ve babama ithaf ediyorum.

İzmir, 26.09.2019

Ayşe BÜYÜKBAYRAM

Özet

Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımının Etkinliği

Amaç: Çalışma, acil serviste ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma metodolojik, tek gruplu(*hemşire*) ve randomize olmayan(*hasta*) gruplu yarı deneysel ve analitik bir özelliktedir. Mayıs 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında bir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Kliniği’nde yürütülmüştür. Çalışmaya eğitim programına katılan 30 hemşire(katılım oranı %68,18); eğitim öncesi dönemde 200 hasta, eğitim sonrası dönemde ise 165 hasta dahil edilmiştir. Araştırma verileri; acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik tutum belirleme formu, eğitim bilgi formları, ruhsal durum değerlendirme formu, hasta memnuniyeti formu ve hastane bilgi sistemindeki verilerle elde edilmiştir. Çalışmada öncelikle Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası’nı Türk kültürüne uyarlama çalışması yapılmıştır. Daha sonra hemşirelere “*Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası (RSTS)*” konulu eğitim verilmiş ve hastalara RSTS uygulanmış olup; RSTS uygulamasının geçerlik ve güvenilirliğine ve hemşirelere verilen eğitimin etkinliğine ilişkin bulgulara ulaşılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22 programında parametrik ve nonparametrik testler kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin %73,3’ü kadındır, yaş ortalaması $28,53 \pm 4,77$; acil serviste çalışma yılı ortalaması $4,57 \pm 3,83$ ’tür. Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası’nın kapsam ve yüzey geçerliği açısından Türk kültürüne uygun olduğu ($p < 0,05$); ayrıca Türkiye’de kullanılmakta olan genel triyaj skalasının alt kategorileriyle içerik ve tanım olarak iyi düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır (Kappa 0,738 $p < 0,05$). Çalışmada eğitim sonrasında RSTS uygulamasının *inter rater* güvenilirliği Kappa değerinin 0,631 olduğu ($p < 0,05$), *geçerliliği* açısından hastaların triyaj bekleme süresinin 26,56 dakika olduğu ($p < 0,05$) ve hemşirelerin doğru triyaj kodunu belirleyebildiği saptanmıştır. Bununla birlikte eğitim sonrasında, RSTS uygulamasının geçerliliği açısından hastaların tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi, toplam acil serviste kalma süresi, acil serviste hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumu üzerine olmadığı belirlenmiştir($p > 0,05$). Aynı zamanda RSTS uygulamasının geçerliliği açısından acil servise tekrar başvuru durumu, hemşirelerin verdikleri triyaj kodu ile hastaların triyaj bekleme süresi arasındaki uygunluk durumu

üzerine etkinliğinin olmadığı belirlenmiştir. Diğer taraftan hemşirelere verilen eğitimin etkinliğine ilişkin bulgular incelendiğinde, eğitim sonrasında hemşirelerin bilgi düzeylerinin ve ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik iş doyumunun arttığı, iş yükünün azaldığı, hastalara bakım verirken hemşirelerin kendilerine güvenme durumlarının arttığı, bakım verirken daha az güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Hasta bakımı ile ilgili güçlüklerin hastalarla ilgili değil acil servisin fiziki koşulları ile ilgili olduğu ve hastaların uygun koşulları olan genel acil serviste bakım almaları gerektiği konusunda farkındalık geliştiği saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin bakım verirken hissettikleri temel duyguların eğitim öncesinde öfke, kaygı, çaresizlik iken; eğitim sonrasında kaygı, çaresizlik, üzüntü ve korku olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmada Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Türk kültürüne uyarlanmıştır. Ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının *güvenirliği* ve hemşirelerin doğru triyaj kodu verme ve hastaların triyaj bekleme süresi üzerine *geçerliği* kanıtlanmıştır. Eğitim programının genel olarak hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik duygu, düşünce ve tutum konusunda olumlu bir etkisi vardır. Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması konusunda daha geniş bir örneklemde uzun süreli ve çok sayıda çalışmaya gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Triyaj; ruhsal bozukluk; acil servis; eğitim

Abstract

The Effectiveness of Mental Health Triage Approach in Emergency Department

Aim:The aim of this study was to determine the effectiveness of triage approach in mental health in emergency department.

Method:The study is a methodological, single group(nurse) and non-randomized (patient) quasi-experimental and analytical features.It was conducted between May 2018-March 2019 at a University Medical Faculty Hospital Emergency Medicine Clinic. Thirty nurses (participation rate 68.18%), 200 patients in the pre-training period and 165 patients in the post-training period were included in the study.The data of the study were obtained by the attitude determination form of the emergency service nurses for the patients with mental disorders, education information forms, mental status assessment form and patient satisfaction form and hospital information system.In the study, first of all, the adaptation of Australian Mental Health Triage Scale to Turkish culture was conducted.Then, the nurses were given training on yaklaşım “Approach to the patient with mental disorder in the emergency department and mental health triage scale (RSTS)” and RSTS was applied to the patients; findings related to the validity and reliability of RSTS and the effectiveness of the training given to nurses were reached. In the analysis of the data, parametric and nonparametric tests were used in SPSS 22 program.

Results: 73.3% of the nurses participated in the study were women, the mean age was 28.53 ± 4.77 years;mean working year in emergency department is 4.57 ± 3.83 .The Australian Mental Health Triage Scale was found to be suitable for Turkish culture in terms of scope and surface validity($p < 0.05$);general description of the content and further sub-categories triage scale has been used in Turkey are found to be good level compatible(Kappa 0.738 $p < 0.05$).The interrater reliability of the RSTS application after training was found to be Kappa value of 0.631($p < 0.05$), and the triage waiting time of patients was 26.56 minutes($p < 0.05$) in terms of validity, and the nurses could accurately determine the triage code.However, in terms of the validity of RSTS application, it was determined that the duration of stay in the emergency room, total emergency stay, and satisfaction with the nursing service in the emergency department were not found to be significant($p > 0.05$).However, in terms of the validity of RSTS application, it was determined that the duration of stay in the emergency room, total

emergency stay, and satisfaction with the nursing service in the emergency department were not found to be significant ($p > 0.05$). At the same time, it was determined that RSTS application had no effect on the status of re-admission to the emergency department, the suitability between the triage code given by the nurses and the duration of triage waiting of the patients. On the other hand, when the findings regarding the effectiveness of the training given to nurses were examined, it was found that after the training, the level of knowledge of the nurses and job satisfaction for the patients with mental distress increased, the workload decreased, the nurses' self-confidence increased while giving care to the patients, and they experienced less difficulty while giving care. It was found that the difficulties related to patient care were not related to the physical conditions of the emergency department, but that the patients needed to receive care in the general emergency room, which is the appropriate conditions. In addition, the basic emotions that nurses feel when giving care before training are anger, anxiety, and helplessness; after the training, anxiety, helplessness, sadness and fear.

Conclusion: The Australian Mental Health Triage Scale was adapted to Turkish culture. The reliability of the mental health triage scale application and the validity of the triage code of the nurses and the triage waiting time of the patients have been proved. In general, the training program has a positive effect on emotion, thought and attitude towards nursing care for patients with mental health problems. It is considered that long-term and large number of studies are needed in a wider sample of mental health triage scale application.

Keywords: Triage; mental disorder; emergency; education

İçindekiler

Önsöz.....	II
Özet.....	III
Abstract.....	V
İçindekiler.....	VII
Tablolar Dizini.....	XV
Şekiller Dizini.....	XVII
Grafikler Dizini.....	XVIII
Kısaltma Listesi.....	XIX
Giriş.....	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	2
1.2. Araştırmanın Sorusu.....	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	7
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	7
1.6. Araştırma Sürecinde Yaşanan Güçlükler.....	8
1.7. Araştırmanın Amacı.....	11
Genel Bilgiler.....	12
2.1. Acil Psikiyatrik Yaklaşım.....	12
2.2. Acil Psikiyatrik Yaklaşımında Yaşanan Güçlükler ve Nedenleri.....	13
2.3. Acil Serviste Triyaj Yaklaşımı.....	15
2.3.1. Dünyada Triyaj Yaklaşımı	17
2.3.2. Türkiye’de Triyaj Yaklaşımı	19
2.3.3. Dünyada Kullanılan Diğer Triyaj Yaklaşımları.....	22
2.4. Genel Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımı	22

Gereç ve Yöntem.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evreni	25
3.4. Araştırmanın Örneklemi	25
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	26
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	26
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	26
3.6. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	26
3.6.2. Mesleki Bilgi formu	27
3.6.3. Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formu.....	27
3.6.4. Ruh Sağlığı Triyaj Uygulama Becerisi Değerlendirme Soru Formu	27
3.6.5. Acil Serviste Ruhsal Durum Değerlendirme Formu	28
3.6.6. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Formu.....	28
3.6.7. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası (RSTS)	29
3.6.8. Bilgilendirilmiş Onam Formları	32
3.6.9. Ruh Sağlığı Triyajı Rehber Kitapçığı	32
3.7. Veri Toplama Yöntemi	33
3.7.1. Araştırmanın Birinci Aşaması	35
3.7.1.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Kültürel Uyarlama Çalışması.....	35
3.7.1.1.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Dil Geçerliliği	35
3.7.1.1.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Yüzey Geçerliliği.....	41
3.7.1.2. Triyaj Kategorilerini Eşleştirme Çalışması.....	42
3.7.1.3. Araştırmada Kullanılan Formların Kapsam Geçerliliği.....	44

3.7.1.3.1. Acil Serviste Ruhsal Durum Değerlendirme Formunun Geçerliği.....	45
3.7.1.3.2. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Formunun Geçerliği.....	46
3.7.1.3.3. Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formunun Geçerliği.....	47
3.7.1.3.4. Ruh Sağlığı Triyaj Uygulama Bilgisi Değerlendirme Soru Formunun Geçerliği.....	49
3.7.2. Araştırmanın İkinci Aşaması	50
3.7.2.1. Eğitim Öncesi Öncesinde Yapılan Uygulamalar.....	51
3.7.2.2. Eğitim Programı Uygulama.....	52
3.7.2.3. Eğitim Programı Sonrasında Yapılan Uygulamalar.....	55
3.7.3. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerlilik ve Güvenirliği	57
3.7.3.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Güvenirliği.....	57
3.7.3.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerliği.....	58
3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	58
3.9. Süre ve Olanaklar.....	60
3.10. Etik Açıklamalar	61
Bulgular.....	62
4.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalasının Türk Kültüründe Geçerliğine İlişkin Bulgular...	62
4.1.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Dil Geçerliliğine İlişkin Bulgular.....	62
4.1.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Yüzey Geçerliliğine İlişkin Bulgular.....	63
4.2. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	63
4.3. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerliği ve Güvenirliğine İlişkin Bulgular.....	64

4.3.1.Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerliğine İlişkin Bulgular	64
4.3.1.1. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaların Trijajda Bekleme Süresine İlişkin Bulgular.....	65
4.3.1.2. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Tedavi ve Bakım için Acil Serviste Kalma Süresine İlişkin Bulgular	65
4.3.1.3. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Toplam Acil Serviste Kalma Süresine İlişkin Bulgular	66
4.3.1.4. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hemşirelerin Doğru Triyaj Kodunu Belirleyebilme Durumuna Etkisine İlişkin Bulgular	67
4.3.1.5. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hastaların Triyajda Bekleme Süresinin Hemşirelerin Verdikleri Triyaj Kodu ile Uygunluğuna Etkisine İlişkin Bulgular.....	68
4.3.1.6. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Durumuna Etkisine İlişkin Bulgular.....	73
4.3.1.7. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hastaların Acil Servise Tekrar Başvuru Durumuna İlişkin Bulgular.....	76
4.3.2.Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Güvenirliğine İlişkin Bulgular.....	78

4.4. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin Etkinliğine İlişkin Bulgular.....	80
4.4.1. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruhsal Sıkıntısı olan Hastalara Bakım Vermeye Yönelik Duygu, Düşünce ve Tutumuna Etkisine İlişkin Bulgular...	80
4.4.2. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastalara Bakım Vermeye Yönelik Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular.....	90
4.4.3. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruh Sağlığı Triyajı Uygulama Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular	90
4.4.4. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin İş Doyumu Algısına İlişkin Bulgular	91
4.4.5. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin İş Yükü Algısına İlişkin Bulgular....	92
Tartışma.....	94
5.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalasının Türk Kültüründe Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	94
5.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerlilik ve Güvenirliğine İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	95
5.2.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerliğine İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	95
5.2.1.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaların Triyajda Bekleme Süresi Üzerine Etkisinin Tartışılması.....	95

5.2.1.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Tedavi ve Bakım için Acil Serviste Kalma Süresi Üzerine Etkisinin Tartışılması.....	97
5.2.1.3. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Toplam Acil Serviste Kalma Süresi Üzerine Etkisinin Tartışılması.....	98
5.2.1.4. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hemşirelerin Doğru Triyaj Kodu Belirleyebilme Durumuna Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	99
5.2.1.5. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hastaların Triyajda Bekleme Süresinin Hemşirelerin Verdikleri Triyaj Kodu ile Uygunluğuna Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	101
5.2.1.6. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Durumuna Etkisinin Tartışılması.....	104
5.2.1.7. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Acil Servise Tekrar Başvuru Durumuna Etkisinin Tartışılması.....	106
5.2.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulaması Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	106
5.3. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin Etkinliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	108
5.3.1. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastalara Bakım Vermeye Yönelik Duygu, Düşünce ve Tutumuna Etkisinin Tartışılması....	108
5.3.2. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastalara Bakım Vermeye Yönelik Bilgi Düzeyine Etkisinin Tartışılması	115

5.3.3. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruh Sağlığı Triyaj Uygulama Bilgisine Etkisinin Tartışılması.....	116
5.3.4. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin İş Doyumu Algısına Yönelik Etkisinin Tartışılması.....	117
5.3.5. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin İş Yükü Algısına Yönelik Etkisinin Tartışılması.....	117
Sonuç ve Öneriler.....	119
6.1. Sonuç.....	119
6.2. Öneriler.....	123
Kaynaklar.....	126
Ekler.....	142
Ek 1. Birey Tanıtıcı Bilgi Formu.....	142
Ek 2. Mesleki Tanıtıcı Bilgi Formu.....	143
Ek 3. Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formu.....	146
Ek 4. Ruh Sağlığı Triyajı Uygulama Bilgisi Değerlendirme Formu.....	152
Ek 5. Acil Serviste Ruhsal Durum Değerlendirme Formu.....	155
Ek 6. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Formu.....	156
Ek 7. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası (RSTS).....	157
Ek 8. Hemşire Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	160
Ek 9. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	163
Ek 10. Rehber Kitapçığı.....	166
Ek 11. Eğitim Rehberi İçerik Değerlendirme Formu.....	168

Ek 12. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Dil Geçerlilik Uzman Değerlendirme Formu...	169
Ek 13. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Yüzey Geçerliliği Değerlendirme Formu.....	181
Ek 14. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası ve Sağlık Bakanlığı Triyaj Kategorilerini Eşleştirme Uzman Görüşü Formu.....	184
Ek 15. Acil Serviste Ruhsal Durum Değerlendirme Geçerlilik Formu.....	186
Ek 16. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Geçerlilik Formu.....	188
Ek 17. Eğitim Programı Değerlendirme Geçerlilik Formu.....	190
Ek 18. Ruh Sağlığı Triyaj Uygulama Bilgisi Değerlendirme Geçerliliği Formu....	195
Ek 19. Eğitim Duyuru Afisi	198
Ek 20. Ruh Sıkıntıları Nedeniyle Acil Servise Başvuran Hastalar İçin Triyaj Yaklaşımı İşleyiş Akış Şeması.....	199
Ek 21. Ruhsal Sıkıntıları Nedeniyle Acil Servise Başvuran Hastalar için Klinik İşleyiş Akış Şeması.....	200
Ek 22. Hemşirelere Yönelik Eğitim Kitapçığı	201
Ek 23. Katılım Belgesi.....	202
Ek 24. Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Kullanım İzni.....	203
Ek 25. Etik Kurul İzin Belgesi.....	205
Ek 26. Kurum İzin Belgesi.....	207
Teşekkür	208
Özgeçmiş.....	211

Tablolar Dizini

Tablo 1. Beş Kategorili Triyaj Skalaları.....	19
Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu.....	20
Tablo 3. Lawshe Kapsam Geçerlilik Ölçütleri için Minimum Değerler.....	37
Tablo 4. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası İfadelerinin Kapsam Geçerlik Oranları.....	38
Tablo 5. Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu ile “Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Kategorilerini Eşleştirme Tablosu.....	43
Tablo 6. Acil Serviste Ruhsal Durum Değerlendirme Formunun Maddelerine Göre KGI Değerleri	46
Tablo 7. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Formu Maddelerine Göre KGI Değerleri	47
Tablo 8. Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formunun Maddelerine Göre KGI Değerleri.....	48
Tablo 9. Ruh Sağlığı Triyaj Uygulama Bilgisi Değerlendirme Soru Formu Maddelerine Göre KGI Değerleri.....	50
Tablo 10. Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımı Eğitim Programı Tablosu.....	54
Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Formun Güvenilirlik Analizi.....	57
Tablo 12. Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	64
Tablo 13. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Triyajda Bekleme, Tedavi ve Bakım için Acil Serviste Kalma ve Toplam Acil Serviste Kalma Süreleri Ortalamaları (Dakika).....	67
Tablo 14. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Hemşire, Uzman1 ve Uzman2’nin Triyaj Kodu Belirleme Durumuna Göre Dağılımları.....	68

Tablo 15. Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Acil Servise Başvuru Şekline Göre, Hemşirelerin Belirlediği Triyaj Koduna ve Hastaların Triyajda Bekleme Süresine İlişkin Bulgular.....	70
Tablo 16. Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Acil Servise Başvuru Zamanına, Hemşirelerin Belirlediği Triyaj Koduna ile Hastaların Triyajda Bekleme Süresine İlişkin Bulgular.....	72
Tablo 17. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Durumuna Göre Dağılımları.....	75
Tablo 18. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Hastaların Acil Servise Tekrarlı Başvuru Durumuna Göre Dağılımları.....	77
Tablo 19. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Uzman1 ile Uzman2'nin Verdiği Triyaj Kodu Arasında Uyuma Göre Dağılımları.....	78
Tablo 20. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Hemşireler ve Uzman2'nin Verdiği Triyaj Kodu Arasında Uyuma Göre Dağılımları.....	79
Tablo 21. Hemşirelerin Hastalara Bakım Verirken Kendine Güvenme ve Güçlük Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları	81
Tablo 22. Hemşirelerin Hastalara Bakım Verirken Güçlük Yaşamalarını Etkileyen Nedenlerle ilgili Sorulara Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları.....	83
Tablo 23. Hemşirelerin Hastalara Bakım Verirken Güçlük Yaşamalarını Etkileyen Etmenler ve Acil Servise Başvuru Nedenlerine göre Sıralamalarının Dağılımları.....	86
Tablo 24. Hemşirelerin Hastalara Bakım Verirken Hasta ile ilgili Sıklıkla Güçlük Yaşadığı Durumlara, Hissettiği Duygulara ve Hastalara Bakım Vermeleri Gerektiğinde Düşündüğü yada Yaptığı Durumlara Göre Dağılımları.....	88

Tablo 25. Acil Servise Ruhsal Sıkıntı Nedeniyle Başvuran Hastaların Bakımının Nerede Yapılması Gerektiği ile ilgili Bulgular.....	89
Tablo 26. Hemşirelerin Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastalara Yaklaşım ve Acil Psikiyatrik Bakım Konusunda ve Ruh Sağlığı Triyaj Uygulama Konusunda Bilgi Düzeyi Puanlarına Göre Dağılımları.....	91
Tablo 27. Hemşirelerin Hastalara Bakım Verirken Hissettikleri İş Doyumu ve İş Yüğü Algılarına Göre Dağılımları	93



Şekiller Dizini

Şekil 1.Araştırma uygulama planı.....34

Şekil 2.Araştırma sürecinde ilgili formları uygulama zamanları.....51



Grafikler Dizini

Şekil tablosu ögesi bulunamadı.



Kısaltma Listesi

RSTS	:	Ruh Sağlığı Triyaj Skalası
SBRKTUT	:	Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu
KLP	:	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KTAS	:	Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası
AŞİ	:	Acil Şiddet İndeksi
MTS	:	Manchester Triyaj Skalası
ATS	:	Avustralya Triyaj Skalası
DPTS	:	Danimarka Psikiyatrik Triyaj Sistemi
KGÖ	:	Kapsam Geçerlik Ölçütü
KGO	:	Kapsam Geçerlilik Oranı
KGI	:	Kapsam Geçerlik İndeksi

Giriş

Hayati bir tehlike olsun ya da olmasın sonuçları, hemen-anında müdahaleyi gerektiren tıbbi durumların tümü “*acil*” kavramı içinde ele alınır (Kocaman, 2007). “*Psikiyatrik aciller*” düşünce, duygu ve davranış alanlarının bir ya da birkaçında ortaya çıkan belirtilerin, insanın bedensel, zihinsel, sosyal bütünlüğünü, işlevlerini, yaşam kalitesini hem o insanın kendisi, hem de çevresi açısından tahammül edilemeyecek derecede bozan veya tehlikeye sokan akut ruhsal durumların tümünü kapsar (Kocaman, 2007; Kısa, Aydın, Cebeci & Aydemir, 2001). Acil psikiyatrik durumlar, ağır veya hafif düzeyde kronik ruhsal hastalıklardan, davranım bozukluklarından, kendine zarar verme düşüncesi veya davranışından, stres bozukluklarından ve psikososyal sorunlardan kaynaklanabildiği gibi psikiyatrik semptomlara neden olan tıbbi hastalıklar, zehirlenmeler, madde kullanımı, ilaç yan etkileri ve etkileşimleri sonrasında da gelişebilmektedir (Kocaman, 2007; Kısa vd., 2001).

Ruhsal sıkıntıları nedeniyle psikiyatrik bakım alma gereksinimi olan hasta ve yakınları sıklıkla genel hastanelerin acil servislerine başvurmaktadır (Şahingöz vd., 2014; Morphet vd., 2012; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011). Acil servise başvuran hasta ve yakınlarına hızlı, etkin ve kaliteli bakım hizmeti sunmak; hastalığın maddi ve manevi yüklerini azaltabilmek ve koruyucu psikiyatri hizmetlerinin etkinliğini artırabilmek açısından çok önemlidir (Clarke, Brown, Hughes & Motluk, 2006; Aker, Böke & Pekşen, 2006). Bu nedenle acil servis çalışanlarının ruhsal sıkıntıları hastaları fizyolojik ve psikososyal açıdan değerlendirebilme, uygun tedavi ve bakımı almalarını sağlama, olası durumları öngörme, güvenli ortam oluşturma ve kriz durumunu yönetme gibi birçok konuda bilgi ve beceri sahibi olması gereklidir (Nicholls, Gaynor, Shafiei, Bosanac & Farrell, 2011; Antai-Otong, 2001). Birçok çalışmada acil servis çalışanlarının; hastalara yönelik olumsuz tutumlarının olması (Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2013; Botega vd., 2005) bakım verme konusunda bilgi ve beceri yetersizliği (Sungur, Aksoy, Biçer & Aydoğan, 2009; Bağ, & Ekinci, 2005; McAllister, Creed, Moyle, & Farrugia, 2002; Botega vd., 2005), acil servisin fiziki koşulları (Wright, Linde, Rau, Gayman & Viggiano, 2003; Wand, & Happell, 2001) ve işleyişi ile ilgili sistemsel sorunlardan (Smart, Pollard, & Walpole, 1999; Tobin, Chen, & Scott, 1999; Broadbent, Jarman, & Berk, 2002) kaynaklanan güçlükler yaşadığı belirtilmektedir.

Dünyada genel hastanelerin acil servisine başvuran acil psikiyatrik durumu olan hastalara daha kaliteli hizmet sunabilmek için farklı uygulamalar yapılmaktadır. Bunlardan biri acil serviste Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Hemşireliği hizmetidir (Wand, & White, 2007; Wynaden vd., 2003; Morphet vd., 2012). KLP hemşireleri günümüzde İngiltere, Kanada, Avustralya ve Avrupa’da birçok acil serviste görev yapmaktadır (Wand, & White, 2007). KLP hemşirelerinin görev aldığı bir acil serviste yapılan çalışmada, acil hemşirelerinin başvuran hastalara yönelik olumsuz duygu ve tutumlarının azaldığı, klinik uzmanın görmesi gereken hasta sayısının büyük ölçüde azaldığı ve hasta bakım kalitesinin arttığı belirlenmiştir (Wynaden vd., 2003). Ülkemizde acil servislerde konsültasyon hizmeti sadece doktorlar tarafından yürütülmektedir.

Ruhsal sorunu nedeniyle genel hastanelerin acil servisine başvuran hastalara yönelik yapılan diğer bir uygulama ise ruh sağlığı triyaj yaklaşımıdır (Smart vd., 1999; Wand, & Happell, 2001). Yapılan birçok çalışmada sağlık çalışanlarının yaşadığı güçlükleri azaltmak, hastaların daha hızlı, etkin bir şekilde değerlendirilmesi, bekleme sürelerinin kısaltılması ve gereksinimlerinin karşılanması için özellikle ruh sağlığı triyaj yaklaşımının uygulanmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Broadbent, Moxham, & Dwyer, 2010a; Broadbent, Moxham, & Dwyer, 2007; Tanner, Cassidy, & O’Sullivan, 2014). Ülkemizde acil servislerde acil psikiyatrik başvurulara yönelik özellikli bir ruh sağlığı triyaj yaklaşımı uygulanmamaktadır.

1.1. Araştırmanın Problemi

Acil servis hemşireleri acile başvuran ruhsal sıkıntısı 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 becerilerine sahip olmalıdır (Nicholls vd., 2011; Antai-Otong, 2001). Bu beceriler ile yapılacak olan ilk müdahale, hastanın benzer nedenle acil başvurusunu önleyebileceği gibi, hasta ve yakının daha sonraki tedavilere uyumunu da kolaylaştıracaktır (Aker vd., 2006). Fakat acil servislerin fiziki koşullarının uygun olmaması, acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntıları olan hastaları değerlendirme, tedavi ve bakım verme konularında 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 (Sungur vd., 2009; Bağ, & Ekinci, 2005; Smart vd., 1999; Wand, & Happell, 2001). Bu durum hastaların hastanede kalma sürelerinin uzamasına, tedavilerinin gecikmesine, hastalara yönelik olumsuz tutum ve damgalamaya neden olabilmektedir (Wand, & Happell, 2001; Clarke, Dusome, & Hughes, 2007). Ayrıca çalışanlar açısından bakıldığında ise çalışan güvenliği ile ilgili risklerin arttığı, iş doyumunun azaldığı ve verimliliğin düştüğü; kurumsal açıdan ise tedavi maliyetinin arttığı, verilen hizmetin kalitesinin düştüğü (Wright vd., 2003; Ramadan, 2016) belirtilmiştir.

Ruh sağlığı triyaj yaklaşımı, acile başvuran hastaların kısa sürede değerlendirme ve yönetiminde; girişim yapılmasını ve gereksinimlerin daha iyi karşılanmasını, etkili bakım verilmesini sağlayan, çalışanların kendilerine güven ve yetkinliğini, hasta ile iletişimini, diğer çalışanlar arasında işbirliğini geliştiren ve güveni artırabilen bir yaklaşımdır (Smart vd., 1999; Wand, & Happell, 2001; Huckson, & Davies, 2007; Emergency Triage Education Kit, 2009). Yapılan çalışmalar incelendiğinde acil servislerde hemşirelerin hastalara daha hızlı, doğru ve etkin bir bakım sunabilmeleri için ruh sağlığı triyaj yaklaşımının geliştirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (Broadbent vd., 2010a; Broadbent vd., 2007; Tanner vd., 2014).

Ruh sağlığı triyaj yaklaşımı ilk kez Avustralya’da geliştirilen Ruh Sağlığı Triage Skalası (RSTS) ile uygulanmaya başlanmıştır. İlk kez Smart ve arkadaşları tarafından 1994-1998 yılları arasında geliştirilen ruh sağlığı triyaj yaklaşımının acil servise başvuran hastaların bekleme ve nakil sürelerini azalttığı, hastaların genel acil servise entegrasyonunu kolaylaştırdığı saptanmıştır (Smart vd., 1999). Daha sonra Tobin ve arkadaşlarının 1998 yılında ve Broadbent ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları çalışmalarla RSTS son şeklini almıştır (Broadbent vd., 2007). Yapılan birçok çalışmada RSTS’ı doğru bir şekilde kullanıldığında; hastaların bekleme süresini kısalttığı, hastalara eşit bakım hakkı sunduğu, kesin sonuç verdiği, kanıta dayalı bakım verilmiş olduğu ve çalışanların daha olumlu tutuma sahip oldukları belirtilmektedir (McDonough vd., 2004; Wand, & Happell, 2010; Broadbent vd., 2002; Broadbent vd., 2010a). RSTS sürekli kullanıldığında ise hastaların değerlendirme ve yönetimini kolaylaştığı, triyaj çalışanlarının kendilerine güvenlerini ve yetkinliğini geliştirdiği, ruh sağlığı çalışanları tarafından hasta görüşme süresinin kısaldığı ve acil servis

Çalışanları ve ruh sağlığı çalışanları arasında iletişimin arttığı belirtilmiştir (Broadbent vd., 2002; Broadbent vd., 2010a; Clarke vd., 2007).

Ülkemizde acil psikiyatrik hizmetler bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi acil servisinde, özel dal psikiyatri hastanesi acil servisinde ve genel hastanelerin acil servisinde verilmektedir. Son yıllarda yapılmış acil psikiyatrik epidemiyoloji alanında geniş çaplı bir araştırma bulunmasa da (Binbay vd., 2013), 1998 yılında yapılan bir çalışmada genel hastanelerin acil servislerine başvuruların %3-12'sinin ruhsal bir sıkıntı nedeniyle olduğu belirtilmiştir (Kısa vd., 2001). Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011-2023) toplum temelli hizmet anlayışı ile bölge hastanelerinde yatak sayısının azaltılması ve genel hastanelerde psikiyatri hizmetlerin verilmesi planı yer almaktadır (TC Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Bu gerekleřtiręinde, ruhsal sıkıntısı olan hastaların genel hastanelere başvuru sayısını artırmaktadır. Ayrıca "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011)" 2004 yılı itibariyle bireylerin ruh sağlığı düzeylerini yükseltmek ve intihar girişiminde bulunmuş bireyler ile diğer kriz durumlarıyla karşılaşan kişilerin tıbbi tedavilerinden sonra psikososyal destek hizmetlerini sağlamak amacıyla "*Psikososyal destek ve krize müdahale programı*" yürütüleceği belirtilmektedir. Ancak ruh sağlığı hizmetlerinin sağlık bakanlığı ve üniversite hastaneleri bünyesinde belli başlı kurum ve/veya kliniklerde yürütölmesi ve alanda çalışan psikiyatri hemşiresi sayısının yeterli olmaması nedeniyle hastanelerin acil servislerinde sözü edilen nitelikte bir acil psikiyatri merkezi bulunmamaktadır. Birçok çalışmada acil servis hemşirelerinin triyaj eğitimi almadığı, bilgi ve beceri düzeyinin yeterli olmadığı belirtilmiştir (şimşek & Gürsoy, 2015; Sungur vd., 2009 ; Tarhan, & Akın, 2018). Büyükbayram ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntı ile başvuran hastaya yaklaşım konusunda özel bilgi ve becerisinin olmadığı, bu konuda sağlık bakanlığı tarafından desteklenen standart bir eğitim programının uygulanmadığı saptanmıştır (Büyükbayram vd., 2014). Bununla birlikte yurt dışı çalışmalarda acil serviste triyajın sıklıkla hemşireler tarafından yapıldığı ve triyaj hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanmış olduğu görölmektedir (Broadbent vd., 2002). 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 yayımlanan 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 (Yıldırım, Ersoysal, & Güler, 2018).

Ayrıca ülkemizde 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 Triage Uygulaması Standartları” kapsamında yapılmaktadır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009). “Renk Kodlaması ve Triage Uygulaması Standartları” içeriğinde ruhsal sorunları olan hastalara yönelik detaylı bir değerlendirme alanı bulunmamaktadır. Yurt dışı çalışmalarda da, genel acil servis hastalarına yönelik yapılan triyaj uygulamalarının acil psikiyatrik başvuruları değerlendirmede yetersiz kaldığı belirtilmektedir (Smart vd., 1999; Broadbent vd., 2010a; Broadbent, Creaton, Moxham, & Dwyer, 2010). Bu nedenle ülkemizde konu ile ilgili yapılan çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Yurt içi çalışmalar sıklıkla psikiyatrik acil durumları tanımlayıcı özelliktedir. Acil servise başvuran bu hastaların yaşadıkları sorunları ve hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri saptamaya, sorunları ortadan kaldırmaya ve bu konuda mevcut triyaj uygulamasının etkinliğini değerlendirmeye yönelik araştırmaların olmadığı görülmektedir. Bu özden hareketle, acil servise ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hastaların kısa sürede değerlendirilmesini, bakım verme önceliğinin belirlenmesini, erken zamanda hızlı bir şekilde müdahale edilmesini ve hastaların gereksinimlerinin karşılanmasını kolaylaştıran bir triyaj yaklaşımı uygulaması ve bu konuda verilecek olan eğitim programı ile; hastaların değerlendirme, tedavi ve bakım kalitesinin artacağı, hastaların hemşirelik hizmeti memnuniyet algılarının, hemşirelerin hastalara yönelik tutumlarının ve iş doyumu algılarının olumlu yönde değişeceği öngörülmektedir. Bu nedenle ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemenin önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Sorusu

Soru: Acil serviste ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliği nedir?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın Ana Hipotezleri

H₁: Ruh sağlığı triyaj skalası, Türk örnekleminde geçerlidir.

H₂: Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, ruhsal sıkıntıları olan hastaların triyajda bekleme süresi üzerine etkilidir.

H₃: Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, ruhsal sıkıntıları olan hastaların tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi üzerine etkilidir.

H₄: Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, ruhsal sıkıntıları olan hastaların toplam acil serviste kalma süresi üzerine etkilidir.

H₅: Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, hemşirelerin doğru triyaj kodunu belirlemesi üzerine etkilidir.

H₆: Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, hastaların triyajda bekleme süresinin hemşirelerin belirlediği triyaj koduna uygun olmasında etkilidir.

H₇: Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, acil servise başvuran ruhsal sıkıntıları olan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetini artırma yönünde etkilidir.

H₈: Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, hastaların triyaja tekrar başvuruları üzerine etkilidir.

H₉: Ruh sağlığı triyaj skala uygulaması güvenilirdir.

H₁₀: Ruh sağlığı triyaj skala uygulaması geçerlidir.

Araştırmanın Alt Hipotezleri

H₁₁: Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik duygu, düşünce ve tutumlarının olumlu yönde gelişmesinde etkilidir.

H₁₂: Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik bakım verme bilgisini artırma yönünde etkilidir.

H₁₃: Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisini artırma yönünde etkilidir.

H₁₄: Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin iş doyumu algısını artırma yönünde etkilidir.

H₁₅: Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin iş yükü algısını azaltma yönünde etkilidir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası süreçte farklı hastalar ruhsal sıkıntı ile acil servise başvurmuştur (*Randemize olmayan grup*). Bu nedenle eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilen hasta grubunun benzer özelliklere sahip olduğu varsayılmaktadır.

Çalışma süresince acil servise başvuran hastaların triyajda bekleme ve hastanede kalma süreleri ile ilgili olarak hastane veri tabanından alınan bilgilerin doğru olduğu varsayılmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları, üçüncü basamak bir hastanenin acil servisinde çalışan hemşireleri ve acil servise ruhsal sıkıntıları ile başvuran yetişkin hastaları kapsamaktadır. Acil servis ortamının doğal yapısı gereği (*kalabalık olması, çalışanların iş yükünün fazla olması, hızlı personel değişimi, olası krizlerin yaşanması gibi*) olabilecek aksiliklerden kaynaklanan, ani ve beklenmedik biçimde gelişen durumlar, araştırmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır.

Akut dönemde gerçeği değerlendirme yetisi bozukluğu, saldırgan davranış, intihar davranışı gibi nedenlerle acil servise başvuran ruhsal sorunu olan hastalarla çalışmanın güç olması nedeniyle olası sorunların yaşanması da bir sınırlılıktır.

Acil servis çalışma koşulları nedeniyle çalışanların çok sık yer değiştirmek istemesi ve özellikle araştırma kapsamında olan hemşirelerin yer değişikliği yapması veya görevden ayrılması sınırlılıklardandır.

Hemşirelik hizmetleri memnuniyet soru formunun, hastanın ilk başvuruda duygu durumu gözönünde bulundurularak yüzyüze görüşme tekniği ile değil, daha sonra telefon görüşmesi yapılarak doldurulması bir sınırlılıktır.

Hemşirelik hizmetleri memnuniyet soru formunda yer alan *“Tedavi ve bakım için uzun süre bekletiliyor”* ifadesine verilen *“Evet”* cevabı her zaman hemşirelerle ilgili değil, kimi zaman acil doktorunun orderi geç vermesi nedeniyle de olabilmektedir. Form doldurulurken hastaların bu durumu ayırt edememeleri nedeniyle hemşirelerin tedavi ve bakım için uzun süre beklettiklerini belirtmeleri bir sınırlılıktır.

Çalışmanın tüm acil servis ekibi ve ruh sağlığı çalışanları iş birliği ile değil de sadece acil servis hemşireleri ile yapılmış olması ve bu nedenle ruh sağlığı triyaj yaklaşımının hasta nakil süresi, ruh sağlığı konsültasyonu bekleme süresi gibi parametreler üzerine etkisinin değerlendirilememesi bir sınırlılıktır.

1.6. Araştırma Sürecinde Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın süreci tamamlanıncaya kadar pek çok güçlükle karşılaşmıştır. Yaşanılan güçlükler şunlardır;

Araştırmanın etik kurul izni ilk olarak Temmuz 2015’te Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu’ndan izni alınmış, fakat araştırma sürecinde Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu bir üst kurul tarafından tanınmadığından dolayı lağv olmuştur. Araştırmanın niteliğini artırmak için, ileride uluslararası platformda yaşanabilecek olası sorunlar göz önünde bulundurularak; başvurudan yaklaşık bir buçuk yıl sonra Mart 2018 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvurulmuş ve tekrar etik kurul izni alınabilmektedir. Araştırmanın veri toplama aşamasında acil servis çalışanlarının az sayıda, çok yoğun

ve hızlı tempoda çalışıyor olmaları, başlangıçta araştırmacının acil serviste araştırmayı anlatma sürecini ve veri toplamasını zorlaştırmıştır. Fakat zaman içerisinde araştırmacı ve acil servis çalışanları arasında gelişen iyi kişisel ilişkiler, veri toplamayı kolaylaştıran önemli etkidir.

Araştırmacı etkin bir şekilde ve çok sayıda veri toplayabilmek, çalışma konusunda hemşirelerin istek ve motivasyonunu artırabilmek amacıyla, yaklaşık 9 ay boyunca, gün içinde mesaisini tamamladıklatan sonra gece yarısına kadar acil servis triyaj alanında hemşireler ile birlikte hasta karşılaşmıştır. Bu süreç araştırmacıya unutamayacağı bir deneyim kazandırmasına rağmen, diğer sorumlulukları ile birlikte bu süreci yönetmek güç olmuştur.

Çalışmada uzman görüşlerinin alınması aşamasında yaklaşık 55 uzman ile birebir görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerde uzmanların yoğun çalışma temposu içerisinde zaman ayırmaları için uzun bir süre beklenmiştir. Formlar uzman görüşü doğrultusunda düzeltildikten sonra, tekrar uzman görüşü almak için, uzmanların zaman ayırmalarını talep etmek ve beklemek çalışma sürecinde yaşanan önemli güçlüklerdendir. Bu süreç yaklaşık bir buçuk yıl sürmüştür.

Çalışmada hastaların hemşirelik hizmetinden memnuniyet durumu telefon ile görüşme yapılarak değerlendirilmiştir. Hastaların acil servise geldikleri akut zamanda telefon numaraları alınamamıştır. Daha sonra telefon numaraları hasta kayıt sisteminden alındığında ise birçok numaranın geçersiz ve yanlış olduğu, numaranın kullanılmadığı saptanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde yaklaşık toplam 370 hasta telefon ile aranmış fakat sadece 79 hasta ile görüşme yapılabilmektedir. Araştırma sürecinde güçlük oluşturan bu durum konusunda yetkililere bilgi verilmiştir. Acil servise başvuran hastaların iletişim bilgilerini doğru kaydetme, yenileme ve düzeltme çalışmaları başlatılmıştır.

Çalışma kapsamında eğitim öncesi dönemde 210 hasta ve eğitim sonrası dönemde 174 hasta olmak üzere toplam 384 hasta acil serviste karşılanmıştır. Sıklıkla yas süreci ve/veya konversif bozukluk nedeniyle başvuran 14 hastaya triyaj hemşireleri akut durumda hastane giriş kaydı almadan müdahale etmiştir. Kısa süre sonra hastalar kendilerini iyi hissettiklerini belirterek acil bakım alanına yönlendirilmeden kendi

istekleriyle acil servisten ayrılmışlardır. Bu nedenle hastane giriş kaydı bulunan toplam 365 hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

Ruhsal sıkıntısı olan hastaların ve çalışanların acil servis işleyişi ile ilgili güçlükler yaşadıkları gözlenmiştir. Bunlar;

Acil servis triyaj bekleme alanının dar bir alanda olduğu, oturma alanının yeterli olmadığı, ortamın yeterince havalandırılmadığı, uzun süre beklemek zorunda kalan hastaların iyi zaman geçirmelerini sağlayacak etkinliklerin olmadığı gözlenmiştir. Bu durum, başvuran hastalarda uzun süre bekledikleri algısı oluşturmakta ve tedaviyi bekleyebilmelerini zorlaştırmaktadır. Çalışanların ise etkin hasta değerlendirme ve bakım verme durumunu, iş yükü ve iş doyumu algısını olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca hasta ve çalışan güvenliğinin risk altında olduğu düşünülmektedir.

Psikiyatri konsültasyonu gerektiğinde ve/veya farklı nedenlerle, hastaların uzun süre bekleyebildiği ve hastanede kalış süresinin uzayabildiği gözlenmiştir. Hastalar sıklıkla psikiyatri görüşme odasında bekletilmektedir. Bu bekleme sürecinde hastaların kliniği terk edip etmediği ve/veya güvenlik anlamında sorun yaşayıp yaşamadığı gözden kaçabilmektedir. Bu durumun hasta ve acil servis çalışanları açısından adli boyutta değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerektiği düşünülmektedir.

Acil servis psikiyatri görüşme odası dışarıya açılan pencesi olmayan ve havalandırma konusunda yetersiz, hastanın kendisine ve diğerlerine yönelik zarar vermesini önleyecek güvenlik önlemlerinin yeterli alınamadığı bir alandır. Bu alanda hastaların özellikle hasta yakınları ile birlikte kalması istenmektedir. Uygun olmayan bu koşullarda hasta ve yakınlarının uzun süre kalması, hastaların yaşam ve bakım kalitesini etkileyen önemli bir etkidir.

Acil serviste güvenlik elemanı sayısının yeterli olmadığı ve var olan güvenlik elemanların iletişim ve ruhsal sorunu olan hastalara yaklaşım konusunda yeterli bilgi ve tutuma sahip olmadığı gözlenmiştir. Bu durumun hasta ve çalışan güvenliği açısından önemli olduğu ve güvenlik elemanlarına yönelik eğitim programı uygulanmasının da gerektiği düşünülmektedir.

1.7. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, acil serviste ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



Genel Bilgiler

Bu bölüm altında, acil psikiyatrik yaklaşım, acil psikiyatrik yaklaşımda yaşanan güçlükler ve nedenleri, triyaj yaklaşımı, dünyada ve ülkemizde kullanılmakta olan triyaj yaklaşımı, ruh sağlığı triyajı ve dünyada kullanılmakta olan ruh sağlığı triyaj yaklaşımı konuları üzerinde durulmuştur.

2.1. Acil Psikiyatrik Yaklaşım

Psikiyatrik aciller, bireyin duygu, düşünce ve davranış alanlarından herhangi biri veya birkaç tanesinde ortaya çıkan, kişinin kendisi veya çevresindekiler için tehlikeli olabilen ve bu nedenle acil yardım gerektiren durumlardır. Psikiyatrik acil tablonun nedeni, süregelen bir ruhsal hastalık, psikososyal stres etkenleri, olumsuz yaşam olayları olabilir ya da psikiyatrik belirtilerle beliren tıbbi hastalıklar, zehirlenmeler, madde kullanımı, ilaç yan etkileri olabilir (Kocaman, 2007; Kısa vd., 2001). Psikiyatrik acil başvuruları son yıllarda belirgin şekilde arttığı, ABD’de son on yılda %15 oranında artış gösterdiği belirtilmektedir (Duman, & Özgüven, 2015). Tüm dünyada ve ülkemizde ayaktan acil psikiyatrik hizmetler özellikle genel hastanelerin acil servislerinde yürütülmektedir (Duman, & Özgüven, 2015). Hastalar acil servise kendileri veya yakınları ile ayaktan, polis ve ambulans aracılığı ile başvururlar (Kocaman, 2007).

Acil psikiyatrik yaklaşım hastayı değerlendirme, acil durumunu belirleme, hastanın uygun sürede bakım ve tedavi almasını sağlama, taburcu veya yatış/nakil işlemleri yapma aşamalarını kapsar (Kısa vd., 2001). Hastalar “reçete yazdıramak”tan “akut psikoz tablosu”na kadar kompleks birçok sorunla başvurabilirler. Özellikle fiziksel ve ruhsal sorunların bir arada olduğu acil başvurularda, sorunun gerçek nedenini saptama, soruna yönelik tedavi uygulama ve bakım verme konusunda sıklıkla zorluk yaşanmaktadır (Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011). Acil çalışanlarının bu hastaları fizyolojik ve psikososyal açıdan değerlendirme, uygun tedavi ve bakımı almalarını sağlama, olası riskleri öngörme, güvenli ortamı oluşturma, kriz yönetimi gibi bir çok konuda bilgi ve beceriye sahibi olması önemlidir (Clarke vd., 2006; McDonough vd., 2004). Bununla birlikte acil servislerde hasta sayısının giderek artması, acil çalışanların bu hastalara yaklaşım konusunda bilgi ve deneyiminin

yetersiz olması ve sistemsel sorunlar hemşire ve hastalar açısından güçlükler neden olabilmektedir.

2.2. Acil Psikiyatrik Yaklaşımda Yaşanan Güçlükler ve Nedenleri

Ruhsal sıkıntı ile acil servise başvuran hastalara bakım veren hemşireler özellikle hastaları değerlendirme ve bakım verme konusunda güçlük yaşamaktadır (Kerrison, & Chapman, 2007; Clarke, Hughes, Brown, & Motluk, 2005; Sungur vd., 2009; Hansson vd., 2013). Bu durum hastaları, çalışanları ve kurumu olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle hemşirelerin yaşadıkları güçlükler; hastaların ruhsal ve/veya fiziksel sorunlarının ve duygusal gereksinimlerinin yok sayılmasına, hastalara yönelik olumsuz tutum ve davranışlara, hastaların acil serviste veya triyajda bekleme sürelerinin uzamasına neden olabilmektedir (Smart vd., 1999; Tobin vd., 1999; Broadbent vd., 2002). Ayrıca zaman içerisinde çalışanlar arasında işbirliği ve iletişim konusunda sorunlar yaşanmasını, hasta ve çalışan güvenliği açısından risklerin oluşmasını, çalışanların iş doyumunun azalmasını ve tükenmişlik yaşamalarını; kurumsal açıdan tedavi maliyetini ve hizmet kalitesini olumsuz etkileyebilir (Wright vd., 2003; Ramadan, 2016).

Genel acil servise ruhsal sıkıntıları ile başvuran hastalarla yapılan çalışmalarda; hastaların gereksinimleri olan sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşandıkları, sağlık çalışanları ve diğer nedenlerle başvuran hasta ve yakınları tarafından etiketlendikleri, görmezden gelindikleri, acil serviste uzun süre bekletildikleri, fiziksel şikâyetle başvuran hastaların daha öncelikli bakım aldığı belirtilmektedir (Clarke vd., 2007; Wand, & Happell, 2001; McAllister vd., 2002).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının ve hastaların yaşadıkları güçlüklerin sıklıkla; acil servisin fiziki koşulları (Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Küçükali, Üstün Güveneroğlu, Demirağlı Duman, Eradamlar, & Alpkan, 2015; Broadbent vd., 2002), çalışanların psikiyatrik acillere yönelik olumsuz duygu ve düşünceleri (Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Clarke vd., 2007; Bağ, & Ekinci, 2005; McAllister vd., 2002), acil psikiyatrik yaklaşım konusundaki bilgi yetersizliği (Clarke vd., 2007; Kerrison, & Chapman, 2007; Wynaden vd., 2003; Wand, & Happell, 2001) acil servis işleyişi ve triyaj uygulanması (Broadbent vd.,

2002; Broadbent vd., 2004; Smart vd., 1999; Tobin vd., 1999) ile ilgili olduğu belirtilmektedir.

Genel acil servislerin fiziki yapılarının acil psikiyatrik hizmet vermek için uygun olmadığı pek çok çalışmada yer almaktadır (Smart vd., 1999; Broadbent vd., 2010b; Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Wand, & Happell, 2001). Özellikle acil psikiyatrik hizmet verilen bir ortamda çevresel uyaranların daha az olan, sakin ve yeterli büyüklükte bir bekleme salonunun olmaması, hasta mahremiyetini sağlamak için özel görüşme odasının ve gerektiğinde akut müdahale yapabilmek için özel alanın olmaması, hasta ve çalışan güvenliği açısından önemli risk faktörü oluşturur (Mental health for emergency departments a reference guide, 2015). Clarke, Dusome ve Hughes (2007)'in ruhsal sıkıntıları nedeniyle acil servise başvuran hastalarla yaptıkları çalışmada, hastalar sıklıkla diğer hasta ve yakınlarının damgalayıcı tutumlarına maruz kaldıklarını, diğer hastalarla aynı ortamda beklemekten rahatsız olduklarını, damgalayıcı bakışlardan korunmak ve mahremiyeti sağlamak için kendilerini daha rahat ifade edebilecekleri tek kişilik odaya gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir (Clarke vd., 2007).

Hemşirelerin ve hastaların yaşadıkları güçlüklerin diğer en büyük nedeni, hemşirelerin psikiyatrik bozukluğu olan hastalara yönelik duygu, düşünce ve tutumları ile ilgilidir (Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Clarke vd., 2007; Bağ, & Ekinci, 2005; McAllister vd., 2002). Özellikle hemşirelerin hastalara bakım verirken “*korku, kaygı, üzüntü, acıma, öfke ve umutsuzluk,*” duygusu yaşadıkları (Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Hansson vd., 2013), bakım verme konusunda “*yetersiz, çaresiz, güçsüz*” hissettikleri (Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Wand, & Happell, 2001; Yıldırım vd., 2018) ve sıklıkla hastalardan kaçınma eğiliminde (Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Wand, & Happell, 2001; Bağ, & Ekinci, 2005) oldukları belirtilmektedir.

Acil psikiyatrik başvuru ile gelen hastaların bütüncül bakış açısıyla değerlendirilmesi önemlidir ve altta yatan ruhsal sorunlarının biyopsikososyal açıdan ayırt edilebilmesi özel bilgi ve beceri gerektirir (Health Policy Priorities Principal Committee Australian Triage Process Review, 2011). Yapılan birçok çalışmada özellikle bakım veren hemşirelerin acil psikiyatrik hastayı değerlendirme, yönlendirme ve müdahale konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu ve kendilerine güvenmedikleri saptanmıştır

(Morphet vd., 2012; Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Clarke vd., 2007; Wand, & Happell, 2001; Wright vd., 2003; Ramadan, 2016).

Diğer taraftan acil serviste hemşirelerinin ve ruhsal sıkıntısı olan hastaların yaşadığı birçok sorun acil servis işleyişindeki yetersizlikten de kaynaklanmaktadır. Bu yetersizlikler hemşirelerin bakım verirken belirsizlik yaşamalarına, ekip içinde iletişim ve iş birliği sorunlarının yaşanmasına neden olmakta ve hastaların kaliteli bakım alma hakkını engellemektedir (Kısa vd., 2001; Kerrison, & Chapman, 2007; Antai-Otong, 2001; Huckson, & Davies, 2007). Acil servis işleyişindeki yetersizliğin giderilmesi için özellikle başvuran hastaların hızlı bir şekilde değerlendirilmesi, aciliyet önceliğinin belirlenmesi, müdahale hakkında yol göstermesi ve hasta gereksinimlerini karşılamada yardımcı olabilecek ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkin olduğu belirtilmektedir (Smart vd., 1999; Broadbent vd., 2007; Broadbent vd., 2010b; Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Wand, & Happell, 2001).

2.3. Acil Serviste Triage Yaklaşımı

Triage, Fransızca'da "trier" kökünden gelen; seçmek, ayıklamak anlamına gelir. Triage ilk olarak askeri tıpta uygulanmıştır. I. ve II. Dünya Savaşı sırasında, yaralı askerlere, gereksinimleri doğrultusunda acil tedavi ve bakımda öncelik hakkı tanınması amacıyla kullanılmıştır (Sungur vd., 2009). Acil servis için triage uygulaması ise 1960'lı yıllarda uygulanmaya başlamıştır. Günümüzde triage, acil servise başvuran hastaların bakım önceliklerini hızlıca belirlemek ve hastaları önceliklerine göre sıralayarak, doğru zamanda, doğru yerde, doğru hastanın doğru kaynağa yönlendirilmesini sağlayan bir süreçtir (Öner Şimşek, 2018).

Başlangıçta acil servis doktorları tarafından uygulanan triage yaklaşımına karşın, hastaların bakıma ihtiyacı olduğu düşüncesiyle ilk kez 1962 yılında ABD'de Dallas TX'deki Parkland Hastanesinde hemşire odaklı triage yaklaşımı geliştirilmiştir. (Farrohknia vd., 2011). Günümüzde triage uygulaması hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık çalışanları tarafından yapılmaktadır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 2018). Triage uygulaması yapan sağlık çalışanlarının triageye yönelik eğitim almış

olması, yeterli tıbbi ve sosyal bilgi birikimine sahip olması, alanda en az bir yıl çalışmış olması, iletişim ve empati becerisini kullanabilmesi, sorun çözme becerisine sahip olması gerekmektedir (Sungur vd., 2009 ; Ataseven Tarhan, & Akın, 2016).

Triyaj uygulama alanı acil servis girişinde bulunmalı, hasta mahremiyetini korumak için yarı kapalı olmalı; acil serviste ambulans ve hasta nakil aracı ile nakledilen hasta girişi ve ayaktan hasta girişi ayrı olmalı; hasta tranferini kolaylaştırmak amacıyla tekerlekli sandalye ve sedyeler bulundurulmalıdır (Ataseven Tarhan, & Akın, 2016). Acil servislerin fiziki şartları ve ulaşım ile ilişkin asgari standartlar “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ 2018” ikinci bölüm “Acil Servislerin Fiziki Şartları, Ulaşım, Hizmet ve Malzeme Standartları, Seviyelendirme ve İstisnalar” başlığı altında daha detaylı bir şekilde belirtilmiştir.

Acil servis triyaj yaklaşımında başvurudan taburcu oluncaya kadar geçen sürede hasta kayıtlarının tutulması gerekmektedir. Bu kayıtlar bilgisayar programı veya uygun bir form ile yapılabilir. Bilgisayar hasta veri sisteminin kullanımı daha kolay ve kalıcıdır (Küçükoğlu, Köse, Aytekin, & Kılıç, 2017). Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ 2018’de “*Acil servise başvuran tüm hastaların triyaj işlemleri en kısa sürede tamamlandıktan tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konulur ve triyaj koduna uygun olan alana alınırlar. Acil muayene, tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren kritik hastalara kayıt işleminin yapılıp yapılmadığına bakılmaksızın derhal gerekli tıbbi işlemler uygulanır. Kritik hastaların kayıt işlemlerinin öncelikle yapılabilmesi için otomasyon sistemi ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılır*” şeklinde belirtilmektedir (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 2018). Buna göre temel triyaj yaklaşımı başvuran hastaları tıbbi bakım ihtiyacına göre değerlendirme, öncelik düzeyini saptama, belirlenen sürede doktor muayene edinceye kadar hastanın beklemesini sağlama, uygun olan alana yönlendirme uygulamalarını kapsar (Tarhan, & Akın, 2018; Öner Şimşek, 2018). Triyaj değerlendirmesi genel muayeneden farklıdır. Triyajda amaç hastaya tanı koymak değildir. Hasta bekleme süresi “*akutluk*” durumuna göre belirlenir. Değerlendirme sonrası aciliyet durumu dikkate alınarak her hasta için uygun triyaj

seviyesi saptanır. Bu verilir kayıt altına alınır. Belirlenen triyaj seviyesine göre hasta gerektiği kadar bekletilebilir. Sağlık çalışanı bu sürede hastayı rahatlatmalı ve gerekirse tekrar triyaj değerlendirmesi yapmalıdır (Öner Şimşek, 2018). Hasta uygun ilgili birime yönlendirilirken, kayıtlar hasta dosyasına eklenmelidir (Ataseven Tarhan, & Akın, 2016).

Trijaj yaklaşımında temel amaç, yaşamı korumak, ileride olabilecek hayat kayıplarını ve ileri yaralanmaları önlemek, yaşatılacak hasta sayısını maksimum seviyeye çıkarmak ve en çok hasta için en iyisini yapmaktır. Triyaj uygulaması; acil müdahaleye ihtiyaç duyan hastalara yeterli ve verimli zaman ayrılması, daha az acil olan yada acil olmayan vakaların seçilerek polikliniğe yönlendirilmesi, hasta bekleme süresinin kısılması, hastanın acilde kalış süresinin azalması, hastanelere yapılan gereksiz başvuruları önleme, kısıtlı kaynakları etkin kullanma, kritik olmayan hastanın bakımını kolaylaştırma, personelin iş gücünü etkin kullanma gibi bir çok konuda etkilidir (Sungur vd., 2009; Öner Şimşek, 2018). Diğer taraftan triyaj sınıflandırması farklı amaçlar için de kullanılabilir. Örneğin yapılacak bir araştırmada (*triyaj seviyesi ve hastanın bekleme süresi arasındaki korelasyonun incelenmesi, acil sağlık hizmetleri maliyetinin saptanması, geriye dönük kalite kontrolünün yapılması gibi*) verilerin elde edilmesinde önemli bir veri kaynağıdır (Öner Şimşek, 2018). Tüm dünyada sık kullanılmasına rağmen triyaj sistemleri arasında bir uygulama birliği yoktur (Küçüköğlü vd., 2017). Dünyada acil servise gelen hastaların durumlarını değerlendirmek ve tedavi önceliklerini belirlemek için farklı triyaj uygulamaları kullanılmaktadır (Öner Şimşek, 2018).

2.3.1. Dünyada Triyaj Yaklaşımı

Dünyada triyaj yaklaşımları farklı triyaj skalaları ile uygulanmaktadır. Günümüze kadar üç kategorili, dört kategorili ve beş kategorili triyaj skalaları geliştirilmiştir. Acil servislerde triyaj skalası ilk olarak 1960'lı yıllarda kullanılmaya başlamış, 1996 yılında dört kategorili, 1990 ve 2000'li yıllarda beş kategorili triyaj skalaları ile çalışmalar yapılmıştır (Zimmermann, 2001; Farrohknia vd., 2011). Bu çalışmalarda üç ve dört kategorili skalaların güvenilirliklerinin yeterli olmadığı, beş kategorili triyaj skalalarının üç kategorili olanlara göre güvenilirlik ve geçerlilik açısından daha üstün

olduğu saptanmıştır (Travers, Waller, Bowling, Flowers, & Tintinalli, 2002; Patel, Harrison, & Bruce-Jones, 2009; Gerditz vd., 2009; Farrohknia vd., 2011; Ataseven Tarhan, & Akın, 2016) Ayrıca 2003 yılında Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nurses Association - ENA) ve Amerikan Acil Hekimler Birliği (American College of Emergency Physicians - ACEP) tarafından beş kategorili triyaj sınıflandırmasının geçerlilik ve güvenilirliğinin daha yüksek olduğu onaylanmıştır (Zimmermann, 2001; Karaçay, & Sevinç, 2007; Care of the Psychiatric Patient in the Emergency Department).

Beş kategorili triyaj skalaları hastanın şikayetine göre temellenmiş sistemlerdir. Asıl amaç hastanın tedavi ve bakım alıncaya kadar bekleyebileceği maksimum zamanı belirlemektir. Yani acil durumda gelen bir hasta, daha önce gelmiş ve durumu acil olmayan başka bir hastanın önüne geçebilir (Karaçay, & Sevinç, 2007). Beş kategorili triyaj skalaları genellikle azalan şekilde sıralanmıştır. Buna göre 1 kategorisi “Anında-Hemen İvedi”, 5 kategorisi “*Acil değil*” şeklinde sınıflandırılır (Ataseven Tarhan, & Akın, 2016). Dünyada en çok kullanılan ve beş kategorili olan triyaj uygulamaları Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası (KTAS), Acil Şiddet İndeksi (AŞİ), Manchester Triyaj Skalası (MTS), Avustralya Triyaj Skalası (ATS)’dır (Travers vd., 2002; Christ, Grossmann, Winter, Bingisser, & Platz, 2010; Farrohknia vd., 2011; Ataseven Tarhan, & Akın, 2016) (Tablo 1). Bu skalaların her biri ortalama ya da ortalamanın üzerinde güvenilirlik ve geçerliliğe sahiptir (Christ vd., 2010; Farrohknia vd., 2011; Ataseven Tarhan, & Akın, 2016).

Bununla birlikte ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastalarla yapılan çalışmalarda ATS’in (Broadbent vd., 2007; Creaton, Liew, Knott, & Wright, 2008; Broadbent vd., 2010b; Christ vd., 2010), MTS’nin (Tanner vd., 2014), KTAS’ın (Broadbent et al., 2002, 2007; Creaton vd., 2008; Happell, Summers, & Pinikahana, 2003; McDonough vd., 2004) triyaj değerlendirmesinin yeterli güvenilirliğe sahip olmadığı; AŞİ ile ilgili geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının olmadığı (Daemi, & Sheikhy-Chaman, 2016) belirtilmektedir.

Tablo 1. Beş Kategorili Triyaj Skalaları

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

2.3.2. Türkiye’de Triyaj Yaklaşımı

Ülkemizde acil servis hizmetlerinin işleyişi ile ilgili gelişmeler yakın tarihte gerçekleşmiştir. İlk kez 16/10/2009 tarihli ve 27378 sayılı resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren *"Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ"*de acil servis işleyişi ile ilgili açıklamalar yapılmıştır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009). Ülkemizde acil servislerde triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sıralaması *"Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu"*na göre yapılmaktadır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009). Bu tablonun *kırmızı, sarı ve yeşil olmak üzere* üç renk kategorilidir. Sarı ve kırmızı renk kategorileri kendi içerisinde *"Kategori 1"* ve *"Kategori 2"* olarak ayrılmaktadır. Yani tablo, bakıldığında üç renk kategorisi gibi görünse de toplam beş kategorilidir (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu

	Tanım	Örnek Durumlar
YEŞİL	Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve <u>ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları</u> bulunan hastalar.	- Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı - Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü - Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti - Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler - <u>Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar</u>
SARI	Kategori 1: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı <u>riski ve önemli morbidite oranı</u> olan durumlar Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlar.	- Diastolik>110mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği - Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı - Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı - Nöbet geçirme öyküsü (uyanık) - Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta - İnatçı kusma - Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta - Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı - 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta - Şiddetli karın ağrısı olan hasta - Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması - <u>Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk</u> - <u>Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta</u> - Basit kanamalar - Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları - Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu - Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları - Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller - Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim - Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular - <u>Şiddetli olmayan karın ağrısı</u> - <u>Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar</u>
KIRMIZI	Kategori 1: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta <u>hiç</u>	- Kardiyak arrest - Solunumsal arrest - Havayolu tıkanıklığı riski - Major çoklu travma - Solunum sayısı < 10/dakika - Sistolik Kan Basıncı<80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar - Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtsız olan hastalar - Devam eden veya uzamış nöbet,

	<u>bekletilmeden kırmızı alana alınır.</u>	
	Kategori 2: Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve <u>10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar</u>	* İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtsız veya hipoventilasyonda olması * Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı * Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabilir ise pulseoksimetri değerinin <%90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar * Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski * Dolaşım bozukluğu -Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu -Kalp hızı <50 veya >150 olması -Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon * Akut hemiparazi/disfazi * Letarji ile birlikte ateş (her yaş) * İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması * Major fraktür veya amputasyon gibi ciddi lokalize travma * Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı - <u>Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı</u> - <u>Davranışsal/Psikiyatrik</u> - <u>Şiddet içeren agresif davranışlar</u> - <u>Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar</u>

Tebliğ (2009) uyarınca Dal hastaneleri ve bünyesinde I. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triyaj uygulaması yapılması zorunlu değildir. 112 Acil ambulansları ile sağlık tesisine getirilen hastalara triyaj uygulaması yapılmamaktadır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009). Ayrıca acil servisin ilk kayıt, güvenlik ve triyaj uygulaması için yeterli alana sahip olması gerekir. Triage uygulaması doktor, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılmaktadır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009).

“Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triage Uygulama Tablosu”na bakıldığında Ruh sağlığı ile ilgili tanımlama ve değerlendirme alanlarının yeterli ve spesifik olmadığı görülmektedir (Tablo 2).

2.3.3. Dünyada Kullanılan Diğer Triyaj Yaklaşımları

İtalya'da Gruppo Formazione Triyaj sistemi, Tayvan Triyaj Ölçeği, Cape Triyaj Ölçeği ve Cenevre Acil Triyaj Ölçeği gibi birçok triyaj yaklaşımı bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar bölgesel çözümler için kullanılmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirliğe sahip değildir (Zimmermann, 2001).

2.4. Genel Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımı

Ruh sağlığı triyaj ölçekleri, triyaj değerlendirmesini ve etkin karar vermeyi yönlendirmek için kullanılan klinik araçlardır (Sands, Elsom, & Colgate, 2015). Özellikle genel triyaj uygulamalarında tıbbi durum değerlendirmesi bir durumun yaşamsal tehdidine ve hastalığa bağlı komplikasyonlarına dayanırken, psikiyatrik değerlendirme kişinin kendine ve başkalarına yönelik tehlike seviyesine veya sosyal işlevsellikteki bozulmanın ciddiyetine odaklanır (Molina-López vd., 2016). Genel hastanelerin acil servislerinde kullanılan triyaj skalalarının ruhsal sorunları olan hastaları değerlendirmede yetersiz olmaları nedeniyle ruh sağlığı triyaj skalalarının geliştirilmesine ihtiyaç olmuştur. Bir çok çalışmada da genel hastalara yönelik triyaj uygulamalarının acile başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastaları değerlendirmede yetersiz kaldığı belirtilmektedir (Smart vd., 1999; Broadbent vd., 2010a; Broadbent vd., 2007). Ruh sağlığı triyajı ile yapılan çalışmalarda da ruhsal sorunu ile başvuran hastaların kısa sürede değerlendirildiği, gereksinimin karşılandığı, acil serviste ve triyaj alanında bekleme süresinin kısaldığı, çalışanların tutumlarının olumlu yönde değiştiği saptanmıştır (Wand, & Happell, 2001; Broadbent vd., 2004; Hansson vd., 2013; Smart vd., 1999; Tobin vd., 1999; Broadbent vd., 2002; ETEK, 2009; Holdgate, Morris, Fry, & Zecevic, 2007).

Dünyada sıklıkla kullanılan ruh sağlığı triyaj skalaları Kriz Triyaj Değerlendirme Skalası (Molina-López vd., 2016; Adeosun vd., 2017), Avusturalya Ruh Sağlığı Triyaj Skalaları (*Güney Doğu Sdney Bölgesi Ruh Sağlığı Triyaj Skalası, Hobart Ruh Sağlığı Triyaj Skalası*), Birleşik Krallık Ruh Sağlığı Triyaj Skalası'dır (Sands, Elsom, Colgate, Haylor, & Prematungar 2016). Diğer ruh sağlığı skalaları ise Yeni bir Renk-Psikiyatrik Risk Triyajı (A Novel Color-Risk Psychiatric Triage) (Molina-López

vd., 2016), Telefon Temelli Ruh Sağlığı Triyajı (Sands vd., 2011; Sands, Elsom, Marangu, Arnold, & Henderson, 2012; Sands, Elsom, Marangu, Arnold, & Henderson, 2013; Sands, Elsom, & Colgate, 2015), Danimarka Psikiyatrik Triyaj Sistemi (DPTS) (Sæbye, vd. 2017)'dir.

İlk kez geliştirilen RSTS olan Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası'nın diğer skalalara göre hakemler arası güvenilirliğinin yüksek olduğu, geçerliliğinin kanıtlandığı, en fazla araştırma yapılan ve diğer ruh sağlığı triyaj skalaları için model olarak kullanılan skala olduğu belirtilmektedir (Health Policy Priorities Principal Committee Australian Triage Process Review 2011; Broadbent vd., 2010a; Broadbent vd., 2010b). Bununla birlikte acil psikiyatrik başvuruları değerlendirme ve sınıflandırma keskinliği konusunda Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası'nın Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası ve Acil Şiddet İndeksi'ne (Clarke vd., 2007), Avustralya Triyajı Skalası'na (Creton vb., 2008; Broadbent vd., 2010b) ve Manchester Triyaj Skalasına (Tanner vd., 2014) göre daha etkin olduğu saptanmıştır. Downey, Zun ve Burke (2015)'nin Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası ve Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası'nı karşılaştırdıkları çalışmada; Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası'nın değerlendirme zamanı için geçen süreyi daha net belirlediği, hasta gereksinimlerini karşılamada daha iyi olduğu, uygulama protokollerine uyumun daha kolay olduğu belirtilmektedir (Downey, Zun, & Burke, 2015).

Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası'nı model alan ve bölgesel olarak geliştirilen RSTS'ları olduğu görülmektedir. Bunlar; *Victoria Acil Servis Ruh Sağlığı Triyaj Skalası (Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool)* (Sands, & Gerdtz, 2008; Huckson, 2008), *Birleşik Krallık Ruh Sağlığı Triyaj Skalası (UK Mental Health Triage Scale)* (Sands vd., 2016), *Danimarka Ruh sağlığı Triyaj Skalası* (Sæbye, Høegh, & Knop, 2017) gibi.

Gereç ve Yöntem

Bu bölümde araştırma yöntemine, araştırmanın desenine, araştırmanın yeri ve zamanına, evren ve örnekleme, veri toplama araçlarına, veri toplama yöntemine, araştırmanın sürecine, verilerin analizi ve değerlendirme tekniğine, araştırmanın geçerlik ve güvenirliğine, süre ve olanaklara, etik açıklamalara yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan metodolojik, tek gruplu (*hemşire*) ve randomize olmayan (*hasta*) gruplu ön test-son test tasarım yarı deneysel ve analitik özellikte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Mayıs 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Kliniği'nde yürütülmüştür.

Acil Tıp Kliniği 1600 m²'lik bir alana sahip, başta Ege bölgesi ve Türkiye'nin değişik bölgelerinden sevk alan, üçüncü basamak hizmet veren bir birimdir. Acil Tıp Kliniği'nde dört (4) Öğretim Üyesi, beş (5) Uzman Doktor, 53 Acil Tıp Asistanı, 68 Acil Servis Hemşiresi, 17 Bilgi İşlem Çalışanı ve 15 Hizmetli Personel hizmet vermektedir. İhtiyaç halinde diğer branş hekimlerinden konsültasyon istenerek, acil servise davet edilmektedir.

Bu alanda *Triyaj, Hızlı Bakı Birimi, Bakı Birimi, Monitör 1 Yoğun Bakım, Monitör 2 Yoğun Bakım, Travma Birimi, Yatış Bekleme Birimi, KBB ve Göz odası, Alçı odası, Kadın Doğum Odası, Acil Eczane ve Dinlenme* alanları mevcuttur ve toplam 107 yatak kapasitesine sahiptir. Bakı birimi içerisinde ruhsal sorunları ile başvuran hastalara bakım vermek üzere ayrılmış "*Psikiyatri Görüşme Odası*" bulunmaktadır.

Hastane Bilgi İşlem merkezi'nden alınan verilere göre Acil Tıp Kliniği'ne 2018 verilerine göre yıllık 185.242 hasta başvurmuştur ve günlük başvuran genel hasta sayısı ortalama 700 kişidir. Yine 2015 yılı içerisinde ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hasta sayısı yaklaşık 1969 iken, 2018 yılı içerisinde ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hasta sayısı yaklaşık 2500'dir.

Araştırmanın bu hastanede yapılmasının tercih edilme nedeni, bölgenin en büyük ve en kapsamlı hizmet verebilme niteliği olan bir üniversite hastanesi olması ve acil serviste triyaj hizmetinin hemşireler tarafından yürütülmesidir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği'nde çalışan 68 hemşire ve 4 Mayıs 2018 – 4 Mart 2019 tarihleri arasında acil servise ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hastalar oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın hemşire örneklemini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Kliniği'nde en az bir yıldır çalışmakta olan, klinik ve triyaj hemşireliği yapıyor olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşireler oluşturmuştur. Araştırmanın ilk aşaması olan eğitim öncesi süreçte altı (6) hemşire gebelik, bir (1) hemşire raporlu olma, iki (2) hemşire yer değişikliği, üç (3) hemşire istifa etme ve oniki (12) hemşire acil servis deneyiminin bir yıldan az olması nedeniyle olmak üzere toplam yirmidört (24) hemşire araştırmaya dahil edilememiştir. Araştırmaya dahil olan ve katılmayı kabul eden hemşire sayısı 44'tür. Eğitim sürecinde eğitime 31 hemşire katılmıştır ve katılım oranı % 70,45'tir. Eğitim sonrasında ise eğitim programına katılan bir (1) hemşirenin istifa etmesi nedeniyle araştırma, 30 hemşirenin katılımı (% 68,18) ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın hasta örneklemini travma ve diğer tıbbi nedenler olmaksızın sadece ruhsal sıkıntısı nedeni ile acil servise başvuran hastalar oluşturmuştur. Acil servise ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hastaların triyaj değerlendirmesi için gerekli hasta örneklem sayısı güç analizi (*power analizi*) ile belirlenmiştir.

Smart ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada triyajda bekleme süresi dikkate alınarak, çalışmanın güç analizi yapılmış ve hasta örneklem sayısı, %90 güç, Tip I Hata % 5 olmak üzere; eğitim öncesi dönemde en az 142 hasta ve eğitim sonrası dönemde en az 142 hasta, toplam 284 hasta olarak hesaplanmıştır. Veri kaybının olabileceği düşünülerek bu çalışmada eğitim öncesi 200 hasta ve eğitim sonrası 165

hasta olmak üzere toplam 365 hastadan veri elde edilmiştir. Çalışma sonrası, triyaj bekleme süresi için testin gücü 0,631 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

- Hastalara yönelik ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

1. Hastaların triyajda bekleme süreleri
2. Hastaların tedavi ve bakım için acil serviste kalma süreleri
3. Hastaların toplam acil serviste kalma süreleri
4. Hemşirelerin doğru triyaj kodu verme durumu
5. Hastaların triyajda bekleme süresinin hemşirelerin belirledikleri triyaj koduna uygunluk durumu
6. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumu
7. Hastaların acil servise tekrar başvuru durumu
8. Hemşirelerin hastalara bakım vermeye yönelik tutumları
9. Hemşirelerin hastalara bakım verme bilgisi
10. Hemşirelerin ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisi
11. Hemşirelerin iş doyumu algısı
12. Hemşirelerin iş yükü algısı

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu hemşirelerin; rumuz, yaş, cinsiyet, medeni durumu eğitim durumu, mesleki çalışma süresi, acil serviste çalışma süresi, çalışma sistemi, ruhsal sorunlarla acil servise başvuran hastaya yaklaşım konusunda eğitim alma durumları, eğitim alma kaynağı, ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verme durumlarını içeren öz bildirime dayalı 12 maddeden oluşmaktadır (Ek 1).

3.6.2. Mesleki Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen mesleki bilgi formu hemşirelerin; hastaları değerlendirme ve bakım verme konusunda kendilerine güven ve güçlük yaşama durumları, sıklıkla güçlük yaşamalarını etkileyen hastaların acile başvuru nedenleri, güçlük yaşamalarını etkileyen durumlar, güçlük yaşamalarını etkileyen nedenler, bakım verirken sıklıkla hissettikleri duygular, bakım verirken yaşadıkları düşünce ve davranışları, iş yükü algıları ve iş doyumu algıları, ruhsal sıkıntısı ile acil servise başvuran hastaların bakımının nerede yapılması gerektiği işle ilgili öz bildirime dayalı 12 maddeden oluşmaktadır.

Hemşirelerin ruhsal sıkıntıları nedeniyle acil servise başvuran hastalara bakım verirken güçlük yaşamalarını etkileyen nedenlerle ilgili ile sekiz ayrı soru oluşturulmuştur. Bu soruların her biri için, hemşirelerin güçlük yaşama nedenlerinin derecesini tanımlayan beş seçenek sunulmuştur. Bu seçenekler; “*Kesinlikle katılmıyorum 0*”, “*Katılmıyorum 1*”, “*Karasızım 2*” “*Katılıyorum 3*”, “*Kesinlikle katılıyorum 4*” şeklinde puanlanmıştır. Soru formunda alınabilecek en yüksek puan 32, en düşük puan 0’dır. Elde edilen toplam yüksek puan, hemşirelerin bu hastalara bakım verirken güçlük yaşadıkları şeklinde değerlendirilir (Ek 2).

3.6.3. Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formu

Ruh sağlığı triyaj yaklaşımı ve acil psikiyatrik bakım konusunda verilen eğitimin değerlendirilebilmesi için araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulmuştur. Öz bildirime dayalı olarak toplam 32 maddeden oluşan formda her bir doğru cevap 1 puan olup; soru formunda alınabilecek toplam en yüksek puan 32’dir. Elde edilen puana göre hemşireler, ruh sağlığı triyaj yaklaşımı ve acil psikiyatrik bakım konularında “*0-10 puan Yeterli Değil*”, “*11-21 puan Kısmen Yeterli*” ve “*22-32 puan Yeterli*” şeklinde değerlendirilir (Ek 3).

3.6.4. Ruh Sağlığı Triage Uygulama Becerisi Değerlendirme Soru Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda, acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntı ile başvuran hastaya doğru triyaj kodu belirleyebilme ve uygun müdahale etme

becerilerini değerlendirmek için oluşturulmuştur. Öz bildirime dayalı olarak 10 ayrı senaryodan oluşan formda, her bir soruda beş seçenek bulunmaktadır ve her bir doğru cevap 1 puan olup, soru formundan alınabilecek toplam en yüksek puan 10'dur. Elde edilen toplam yüksek puan, hemşirelerin ruh sağlığı triyajı uygulama konusunda becerilerinin yüksek düzeyde olduğu şeklinde değerlendirilir (Ek 4).

3.6.5. Acil Serviste Ruhsal Durum Değerlendirme Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemeye yönelik; acil servise ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hastaların triyajda bekleme süreleri, hastanede kalma süreleri, doğru triyaj kodunun verilmesi gibi verileri saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Form *hasta barkod yapıştırma alanı, hastanın geliş şekli, özgeçmişi, geliş şikâyeti, ruhsal durum değerlendirme boyutları, varsa kullandığı ilaçlar, triyaj kodu, başvuru nedenine* yönelik maddelerden oluşmaktadır. Bu formda yer alan hasta barkoduna bakılarak hasta protokol numarası ile; hasta özgeçmişi, hastanın acil servise tekrar başvurma sayısı, gerekirse başvuru sürecinde konsültasyon notu, hastanın kayıtlı telefon numarası gibi bilgiler araştırmacı tarafından acil servis bilgisayar kayıtlarından elde edilmiştir. Ayrıca Başhekimlik' ten yazılı izin alınarak hasta barkodunda yer alan hasta protokol numarası ile hastanın “*acil serviste kalma süresi*” ve “*triyajda bekleme süresi*” verileri hastane Bilgi İşlem Merkezi'nden elde edilmiştir (Ek 5).

3.6.6. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Formu

Acil servise ruhsal sıkıntıları ile başvuran hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumlarını belirlemek için araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulmuştur. Dokuz maddeden oluşan formda hastaların *yaş, cinsiyet, acil servise kendileriyle en çok ilgilenen sağlık çalışanı, hemşirelik hizmetinin yeterli olup olmadığı, hemşireler ile ilgili güçlük yaşama durumu, bu güçlüklerin nedenleri* ile ilgili sorular bulunmaktadır. Formda yer alan “*Acil servise başvurulduğunda yaşanan güçlüklerin nedenleri*”ni belirlemeye yönelik bir soru, sekiz alt sorudan oluşmuştur. Bu soruların her birinde “*Evet*”, “*Kısmen*”, “*Hayır*” seçenekleri mevcuttur. Buna göre 1.-6. Sorular doğru orantılı olup “*Evet* 2”, “*Kısmen*

1”, “Hayır 0” puanlandırılırken, 7. ve 8. Sorular ters yönlü olup “Evet 0”, “Kısmen 1”, “Hayır 2” şeklinde puanlandırılmıştır. Öz bildirime dayalı soru formundan alınabilecek en yüksek puan 16, en düşük puan 0’dır. Elde edilen toplam yüksek puan, hastaların hemşirelik hizmeti memnuniyet düzeyinin düşük olduğu şeklinde değerlendirilir (Ek 6).

3.6.7. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası (RSTS)

Ruh Sağlığı Triyaj Skalası, acil servise ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hastaların kısa sürede değerlendirme ve yönetiminde kullanılan, özellikle ruh sağlığı ve hastalıkları konularında uzman olmayan acil servis hemşirelerinin kullanabilmeleri için geliştirilen bir skaladır. İlk kez Avustralya’da Smart ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiştir (Smart vd., 1999).

Avustralya Birinci Ulusal Ruh Sağlığı (1992) planında, ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine dahil edilmesi ve toplum temelli modele geçiş yapılması kararı alındıktan sonra, ruhsal sıkıntısı olan hastalar genel hastanelerin acil servisine başvurmuşlardır (Smart vd., 1999). Acil servislerde psikiyatrik acil hasta sayısının artması sonucunda, hemşirelerin hastalara nasıl yaklaşılacağını bilememesi, korku ve kaygı hissetmeleri, fiziksel hastalığı olanlara öncelik vermeleri; hastaların öncelik sıralarının ertelenmesi ve hasta bekleme sürelerinin uzun olması hasta bakım kalitesini olumsuz etkilemiştir (Smart vd., 1999; Broadbent vd., 2004). Smart ve arkadaşları (1994), Tazmania Royal Hobart Hastanesi’nde yaşanan bu sorunların; hemşirelerin psikiyatrik sorunu olan hastalara yaklaşım konusunda bilgi ve becerilerinin yetersiz olması ve acil triyaj sisteminde bu hastalara yönelik tanımlamanın olmamasından kaynaklandığını saptamıştır (Smart vd., 1999). Hemşirelere eğitim vermek ve RSTS’ını geliştirmek amacıyla 1994-1998 yılları arasında yürütülen proje sonucunda RSTS uygulamasının acil servise başvuran hastaların bekleme ve nakil sürelerini azalttığı, hemşirelerin hasta tutumunu olumlu anlamda etkilediği saptanmıştır (Smart vd., 1999).

Tobin ve arkadaşları (1999), yaptıkları çalışmada bu RSTS’nın terminolojik dil içermesi, belli bir kültüre özgü olması nedeniyle genelleştirilemediği ve çalışanlar tarafından anlaşılamadığı düşüncesiyle Avustralya 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'nın yaygın bir alanda, etkin ve başarılı bir şekilde uygulanabilirliğini ve genellenebilirliğini göstermiştir (Tobin vd., 1999).

Daha sonra Broadbent ve arkadaşları (2002), Güneydoğu Sydney Bölgesi Sağlık Hizmeti tarafından oluşturulan bu RSTS'ı geliştirebilmek için Victoria Eyaleti'nde Barwon Health Acil Servisi'nde bir proje yürütmüştür. Bu proje sonunda acil serviste hasta bekleme süresinin kısaldığı, 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 (Broadbent vd., 2002). Broadbent ve arkadaşlarının geliştirdiği Güneydoğu Sydney Bölgesi Sağlık Hizmeti'nde RSTS'ı günümüzde Avustralya genelinde de kullanılmaktadır (Health Policy Priorities Principal Committee Australian Triage Process Review 2011; Mental health for emergency departments a reference guide 2009; Broadbent vd., 2010a). New South Wales (NSW) Sağlık Bakanlığı tarafından, ruh sağlığı yasası ve politikaları kapsamında acil psikiyatrik yaklaşımın temel ilkeleri, RSTS'nın özellikleri ve ruhsal sorunu olan hastalara yaklaşım ile ilgili bir rehber kitapçık yayınlamıştır (Mental health for emergency departments a reference guide 2015).

Güneydoğu Sydney Bölgesi Sağlık Hizmeti RSTS'ı ruhsal sorunları olan hastaları daha net bir şekilde tanımlamak, değerlendirmek ve sınıflandırmak için beş kategorili olarak geliştirilmiştir. Bunlar;

Kategori 1- Kendi ve/veya başkalarının hayatına yönelik belirgin tehlikenin olduğu durumlar (Anında-Hemen Müdahale)

Kategori 2- Kendine ve başkalarına yönelik tehlike riskinin olduğu durumlar (Çok Acil-10 dakika içinde)

Kategori 3- Kendine veya başkalarına yönelik tehlike olasılığının olduğu durumlar (Acil - 30 dakika içinde)

Kategori 4- Orta derecede sıkıntının olduğu durumlar (Yarı Acil - 60 dakika içinde)

Kategori 5- Kendine veya başkalarına yönelik tehlikenin olmadığı durumlar (Acil Değil - 120 dakika içinde) olarak tanımlanmıştır (Mental health for emergency departments a reference guide 2015).

Ruh sağlığı triyaj skalasının her bir kategorisinde; acil duruma yönelik hastaların “genel görünüm özellikleri (*gözlenen durum, raporlanan durum*)” ve “genel görünüme yönelik müdahale ilkeleri (*gözlem süresi, müdahale ilkeleri ve göz önünde bulundurulması gereken durumlar*)” belirtilmiştir. Bu özelliği ile skala, ruh sağlığı konusunda bilgi sahibi olmayan hemşirelerin uzman bilgisine ihtiyaç duymadan hasta değerlendirme, triyaj kodu ve gözlem seviyesini belirleme ve uygun müdahaleyi yapma konularında doğru karar almalarına ve uygulamalarına olanak sağlayan rehber özelliğindedir (Broadbent vd., 2004; Marynowski-Traczyk, & Broadbent, 2011; Broadbent vd., 2007; Broadbent vd., 2010b).

RSTS’nda başvuran hastaları değerlendirirken uygun kategoriye belirlemede “*saldırganlık riski, intihar riski, kendine ve başkalarına zarar verme riski, kaçma riski ve fiziksel sağlık sorunu riski*” göz önünde bulundurulması gereken temel faktörlerdir. Ruh sağlığı triyaj değerlendirmesi 2-5 dakika içerisinde yapılabilir (Mental health for emergency departments a reference guide 2015).

Avustralya Ruh Sağlığı Triage Skalası’nın triyaj uygulamaları içinde en fazla araştırma yapılan, hakemler arası güvenilirliği iyi olduğu ispatlanan ve en fazla önerilen skala olduğu belirtilmektedir (Sands, & Gerdts, 2008; Broadbent vd., 2010a; Health Policy Priorities Principal Committee Australian Triage Process Review 2011; Tanner vd., 2014).

Birçok çalışmada Avustralya Ruh Sağlığı Triage Skalası’nın ruhsal sıkıntı ile acil servise başvuran hastayı değerlendirme hassasiyetinin yüksek olduğu (Clarke vd., 2007; Downey, Zun, & Burke, 2015; Tanner vd., 2014; Broadbent vd., 2010a); acil serviste kalma süresi ve triyajda bekleme süresini kısalttığı (Smart vd., 1999; Wand, & White, 2007; Broadbent vd., 2002; Broadbent vd., 2010a); hastalara yönelik tutum ve davranışları olumlu etkilediği (Tobin vd., 1999; Wright vd., 2003; Botega vd., 2005); hasta memnuniyetini artırdığı (Broadbent vd., 2007); çalışanların kendilerine güven ve yetkinliğinin arttığı, diğer ruh sağlığı çalışanları ile ortak dil ve işbirliğinin geliştirdiği (Wand, & Happell, 2001 ; Wynaden vd., 2003; Huckson, & Davies, 2007); çıktılarının daha net ortaya çıktığı ve uygulama protokollerine uyumun daha kolay

olduğu (Downey vd., 2015) belirtilmektedir. Ayrıca Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası ile hastaların standart bakım alma imkanına sahip olmaları ve yapılan uygulamaların kayıt altına alınması, kanıta dayalı bakım verilmesini sağlamaktadır (Clarke vd., 2007; Tanner vd., 2014; Broadbent vd., 2007; Huckson, & Davies, 2007).

Bu çalışmada, Avustralya genelinde kullanılmakta olan Güney Doğu Sdney Bölgesi Sağlık Hizmeti (South Eastern Sydney Area Health Service-SESAHS) projesi ile geliştirilen (Broadbent vd., 2007) Ruh Sağlığı Triyaj Skalası kullanılmıştır (Ek 7).

3.6.8. Bilgilendirilmiş Onam Formları

Bilgilendirilmiş onam formları hemşire ve hasta grubu için ayrı düzenlenmiştir. Form çalışmanın ayrıntılı açıklamasını ve bireylerin haklarını içeren bölümlerden oluşmaktadır. Hemşire (Ek 8) ve hastalara (Ek 9) yapılan açıklama sonrasında sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

3.6.9. Ruh Sağlığı Triyajı Rehber Kitapçığı

“Acil Serviste Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Uygulaması” Rehber Kitapçığı acil serviste triyaj uygulaması yapan hemşirelerin zor durumda kaldıklarında kullanabilmeleri amacıyla 27 sayfadan oluşan yazılı ve görsel bir eğitim aracıdır (Ek 10). Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olan kitapçık; hastaların acil serviste sıklıkla başvuru nedenleri, gözönünde bulundurulması gereken olası durumlar, acil ruhsal durum değerlendirmesi, triyaj uygulaması, acil psikiyatrik durumlar ve yaklaşım ile ilgili kanıta dayalı güncel bilgileri içermektedir. Ayrıca içeriğinde, ruh sağlığı triyajı yaklaşımı işleyişi ve ruhsal sıkıntısı olan hastanın acil servis girişinden taburcu oluncaya kadar geçen süreç ile ilgili bir algoritma bulunmaktadır.

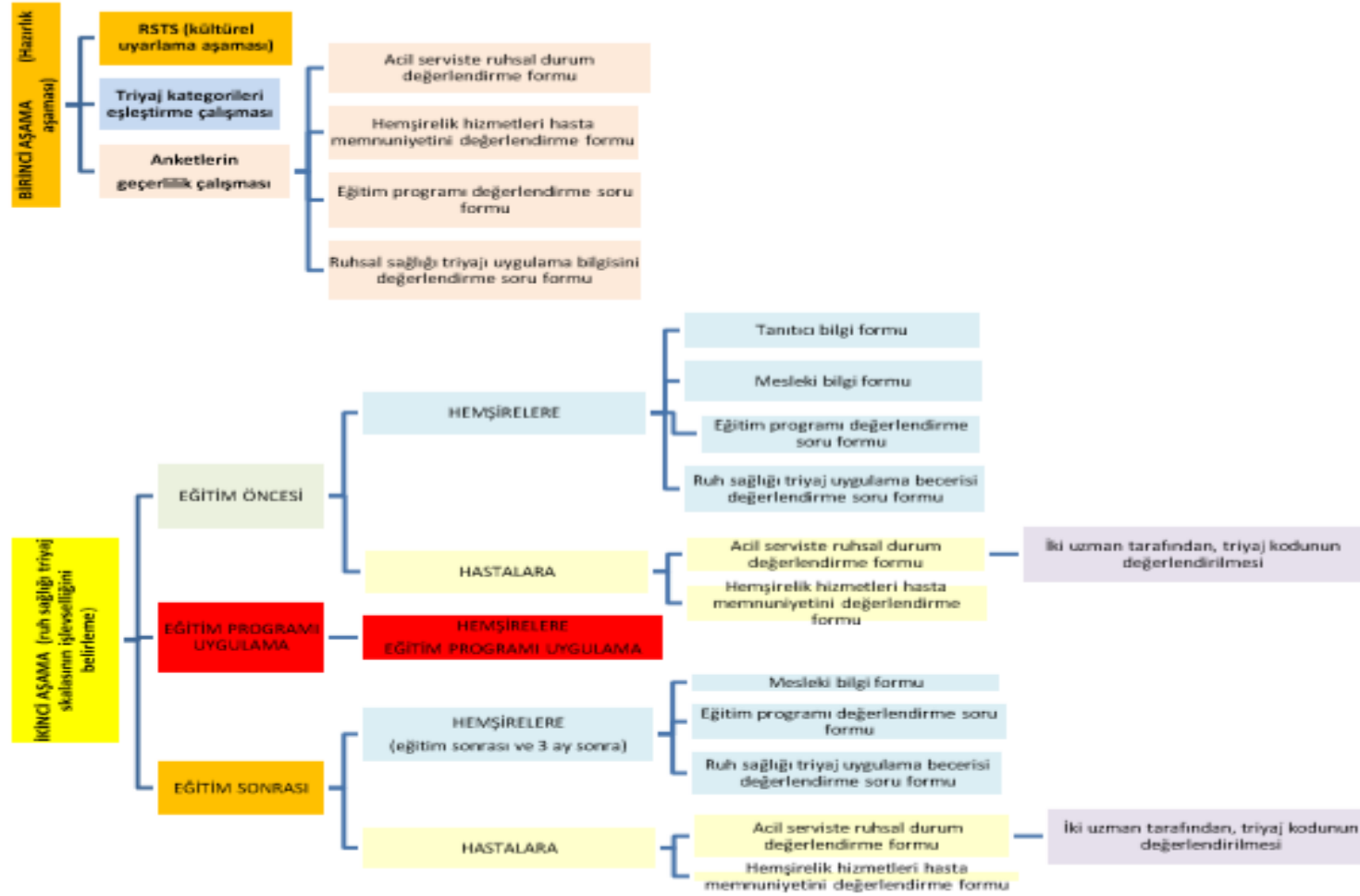
Kitapçık “*eğitim kitapçığı uzman değerlendirme formu*” (Ek 11) doğrultusunda; Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (4), Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (3), Acil Tıp Kliniği Öğretim Üyesi (2), Acil Servis Başhemşiresi (1)

toplam 10 ayrı uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman önerileri doğrultusunda değişiklikler yapılarak kitapçığa son şekli verilmiştir.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemek amacıyla nicel yöntem kullanarak yapılan bu araştırma, iki aşamada gerçekleştirilmiştir (Şekil 1). Araştırmanın birinci aşamasında; ruh sağlığı triyaj skalası kültürel uyarlama çalışması, “Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu” ve “RSTS kategorilerini eşleştirme” çalışması, hasta ve hemşirelere uygulanacak formların geçerlilik çalışması yapılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasında ise yarı-deneysel nitelikte olup, bu aşamada RSTS işlevselliğini belirlemeye yönelik eğitim öncesi, eğitim programı uygulama ve eğitim sonrası olmak üzere üç dönemde gerçekleştirilmiştir (Şekil 1). Ruh sağlığı triyaj uygulamasının geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları bu aşama da yapılmış olup hasta ve hemşirelere, öz bildirime dayalı olarak formlar uygulanmıştır.



Şekil 1. Araştırma Uygulama Planı

3.7.1. Araştırmanın Birinci Aşaması

3.7.1.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Kültürel Uyarlama Çalışması

Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalasının kültürel uyarlama çalışması amacıyla dil geçerliliği (İngilizce-Türkçe çeviri, kapsam geçerliliği) ve yüzey geçerliliği çalışması yapılmıştır.

3.7.1.1.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Dil Geçerliliği

Ruh sağlığı triyaj skalasının Türk toplumuna yönelik kültürel uyarlaması amacıyla ilk olarak İngilizce-Türkçe çevirisi, daha sonra kapsam geçerliliği yapılmıştır. İlk aşamada RSTS'ı İngilizce ve Türkçe'yi iyi bilen beş (5) kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra ölçeğin Türkçe çevirileri doğrultusunda en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan son hali, uzun yıllardan beri Türkiye'de yaşayan, her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan İngiliz uyruklu bir İngilizce öğretmeni tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çevirideki ifadeler, orijinal İngilizce ifadeler ile incelendikten sonra Türkçe çevirisi tekrar gözden geçirilmiş ve ölçek son şeklini almıştır.

Daha sonraki aşamada RSTS'ında bulunan ifadelerinin Türkçe karşılığının anlaşılabilir olması, hedef kitleye uygunluğu ve ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla uzman görüşleri arasındaki uyum/uyumsuzluk Lawshe tekniği belirlenmiştir. Lawshe tekniği kapsam geçerlilik oranlarını belirleme de kullanılan en yaygın tekniktir. Lawshe tekniğine göre kapsam geçerlik oran ve indekslerini belirlemek için şu yol izlenmiştir (Yurdugül, 2005):

Aday ölçek formunun hazırlanması: RSTS'ın her ifadesinin uzmanlar tarafından değerlendirilebilmesi için araştırmacı tarafından “Dil geçerlilik uzman değerlendirme formu” oluşturulmuştur (Ek 12).

Alanla ilgili uzman grubunun oluşturulması: “Dil geçerlilik uzman değerlendirme formu” değerlendirmeyi kabul eden uzmanlara elden ve/veya e-mail yoluyla ulaştırılmıştır. İlk değerlendirmede form, alanda yeterlilik sahibi olan Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (3), Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (4), Acil tıp Kliniği Öğretim Üyesi (1), Psikiyatri uzmanı (1), Acil Tıp Kliniği Uzmanı

(1) , Acil Servis Başhemşiresi (Doktora Öğretim Üyesi) (1) oluşan toplam 11 uzman görüşüne sunulmuştur.

Daha sonra uzman önerileri doğrultusunda form tekrar düzenlenmiş olup, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (4), Acil Tıp Kliniği Uzmanı (2), Acil Servis Başhemşiresi (Doktora Öğretim Üyesi) (1) oluşan toplam yedi uzman görüşüne sunulmuştur. Yurdagül (2005) tarafından, Lawshe tekniğinde, en az beş (5) en fazla ise 40 uzman görüşüne ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Bu bilgiye göre, istatistiksel olarak yeterli uzman sayısına ulaşılmıştır.

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi: Uzman değerlendirme formu aracılığıyla, uzmanların her bir aday ölçek maddesini, “*Katılıyorum*” (belirtilen özelliği net olarak ölçmeye aday bir madde) “*Kararsızım*” (madde konu kapsamında ama düzenlenmesi ya da değiştirilmesi gerekiyor) ve “*Katılmıyorum*” (madde belirtilen özelliği temsil etmiyor) şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşleri üç aylık bir süreçte tamamlanmıştır. Uzman değerlendirme formlarının tamamı geri döndükten sonra, madde madde uzman görüşleri tek bir formda birleştirilmiştir.

Kapsam geçerlilik oranlarının (KGO) elde edilmesi: Kapsam geçerlilik oranları, her bir madde için olumlu (gerekli) yanıt vermiş olan uzman sayılarının toplamının, toplam uzman sayısına oranının bir eksiği olarak iade edilir (Yurdugül, 2005; Alpar, 2012). Şu şekilde ifade edilmektedir: $KGO = [G/(N/2)] - 1$

Kapsam geçerlik ölçütü (KGÖ), maddenin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için geliştirilen bir ölçüttür. Bu ölçüt standart normal dağılım ilkelerinden yararlanılarak elde edilmektedir (Yurdugül, 2005; Alpar, 2012). Veneziano ve Hooper (1997) hesaplama kolaylığı açısından, $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde minimum Kapsam Geçerlik Ölçüt değerlerini bir tabloya dönüştürmüşlerdir (Tablo 3). Bu tabloda uzman sayısına göre minimum değerler, aynı zamanda maddenin istatistiksel anlamlılığını vermektedir (Akt. Yurdugül, 2005).

Buna göre dil geçerlilik uzman değerlendirme formundaki her bir madde için kapsam geçerlik oranları hesaplanmıştır. Yedi (7) uzmana göre $KGO_{min} = 0.99$ 'dur.

Ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indekslerinin (KGİ) elde edilmesi: Kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) $\alpha= 0,05$ düzeyinde anlamlı olan ve nihai forma alınacak maddelerin

toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilir (Yurdugül, 2005). RSTS'nın dil geçerlilik uzman değerlendirme formundaki her bir madde için KGO düzeyinde tüm maddelerin toplam KGO'larının ortalamaları alınarak KGİ hesaplanmıştır (Tablo 4).

$$KGİ = \Sigma KGO / Madde Sayısı$$

$$RSTS KGİ = 122.87 / 123 = 0.99$$

Tablo 3. Lawshe Kapsam Geçerlilik Ölçütleri için Minimum Değerler Tablosu

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	40+	0.29

“Kapsam geçerlik indeksi / Kapsam geçerlik ölçütü” ölçütlerine göre nihai formun oluşturulması: Ölçeğin $KGİ \geq KGÖ$ veya $KGİ / KGÖ \geq 0$ 'ı sağladığında kapsam (içerik) geçerliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır (Yurdugül, 2005; Alpar, 2012). Buna göre RSTS kapsam geçerliliği $0.99 \geq 0.99$ olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tablo 4'te RSTS'nın ifadelerinin kapsam geçerlik oranları belirtilmiştir.

Tablo 4. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası İfadelerinin Kapsam Geçerlik Oranları (N=7)

		Katılıyor (belirtilen özelliği net olarak ölçmeye aday bir madde)	Kararsızım (madde konu kapsamında ama düzenlenmesi ya da Katılmıyorum (madde belirtilen özelliği temsili etmiyor)	Kapsam geçerlik oranı (KGO)
1.	1 Ruh Sağlığı Triyaj Skalası	7		1
2.	3 Triyaj kodu	7		1
3.	5 Tedavi aciliyeti durumu	7		1
4.	7 Anında	7		1
5.	9 Tanım	7		1
6.	11 Kendi ve/veya başkalarının hayatına yönelik belirgin tehlike	7		1
7.	13 Doğrudan tehlikeli şiddet tehdidi içeren, ciddi davranış bozukluğu	6	1	0.99
8.	15 Genel görünüm	7		1
9.	17 Gözlenen	7		1
10.	19 Şiddet davranışı	7		1
11.	21 Silah bulundurma	7		1
12.	23 Acil Servis içinde kendisine zarar verme	7		1
13.	25 Aşırı ajitasyon ya da huzursuzluk	7		1
14.	27 Tuhaf(bizar)/ dezorganize davranış	7		1
15.	29 Raporlanan durum	7		1
16.	31 Kişinin karşı koyamadığı kendine ve başkalarına zarar vermesine yönlendiren sözel komutların olması (emir veren halüsinasyonlar)	7		1
17.	33 Yakın zamanda şiddet davranışının olması	7		1
18.	35 Genel müdahale ilkeleri	7		1
19.	37 Gözetim	7		1
20.	39 Sürekli gözlem veya birebir özel gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	7		1
21.	41 Müdahale	7		1
22.	43 Acil servisteki sağlık çalışanlarını hemen uyarın	7		1
23.	45 ruh sağlığı liyezon/ hizmetine haber verin	7		1
24.	47 Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlayın	7		1
25.	49 Tespit etmek/ engellemek için yeterli sayıda personel sağlayın	7		1
26.	51 Göz önünde bulundurun	7		1
27.	53 Personelin yada hastanın güvenliği tehlike de ise (hastane) güvenliğini ve/ veya polisini arayın	7		1
28.	55 Hastayı tutabilmek için birden fazla personele gereksinim olabilir.	7		1
29.	57 Birebir gözlem	7		1
30.	59 Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışları artırabilir.	7		1
31.	61 Çok Acil / 10 dakika içinde	7		1

32.	63 Kendine ve başkalarına yönelik tehlike riskinin olması ve/veya	7			1
33.	65 Hasta, acil serviste fiziksel olarak tespit edilmiştir. ve/veya	7			1
34.	67 ciddi davranış bozukluğunun olması	7			1
35.	69 Şiddet ya da saldırganlık	7			1
36.	71 Kendisine ve/veya başkalarına yönelik doğrudan tehdit	7			1
37.	73 Tespiti gereken veya gerektiren durum	7			1
38.	75 Şiddetli ajitasyon veya saldırganlık	7			1
39.	77 Aşırı ajitasyon/ huzursuzluk	7			1
40.	79 Fiziksel/sözel saldırganlık	7			1
41.	81 Konfüze (bilinç sislenmesi) / iş birliği yapamama	7			1
42.	83 Halüsinasyon/sanrı/şüpheli düşünce	7			1
43.	85 Tespit etme/kısıtlama gereksinimi	6		1	0.99
44.	87 Kaçma veya tedaviyi bekleyememe riskinin yüksek olması	7			1
45.	89 Kendine zarar verme girişimi/ kendine zarar verme tehdidi	7			1
46.	91 Başkalarına zarar verme tehdidi	7			1
47.	93 Güvenli bir şekilde bekleyememe	7			1
48.	95 Sürekli gözlem veya birebir özel gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	7			1
49.	103 Yatıştırıcı teknikleri kullanın (ağızdan tıbbi tedavi, sessiz bir alanda bekleme)	7			1
50.	107 Eğer yatıştırıcı teknikler yeterli gelmedi ise, 1. kategoriye göre tekrar triyaj yapın (yukarıya bakınız)	7			1
51.	109 Eğer gerekli ise hastaya sedasyon yapılınca kadar güvenlik ve eşdeğer bir görevliyi bulundurun	7			1
52.	113 Acil 30 dakika içinde	7			1
53.	115 Kendine veya başkalarına yönelik tehlike olasılığının olması	7			1
54.	117 Orta derecede davranış bozukluğu	7			1
55.	121 Çok sıkıntılı, kendine zarar verme riski	7			1
56.	123 Akut psikotik veya düşünce bozukluğu	7			1
57.	125 Durumsal kriz, kendine zarar vermeyi planlama	7			1
58.	127 Gergin (ajite) / içine kapalı olma	7			1
59.	129 Gerginlik /huzursuzluk	7			1
60.	131 İntusif (kontrol edilemeyen, tekrarlayıcı, zorlayıcı) davranış	7			1
61.	133 Konfüze (bilinç sislenmesi)	7			1
62.	135 Tedavi konusunda ambivalan (zıt duygulanım/ kararsız) olma	7			1
63.	137 Tedavi için bekleme olasılığının olmaması	7			1
64.	139 İntihar düşüncesi	7			1
65.	141 Durumsal krizler	7			1
66.	143 Psikotik semptomların olması	7			1
67.	145 Halüsinasyonlar	7			1
68.	147 Sanrılar	7			1
69.	149 Paranoid/ şüpheli düşünceler	7			1
70.	151 Düşünce bozukluğu	7			1
71.	153 Tuhaf (Bizar)/ ajite davranış	7			1
72.	155 Duygudurum bozukluğunun olması	7			1
73.	157 Ciddi depresyon belirtileri	7			1
74.	159 İçine kapanık/iletişim kurmama	7			1

75.	161 ve/veya anksiyeteli olma	7			1
76.	163Taşkın (eleve) veya gergin (irritable) ruh hali	7			1
77.	165 Yakın gözlem(Aşağıdaki tanıma bakınız)	7			1
78.	167 Destek personeli olmadan bekleme odasındaki hastanın yanından ayrılmayın	7			1
79.	173 Davranış bozukluğu vb. belirtilerde artma var ise yeniden triyaj yapın	7			1
80.	175 Huzursuzluk, İntrusif davranış, Ajitasyon, Saldırganlık, Sıkıntıda artma	7			1
81.	179 Yarı acil /60 dk içinde	7			1
82.	181 Orta derecede sıkıntı	7			1
83.	183 Yarı acil ruh sağlığı problemi	7			1
84.	185 Gözlem altında olması ve/veya kendine veya başkalarına yönelik acil riskli bir durum yok	7			1
85.	187 Ajitasyon /huzursuzluk yok	7			
86.	189 Saldırganlık olmaksızın sınırlı (irritabl) olma	7			1
87.	191İşbirlikçi	7			1
88.	193 Tutarlı geçmiş öykü verme	7			1
89.	195 Ruhsal bozukluk öyküsünün varlığı	6	1		0.99
90.	197 İntihar düşüncesi olmaksızın depresyon veya anksiyete belirtileri	7			1
91.	199 Beklemeye istekli	7			1
92.	201 Aralıklı gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	7			1
93.	211 Acil değil 120 dk içinde	7			1
94.	213Kendine veya başkalarına yönelik tehlike yok	7			1
95.	215 Akut sıkıntı yok	7			1
96.	217 Davranış bozukluğu yok	7			1
97.	219 Kronik semptomları bilinen hasta	7			1
98.	221 Sosyal krizler, klinik olarak iyi görünen hasta	7			1
99.	223 İşbirliği yapma	7			1
100	225 İletişime açık ve geliştirilen müdahale planını uygulayabilme	7			1
101	227 Endişelerini tartışabilme	7			1
102	229 Önerilere uyum sağlama	7			1
103	231 Kronik psikotik semptomlarının olduğu bilinen hasta	7			1
104	233 Önceden var olan, akut olmayan ruhsal bozukluk	7			1
105	235 Açıklanamayan, kronik somatik semptomlarının olduğu bilinen hasta	7			1
106	237 İlaçla tedavi olmayı isteme	7			1
107	239 İlaç tedavisinin önemsiz düzeyde istenmeyen yan etkisi	7			1
108	241 Ekonomik/ sosyal/ konaklama/ ilişkisel sorunların olması	7			1
109	243 Rutin gözlem(Aşağıdaki tanıma bakınız)	7			1
110	247 Eğer bilinen bir hasta ise, toplum ruh sağlığı hizmetlerine sevk edin	7			1
111	249 Sosyal sorunları için uygun sosyal çalışmacıya/hizmetlere sevk edin	7			1
112	251 Aile hekimine sevk edin	6	1		0.99
113	253 Devlet organizasyonu olmayan toplumsal destek ağlarını (sivil toplum kuruluşları vb.) harekete geçirin	7			1
114	255 Gözetim/ Gözlem düzeyleri (yukarıdaki ruh sağlığı triyaj skalası ile kullanmak içindir)	7			1

115	257 Not: Bu tanımlar hastanenizde farklılık gösterebilir.	7			1
116	259 Burada kullanılan tanımlar yukarıda ölçekte kullanılan gözlem seviyelerini açıklamak içindir.	7			1
117	261 Yerel kanun ve protokolleri kontrol edin	7			1
118	263 Birebir 'Özel' gözlem: Hasta daima kendisine tahsis edilmiş olan bir personelin fiziksel olarak yakınında, sürekli gözlem altındadır.	7			1
119	265 Personel hastaya birebir bakım verirken diğer hastaların bakımından sorumlu tutulmaz.	7			1
120	267 Sürekli gözlem: Hasta, her zaman doğrudan gözlem altındadır.	7			1
121	269 Yakın gözlem: Hastanın en fazla 10 dakika aralıklarla düzenli olarak gözlenmesidir.	7			1
122	271 Aralıklı gözlem: Hastanın en fazla 30 dakika aralıklarla düzenli olarak gözlenmesidir.	7			1
123	273 Rutin gözlem: Hastanın en fazla bir saat aralıklarla düzenli olarak gözlenmesidir.	7			1
$\alpha = 0.05$ $N=7$ $KGO = [G/(N/2)]-1$ $KGO_{min} = 0,99$		$KGİ = \Sigma KGO / \text{Madde Sayısı}$ $KGİ: 122,87/ 123= 0,996$ $KGİ \geq KGÖ$ $0,99 \geq 0,99$ istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.			

3.7.1.1.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Yüzey Geçerliliği

Yüzey geçerliliği, bir ölçeğin araştırılan yapıyı ölçüp, ölçmediğine ilişkin olarak araştırmacının kendisinin, yakın çevresindeki arkadaşlarının, araştırılan konu hakkında uzman olmayan ve pilot çalışmaya katılan diğer kişilerin görüşlerinin alınmasıdır (Şencan, 2005). Yüzey geçerliliğinde, ifadelerin amaç uygunluğunun sağlanması ve ifadelerin hedef grubun eğitim, kültür ve bilgi düzeyini zorlamaması hedeflenir. Buna göre ölçeğin okunurluk, terimlerin anlaşılabilirlik ve cümlelerin uzunluk analizi yapılır. İstatistik bir değerlendirme yapılamaz (Şencan, 2005). Yüzey geçerliliği çalışması için, İzmir ili'nde araştırma örnekleme dışında kalan üç ayrı hastanenin (iki eğitim ve araştırma hastanesi ve bir üniversite hastanesi) acil servisinde çalışan toplam 20 sağlık çalışanı (hemşire, acil tıp teknikeri) ile görüşülmüştür. Araştırmacı tarafından hazırlanan form (Ek 13) ile sağlık çalışanlarının RSTS' nin her bir ifadesini; basit, anlaşılabilirlik, uygun kelime seçimi, anlamda açıklık ve netlik, aynı anlama gelen gereksiz kelimelerin kullanımından kaçınma, doğru ifadelerin kullanılması gibi ölçütlere göre 1-10 puan arasında değerlendirmeleri ve anlaşılır

bulmadıkları ifadelerle ilgili öneride bulunmaları istenmiştir. Bu öneriler dikkate alınarak skalaya son şekli verilmiştir.

3.7.1.2.Triyaj Kategorilerini Eşleştirme Çalışması

“Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu” ve “Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası” kategorileri eşleştirme çalışması yapılmıştır.

Araştırma kapsamında hemşirelerin ruhsal sorunları nedeniyle acil servise başvuran hastalara triyaj kategorisi vermeleri gerekmektedir. Ruh sağlığı triyaj skalası ile ilgili eğitim almayan hemşireler, eğitim öncesi dönemde triyaj kategorisini “*Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu (SBRKTUT)*”na göre; eğitim sonrasında ise ruh sağlığı triyaj kategorisine göre belirlemişlerdir. Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrasında verdikleri triyaj kategorisinin RSTS’göre doğru olup olmadığını karşılaştırmak için, öncesinde SBRKTUT ile RSTS kategorileri eşleştirme çalışması yapılmıştır. Eşleştirme çalışması “*Triyaj kategorilerini eşleştirme formu*” (Ek 14) kullanılarak yapılmıştır. Bu formda SBRKTUT’un her bir kategorisinin tanımları ve ruh sağlığı ilgili başvuru göstergeleri, RSTS’nin her bir kategorisinin tanımları ve ruh sağlığı ilgili başvuru göstergeleri yer almıştır. Uzmanlardan bu skalalardaki her bir kategoriye ve tanımı içerik açısından eşleştirmeleri istenmiştir. Bunun için bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, bir Üniversite Hastanesi ve üç Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (5), Acil Tıp Kliniği Öğretim Üyesi (4), Psikiyatri uzmanı (18), Acil Tıp Kliniği Uzmanı (12), Acil Servis Başhemşiresi (*Doktora Öğretim Üyesi*) (1) toplam 40 (Erdoğan vd., 2014) ayrı uzman görüşü alınmıştır.

Uzman görüşleri doğrultusunda yapılan eşleştirme tablosu aşağıda belirtilmiştir (Tablo 5). Buna göre;

RSTS Kategori 1: SBRKTUT’un % 70 Kırmızı 1(K1) Kategorisi ve %30 Kırmızı 2 (K2) Kategorisine,,

RSTS Kategori 2: SBRKTUT’un % 10 Kırmızı 1 Kategorisi, % 85 Kırmızı 2 Kategorisi ve % 5 Sarı 1(S1) Kategorisine,

RSTS Kategori 3: SBRKTUT’un % 27,5 Kırmızı 1 Kategorisi ve % 72,5 Sarı 1 Kategorisine,

RSTS Kategori 4: SBRKTUT'un % 80 Sarı 2 Kategorisi (S2) ve % 20 Yeşil (Y) Kategorisine,

RSTS Kategori 5: SBRKTUT'un % 12,5 Sarı 2 Kategorisi ve % 87,5 Yeşil Kategorisine, eş olduğu saptanmıştır.

RSTS ile SBRKTUT'a değerlendirmelerine göre elde edilen sonuçların dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Bu iki yöntem arasındaki uyumun anlamlılığını değerlendirmek için Cohen Kappa testi kullanılmıştır. Buna göre Cohen Kappa skoru 0,738 olarak bulunmuş ve iki triyaj skalası alt kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve iyi düzeyde bir uyum olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Buna göre eğitim öncesi dönemde hemşirelerin SBRKTUT 'a göre verdikleri triyaj kategorileri düzeylerinin RSTS kategorilerine denk geldiği, eğitim öncesi ve sonrası triyaj kategorilerinin RSTS'na göre karşılaştırılabileceği saptanmıştır.

Tablo 5. Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triage Uygulama Tablosu ile Ruh Sağlığı Triage Skalası Kategorilerini Eşleştirme Tablosu

Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu								
			K1	K2	S1	S2	Y	Toplam (Yüzde)
Ruh Sağlığı Triyaj Skalası	Kategori 1	n	28	12	0	0	0	40
		%	70,0	30,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	Kategori 2	n	4	34	2	0	0	40
		%	10,0	85,0	5,0	0,0	0,0	100,0
	Kategori 3	n	0	11	29	0	0	40
		%	0,0	27,5	72,5	0,0	0,0	100,0
	Kategori 4	n	0	0	0	32	8	40
		%	0,0	0,0	0,0	80,0	20,0	100,0
	Kategori 5	n	0	0	0	5	35	40
		%	0,0	0,0	0,0	12,5	87,5	100,0
	Toplam	n	32	57	31	37	43	200
		%	16,0	28,5	15,5	18,5	21,5	100,0
Kappa değeri=0,738					p= 0,000*			

Uzmanlardan eşleştirme çalışması ile ilgili görüş ve önerilerini belirtmeleri istendiğinde şu şekilde belirtilmiştir;

“Kırmızı1 ve Kırmızı2 kategorileri birleştirilebilir”

“Acil gereksinimi olan hastaya ilk 10 dakikada müdahale edilebilir”

“Kırmızı alan, anında veya ilk 10 dakika gibi ayırt edilemez”

“Kırmızı 1 ve 2 arasında fark yok”

“Ruhsal sıkıntısı olan hastalar sadece sarı kategoride yer alabilirler. Öncelik fiziksel hastalığı olanlarıdır. Ruhsal sıkıntısı olan hastalar öyle yada böyle bekletilirler.”

“Psikiyatri hastası yeşil alan kodu almamalı”

“Psikiyatri de sarı alan yoktur. Ya kırmızıdır yada yeşil”

“RSTS’ni SBRKTUT’e göre eşleştirmek yetersiz kalıyor. Kırmızı kategori güvenlik gereksinimi olan bir alandır. Sağlık bakım hizmeti öncesi güvenlik müdahale etmelidir. Ruhsal bozukluğu olan hastalar kırmızı kategori de yer almayabilirler.”

“Hasta triyaj kodu, yakınının olup olmamasına göre değişir”

Ruh sağlığı triyajı konusunda uzmanların farklı görüşlerinin olduğu görülmektedir. Uzmanların ruhsal bozukluğu olan hastalarla ilgili bilgi birikiminin, düşünce ve yargılarının bu durumu etkileyebileceği düşünülmektedir. Acil psikiyatrik hastaya yaklaşım konusunda ortak bir bakış açısı oluşturabilmek amacıyla da ruh sağlığı triyajı konusunda, uzmanlara (acil klinik ve psikiyatri alanında çalışanlara) yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.

3.7.1.3.Araştırmada Kullanılan Formların Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği (Ercan, & Kan, 2004). Araştırma sürecinde araştırmacı tarafından geliştirilen kullanılan formların kapsam geçerliği indeksi Davis tekniği ile saptanmıştır. Waltz ve Bausel (1981) tarafından geliştirilen indekste, ölçek maddelerinin her biri 1-4 puan arasında değerlendirilir (Akt. Erdoğan, Nahcivan, & Esin, 2014). Puan değerleri şu şekildedir:

1 puan Uygun değil

2 puan Sorunun uygun şekle getirilmesi gerekir

3 puan Uygun ancak küçük değişiklik gerekir

4 puan Çok uygun

şeklindedir. Araştırmacı her uzmanın her madde için verdiği puanları değerlendirerek, 1 ve 2 puan alan maddeleri çıkartır yada yeniden düzenler. Eğer uzmanlar maddelerin % 80'nini 3 ile 4 puan arasında değerlendirirlerse, KGI skoru 0,80 olarak belirlenir. Ölçeğin kapsam geçerliliği vardır diyebilmek için skorun 0,80 ve üzerinde olması gerekir (Erdoğan vd., 2014). Çalışmada kapsam geçerliliği yapılan formlar şunlardır:

- Acil serviste ruhsal durum değerlendirme formu
- Hemşirelik hizmetleri hasta memnuniyetini değerlendirme formu
- Eğitim programı değerlendirme soru formu
- Ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisi değerlendirme soru formu

3.7.1.3.1. Acil Serviste Ruhsal Durum Değerlendirme Formunun Geçerliliği

Acil serviste ruhsal durum değerlendirme formu, RSTS' nin etkinliğini belirlemeye yönelik; acil servise ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hastaların hasta triyajda bekleme süresi, tedavi ve bakım için acilde kalma süresi, toplam acil serviste kalma süresi ve doğru triyaj kodunun verilmesi gibi verileri sağlayabilmek amacıyla geliştirilmiştir.

Kapsam geçerliliği kapsamında uzman görüşüne sunulmak üzere araştırmacı tarafından “*Acil serviste ruhsal durum değerlendirme geçerlilik formu*” (Ek 15) oluşturulmuştur. Bu form ilk olarak, alanda yeterlilik sahibi olan sekiz uzmana (*Psikiyatri Uzmanı, Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi, Acil Tıp Hekimi Öğretim Üyesi, Acil Servis Hemşiresi (Doktora)*) e-mail yoluyla sunulmuş, altı uzman (*Acil Servis Hemşiresi (Doktora), Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi ve Acil Tıp Hekimi Öğretim Üyesi*) değerlendirme yapmayı kabul etmiştir. Değerlendirme formu aracılığıyla uzmanlardan, her bir ölçek maddesinin ifade şekli ve içeriği açısından amaca ne derece hizmet ettiğini değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşü değerlendirmesinde ölçeğin KGI'nin 0,80'in altında olduğu saptanmıştır. Bu nedenle geribildirimler doğrultusunda formdaki maddeler tekrar gözden geçirilmiş ve bazı ifadeler değiştirilmiştir.

Uzmanların önerileri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra form tekrar, değerlendirmeyi kabul eden beş uzmanın (*Acil Servis Hemşiresi (Doktora), Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi ve Acil Tıp Hekimi Öğretim Üyesi*) görüşüne sunulmuştur. Uzman değerlendirmesi sonrasında kapsam geçerliliği indeksine göre,

formun KGI'nin 0,80 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Tablo 6'de “*Acil serviste ruhsal durum değerlendirme formu*” maddelerine göre KGI değerleri belirtilmiştir.

Tablo 6. Acil Serviste Ruhsal Durum Değerlendirme Formunun Maddelerine göre KGI Değerleri (N=5)

Form maddeleri	n (3 puan) <i>Uygun ancak küçük değişiklik gerekir</i>	n (4 puan) <i>Çok uygun şeklindedir</i>	KGI skoru	KGI değeri ($KGI \geq 0,80$)
1. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
2. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
3. Madde	1	4	0,80	$0,80 \geq 0,80$
4. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
5. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$

3.7.1.3.2. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Formunun Geçerliliği

“*Hemşirelik hizmetleri hasta memnuniyetini değerlendirme formu*” hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumlarını değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Kapsam geçerliliği kapsamında uzman görüşüne sunulmak üzere araştırmacı tarafından “*Hemşirelik hizmetleri hasta memnuniyetini değerlendirme geçerlilik formu*” (Ek 16) oluşturulmuştur. Bu form ilk olarak, alanda yeterlilik sahibi olan sekiz uzmana e-mail yoluyla sunulmuş, altı uzman (*Acil Servis Hemşiresi (Doktora)*, *Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi*) değerlendirme yapmayı kabul etmiştir. Değerlendirme formu aracılığıyla uzmanlardan, her bir ölçek maddesinin ifade şekli ve içeriği açısından amaca ne derece hizmet ettiğini değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşü değerlendirmesinde ölçeğin KGI'nin 0,80'in altında olduğu saptanmıştır. Bu nedenle geribildirimler doğrultusunda formdaki maddeler tekrar gözden geçirilmiş ve bazı ifadeler değiştirilmiştir. Daha sonra form tekrar, değerlendirmeyi kabul eden beş uzmanın (*Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi*) görüşüne sunulmuştur.

Uzman değerlendirmesi sonrasında kapsam geçerliği indeksine göre, formun KGI’nin 0,80 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Tablo 7’de “*Hemşirelik hizmetleri hasta memnuniyetini değerlendirme formu*” maddelerine göre KGI değerleri belirtilmiştir.

Tablo 7. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Formunun Maddelerine göre KGI Değerleri (N=5)

Form maddeleri	3 puan <i>Uygun ancak küçük değişiklik gerekir</i>	4 puan <i>ok uygun şeklindir</i>	KGI skoru	KGI değeri ($KGI \geq 0,80$)
1. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
2. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
3. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
4. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
5. Madde	1	4	0,80	$0,80 \geq 0,80$
6. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
7. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
8. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
9. Madde	1	4	0,80	$0,80 \geq 0,80$

3.7.1.3.3. Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formunun Geçerliği

Ruh sağlığı triyaj yaklaşımı ve acil psikiyatrik bakım konusunda verilen eğitimin değerlendirilebilmesi amacıyla 32 maddeden oluşan form, araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulmuştur. Kapsam geçerliliği kapsamında uzman görüşüne sunulmak üzere araştırmacı tarafından “*Eğitim programı değerlendirme geçerlilik formu* (Ek 17) oluşturulmuştur. Bu form ilk olarak, alanda yeterlilik sahibi olan altı uzmana (*Psikiyatri Hemşireliği ğretim yesi*) e-mail yoluyla sunulmuştur. Değerlendirme formu aracılığıyla uzmanlardan, her bir ölçek maddesinin ifade şekli ve içeriği açısından amaca ne derece hizmet ettiğini değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşü değerlendirmesinde ölçeğin KGI’nin 0,80’in altında olduğu saptanmıştır. Bu nedenle geribildirimler doğrultusunda formdaki maddeler tekrar gözden geçirilmiş ve

bazı ifadeler değiştirilmiştir. Daha sonra form tekrar, değerlendirmeyi kabul eden beş uzmanın (*Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi*) görüşüne sunulmuştur. Uzman değerlendirmesi sonrasında kapsam geçerliği indeksine göre, formun KGI'nin 0,80 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Tablo 8'da “Eğitim programı değerlendirme soru formu” maddelerine göre KGI değerleri belirtilmiştir.

Tablo 8. Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formunun Maddelerine göre KGI Değerleri (N=5)

Form maddeleri	3 puan <i>Uygun ancak küçük değişiklik gerekir</i>	4 puan <i>Çok uygun şeklindedir</i>	KGI skoru	KGI değeri ($KGI \geq 0,80$)
1. Madde		5		$1 \geq 0,80$
2. Madde		5		$1 \geq 0,80$
3. Madde		5		$1 \geq 0,80$
4. Madde	1	4		$0,80 \geq 0,80$
5. Madde	1	4		$0,80 \geq 0,80$
6. Madde		5		$1 \geq 0,80$
7. Madde	1	4		$0,80 \geq 0,80$
8. Madde		5		$1 \geq 0,80$
9. Madde		5		$1 \geq 0,80$
10. Madde		5		$1 \geq 0,80$
11. Madde		5		$1 \geq 0,80$
12. Madde		5		$1 \geq 0,80$
13. Madde		5		$1 \geq 0,80$
14. Madde		5		$1 \geq 0,80$
15. Madde		5		$1 \geq 0,80$
16. Madde	1	4		$0,80 \geq 0,80$
17. Madde		5		$1 \geq 0,80$
18. Madde		5		$1 \geq 0,80$
19. Madde		5		$1 \geq 0,80$
20. Madde		5		$1 \geq 0,80$
21. Madde		5		$1 \geq 0,80$

22. Madde		5		$1 \geq 0,80$
23. Madde		5		$1 \geq 0,80$
24. Madde	1	4		$0,80 \geq 0,80$
25. Madde		5		$1 \geq 0,80$
26. Madde	1	4		$0,80 \geq 0,80$
27. Madde		5		$1 \geq 0,80$
28. Madde	1	4		$0,80 \geq 0,80$
29. Madde		5		$1 \geq 0,80$
30. Madde		5		$1 \geq 0,80$
31. Madde		5		$1 \geq 0,80$
32. Madde	1	4		$0,80 \geq 0,80$

3.7.1.3.4. Ruh Sağlığı Triyaj Uygulama Bilgisi Değerlendirme Soru Formunun Geçerliliği

Araştırma kapsamında olan acil servis hemşirelerinin ruh sağlığı triyajı uygulama, doğru triyaj kodu belirleyebilme ve hastayı yönetebilme konusunda bilgi düzeylerini değerlendirmek için hazırlanan, 10 ayrı senaryodan oluşan “*Ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisi değerlendirme soru formu*” literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Kapsam geçerliliği kapsamında uzman görüşüne sunulmak üzere araştırmacı tarafından “*Ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisi değerlendirme geçerliliği formu*” (Ek 18) oluşturulmuştur. Bu form ilk olarak, alanda yeterlilik sahibi olan dokuz uzmana (*Psikiyatri Tıp Öğretim Üyesi, Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi, Acil Tıp Hekimi Öğretim Üyesi, Psikiyatri Uzmanı, Acil Servis Hemşiresi (Doktora)*) e-mail yoluyla sunulmuştur. Değerlendirme formu aracılığıyla uzmanlardan, her bir ölçek maddesinin ifade şekli ve içeriği açısından amaca ne derece hizmet ettiğini değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşü değerlendirmesinde ölçeğin KGI’nin 0, 80’in altında olduğu saptanmıştır. Bu nedenle geribildirimler doğrultusunda formdaki maddeler tekrar gözden geçirilmiş ve bazı ifadeler değiştirilmiştir.

Daha sonra form tekrar, değerlendirmeyi kabul eden beş uzmanın (*Psikiyatri Tıp Öğretim Üyesi, Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi, Acil Servis Hemşiresi (Doktora)*)

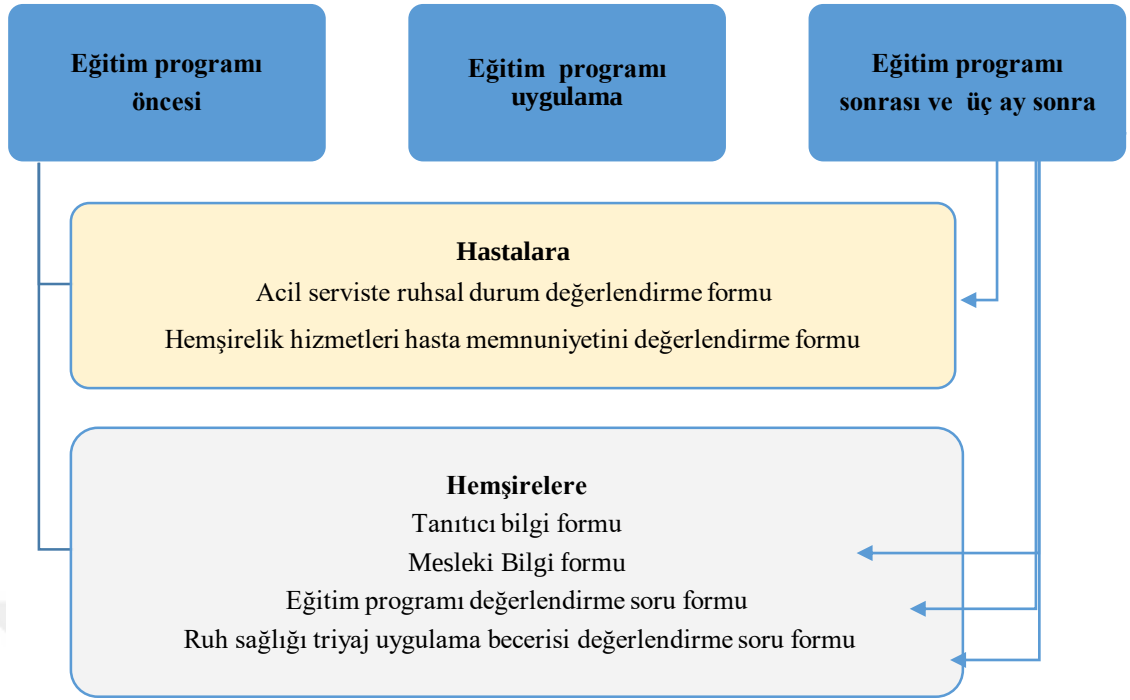
görüşüne sunulmuştur. Uzman değerlendirmesi sonrasında kapsam geçerliği indeksine göre, formun KGI'nin 0,80 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Tablo 9'da “*Ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisi değerlendirme soru formu*” maddelerine göre KGI değerleri belirtilmiştir.

Tablo 9. Ruh Sağlığı Triage Uygulama Bilgisi Değerlendirme Soru Formunun Maddelerine göre KGI Değerleri (N=5)

Form maddeleri	3 puan <i>Uygun ancak küçük değişiklik gerekir</i>	4 puan <i>Çok uygun şeklidir</i>	KGI skoru	KGI değeri ($KGI \geq 0,80$)
1. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
2. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
3. Madde	1	4	0,80	$0,80 \geq 0,80$
4. Madde	1	4	1	$1 \geq 0,80$
5. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
6. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
7. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$
8. Madde	1	4	0,80	$0,80 \geq 0,80$
9. Madde	1	4	0,80	$0,80 \geq 0,80$
10. Madde		5	1	$1 \geq 0,80$

3.7.2. Araştırmanın İkinci Aşaması

Araştırmanın bu aşaması eğitim öncesi, eğitim programı uygulama ve eğitim sonrası olmak üzere üç dönemde gerçekleştirilmiştir (Şekil 1). Bu aşamalarda kullanılan hasta ve hemşirelere yönelik uygulanan formlar Şekil 2’te belirtilmiştir. Bu aşamalarda yapılan uygulamalar şunlardır:



Şekil 2. Araştırma sürecinde ilgili formları uygulama zamanları

3.7.2.1. Eğitim Öncesi Dönemde Yapılan Uygulamalar

Eğitim öncesi süreçte hemşirelere ve hastalara yönelik yapılan uygulamalar şunlardır:

Hemşirelere;

- İlk hafta acil servis kliniğindeki tüm hemşirelere araştırma ile ilgili bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve gönüllü onam formunu onaylayan hemşirelere “*Tanımlayıcı bilgi formu*” ve “*Mesleki bilgi formu*” uygulanmıştır. Form doldurma süresi yaklaşık 10 dakikadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 40 hemşire öz bildirimine dayalı olarak formları doldurmuştur.
- Eğitim programı hemen öncesinde çalışma örneklemine dâhil hemşirelere “*Eğitim programı değerlendirme formu*” ve “*Ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisi değerlendirme formu*” uygulanmıştır. Form doldurma süresi yaklaşık 20 dakikadır. Eğitim programına katılan 31 hemşire öz bildirimine dayalı olarak formları doldurmuştur.

Hastalara;

- Acil servise ruhsal sıkıntısı nedeniyle başvuran hastalar, triyaj hemşiresi tarafından karşılanmaktadır. Triage hemşiresi, hastayı değerlendirdikten sonra elde ettiği verileri “*Acil serviste ruhsal durum değerlendirme formu*” na kaydetmiş ve triyaj

kodu belirtmiştir. Daha sonra hastalar triyaj kodu veya aciliyet durumuna göre, uygun bir süre triyaj bekleme alanında bekletilip, takip ve tedavi için ilgili birime (*hızlı bakı, psikiyatrik görüşme odası, bakı, monitörlü birim gibi*) yönlendirilmiştir (Ek 20, Ek 21). Hastanın tedavi ve bakımı yönlendirildiği ilgili birimdeki hemşire tarafından yürütülmüştür. Bu süreçte 200 hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

- Acil servise ruhsal sıkıntıları ile başvuran hastaların hemşirelik hizmeti memnuniyetini değerlendirmek için, sorulara doğru cevap verebilecek düzeyde bilişsel ve duygusal yetilere sahip olan, 104 hasta ile telefon görüşmesi yapılmış ve “*Hemşirelik hizmetleri hasta memnuniyeti değerlendirme formu*” uygulanmıştır. Hastaların telefon numaraları hastane kayıtlarından ve/veya hastaların kendilerinden elde edilmiştir. Bu hastaların sadece 40’i araştırma grubuna dâhil olan triyaj alanında karşılanan hastalardır. Hastaların acil servis stresörlerinden uzaklaşmaları ve sorulara duygusal yanıt vermelerini en aza indirmek için, telefon görüşmeleri acil servise başvurudan yaklaşık iki hafta sonra yapılmıştır. Ayrıca daha duygusal yaklaşıyor olmaları nedeniyle ve araştırmanın güvenilirliğini etkilememek için hasta yakınları görüşmeye dahil edilmemiştir. Telefon görüşmelerinde önce araştırmacı kendisini tanıtmış, araştırma hakkında bilgi vermiştir. Hasta araştırmaya katılmayı kabul etmiş ise sözel onam almıştır. Daha sonra sorular araştırmacı tarafından yüksek sesle ve gerekirse birkaç kez okunmuştur. Özellikle katılımcıların kapalı uçlu sorulara kısa ve net cevap vermeleri sağlanmıştır (Erdoğan vd., 2014). Yapılan telefon görüşmelerinde hasta ve hasta yakınları da kendilerini ifade etme imkânı bulmuşlardır. Bu durumun hasta ve yakınları açısından rahatlatıcı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca araştırmacı telefon görüşmelerini kişisel telefon numarası ile yapmış ve olası hiç bir sorun yaşamamıştır. “*Keşke özel hat kullansaydın, psikiyatri hastası seni rahatsız eder, peşini bırakmaz*” gibi söylemlerin gerçek olmadığı ve bu düşüncelerin damgalayıcı olduğu görülmektedir.
- Bu aşamada ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin değerlendirme yapılmıştır.

3.7.2.2. Eğitim Programı Uygulama

Hemşirelere yönelik hazırlanan ruhsal bozukluklar, ruhsal bozukluklara yaklaşım, acil durumda müdahale, ruh sağlığı triyajı değerlendirme ve uygulama gibi konular

kapsamında 13 konu başlığını içeren eğitim programı, toplam sekiz (8) ayrı oturumda tamamlanmıştır. Her bir oturum iki saattir ve iki konu başlığı ele alınmıştır. Son oturumda tek bir konu ele alınmış ve eğitim süreci değerlendirilmiştir. Eğitim programı yaklaşık 18 saatte tamamlanmıştır. Kanada Psikiyatri Birliği Acil Psikiyatri Eğitim Programının yaklaşık 20 saatlik bir programla verilebileceğini belirtmektedir (Lofchy, Boyles, & Delwo, 2013). Eğitim öncesi hazırlık aşamasında, Hastane Hizmetleri Müdürlüğü'nden, Acil Tıp Kliniği Anabilim Dalı Başkanı'ndan ve Acil Kliniği Başhemşiresi'nden sözel izin alınmıştır. Eğitimden bir hafta önce Acil Servis Başhemşire'sinin onayı ile çalışanların nöbet listesine göre uygun eğitim günleri belirlenmiş; eğitim grupları, eğitim saati ve tarihi çalışanlara whatsapp aracılığı ile duyurulmuş ve acil servisin beş ayrı alanına eğitim ile ilgili afiş (Ek 19) asılmıştır. Hemşireler çalışma programına göre boş olan bir hafta sonu (*Cumartesi-Pazar*) eğitime katılmıştır.

Eğitim programı, araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Araştırmacı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde beş (4,5) yıl, Nöroloji Yoğun Bakım'da dört (4) yıl, Kapalı Psikiyatri Kliniği'nde üç (3) yıl olmak üzere toplam 11,5 yıl klinik hemşiresi deneyimine ve Nöroloji Kliniği'nde üç buçuk (3,5) yıl klinik sorumlu hemşiresi deneyimine sahiptir. Bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde altı (6) yıldır öğretim elemanı olarak çalışmaya devam etmektedir. Araştırmacının daha önce klinik deneyiminin olmasının, eğitim öncesi ve eğitim sonrası süreçte triyajda aktif olarak çalışmasının ve çalışanlarla iyi ilişkiler içerisinde olmasının acil hemşirelerinin eğitim sürecine katılımını olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Eğitim programı içeriği

Smart ve arkadaşlarının (1999), RSTS geliştirmek için yürüttükleri 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 kitapçığı oluşturulmuştur (Smart vd., 1999).

Çalışmada da eğitim programı kapsamında “acil serviste iletişim, acil başvuruda ruhsal durum değerlendirmesi, ruhsal sorunları ile başvuran hastalara genel yaklaşım; psikotik bozukluğu, nörobilişsel bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatoform

bozukluğu, duygudurum bozukluğu, alkol-madde kullanım bozukluğu olan hastaya yaklaşım; saldırgan hastaya, kriz ve intihar durumu olan hastaya, adli olgulara yaklaşım; psikofarmakoloji ve acil durumda yaklaşım” konuları ele alınmıştır. Eğitim programı Tablo 10’da yer almaktadır.

Tablo 10. Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitim Programı Tablosu

TARİH	SAAT	CUMARTESİ	PAZAR
06-07 Ekim	09.00-09.45	Ön-test	Duygudurum bozukluklarına yaklaşım
	09.45-10.30	Acil serviste iletişim	Kriz ve intihar durumlarında yaklaşım
	10.30-10.45	ARA	
13-14 Ekim	10.45 -11.30	Acil başvuruda ilk ruhsal göstergeleri değerlendirme ruhsal durum değerlendirmesi	Alkol-madde kullanım bozuklukları ve acil başvurularda yaklaşım
	11.30-12.15	Ruhsal sorunları ile başvuran hastalara genel yaklaşım	
20-21 Ekim	12.15-13.30	YEMEK ARASI	
27-28 Ekim	13.30-14.15	Psikotik bozukluklara yaklaşım	Psikofarmakoloji ve acil durumlar
	14.15-15.30	Nörobilişsel bozukluklara yaklaşım	Acil serviste saldırgan hastaya yaklaşım
04-05 Kasım	15.30-15.45	ARA	
	15.45-16.30	Anksiyete bozuklukları & Obsesif- kompulsif bozukluk	Acil servis hemşirelerinin adli olgulara yaklaşımı
	16.30-17.15	Bedensel belirti (somatoform) bozuklukları & Dissosiyatif bozukluklar	Son-test

Ayrıca ruhsal sıkıntıları nedeniyle acil servise başvuran hastalara yaklaşım konusunun anlaşılabilirliğini artırmak için triyaj yaklaşımı işleyiş akış şeması (Ek 20) ve ruhsal sıkıntıları nedeniyle acil servise başvuran hastalar için klinik işleyiş akış şeması (Ek 21) algoritması oluşturulmuştur. Oluşturulan klinik işleyiş şemasının klinik içinde kullanılması uygun görülmüştür.

Çalışmaya tüm hemşirelerin katılımını sağlayabilmek için 01.10.2018–3.11.2018 tarihleri arasında beş hafta sonu (*Cumartesi-Pazar tam gün*) eğitim programı tekrarlı bir şekilde düzenli olarak yapılmış ve eğitim uygulama süreci 90 saatte tamamlanmıştır. Çalışma saatleri uygun olan toplam 31 hemşire eğitime dönüşümlü olarak katılmıştır. Araştırmaya katılım oranı %70.45'tir. (*Acil serviste çalışma süresi bir yıldan daha az olan ve araştırmaya dahil olmayan 11 hemşirenin katılımı ile toplam 42 hemşireye eğitim verilmiştir*). Eğitim programı boyunca her iki günde de katılımcıların imzaları alınmıştır. Katılımcıların motivasyonunu ve eğitimin etkinliğini artırabilmek için araştırmacı, hemşirelere eğitim sunumunu içeren bir kitapçık (Ek 22) ve bir rehber kitapçık (Ek 10) vermiştir. Sonrasında da belirlenen özel gün ve saatte eğitime katılan tüm hemşirelere “*Katılım Belgesi*” (Ek 23) takdim edilmiştir.

3.7.2.3. Eğitim Programı Sonrasında Yapılan Uygulamalar

Eğitim sonrası süreçte hemşirelere ve hastalara yönelik yapılan uygulamalar şunlardır:

Hemşirelere;

- Eğitim programı sonrasında ve üç ay sonra çalışma örnekleme dahil hemşirelere öz bildirim dayalı olarak “*Mesleki bilgi formu*”, “*Eğitim programı değerlendirme formu*” ve “*Ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisi değerlendirme formu*” uygulanmıştır. Formların doldurma süresi yaklaşık 30 dakikadır. Eğitim sonrası 31 hemşire, eğitimden üç (3) ay sonra ise bir hemşirenin görevden ayrılması nedeniyle 30 hemşire öz bildirim dayalı olarak formları doldurmuştur.

Hastalara;

- Triage hemşiresi, ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hastayı değerlendirdikten sonra elde ettikleri verileri “*Acil serviste ruhsal durum değerlendirme formu*”na kaydetmiştir. Bu süreçte 165 hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

- Acil servise ruhsal sıkıntıları ile başvuran hastaların hemşirelik hizmetinden memnuniyetini değerlendirmek için, araştırmaya dahil ve sorulara doğru cevap verebilecek düzeyde bilişsel ve duygusal yetilere sahip olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 39 hasta ile telefon görüşmesi yapılarak “*Hemşirelik hizmetleri hasta memnuniyetini değerlendirme formu*” doldurulmuştur. Hastaların telefon numaraları hastane kayıtlarından ve hastaların kendilerinden elde edilmiştir.
- Bu aşamada eğitim öncesi, eğitim sonrası dönemde hastaların triyajda bekleme ve acil serviste kalma süreleri saptanmıştır. ***Triyajda bekleme süresi***, hastanın acil başvuruda değerlendirilip hastane kaydının verildiği andan muayene olması için ilgili birime yönlendirildiği ana kadar beklediği süredir. ***Tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi*** hastanın triyajdan ilgili birime yönlendirildiği andan hastaneden taburcu oluncaya kadar geçen, hastanın bakım ve tedavi hizmeti aldığı süredir. ***Toplam acil serviste kalma süresi*** ise hastanın acil servise başvurduğu ilk andan taburcu oluncaya kadar geçen süredir. Acil başvuruda yatışı yapılan ve acil servisten taburcu olan hastalar, acil serviste kalma süresi içine dahil edilmemiştir. Acile başvuran hastaların acil serviste kalma ve triyajda bekleme süresi verilerini elde etmek için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği’nden yazılı izin alınmıştır. Daha sonra gereken veriler Bilgi İşlem Merkezi tarafından hasta protokol numarası ile elde edilmiştir.
- Acile başvuran hastaların benzer nedenle acil servise tekrar başvuru sayısı ve süreci ile ilgili bilgiler, hastane veri tabanından elde edilmiştir. Araştırmacı hastanın araştırma sürecinde ilk başvurduğu tarihten araştırmanın bitiş tarihine kadar olan zaman diliminde inceleme yapmıştır.
- Bu aşamada ayrıca eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin anket sorularına verdikleri cevaplar arasında tutarlılık olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaçla likert tipi olan acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken güçlük yaşamalarını etkileyen nedenler ile ilgili anket formu kullanılmıştır. Hemşirelerin anket sorularına verdikleri cevaplara göre eğitim öncesi dönemde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,668; eğitim sonrasında Cronbach Alfa güvenilirlik değeri 0,680; eğitimden 3 ay sonra Cronbach Alfa güvenilirlik değeri 0,638 olarak bulunmuştur. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin anket sorularına verdikleri cevapların iyi düzeyde tutarlı olduğu ve güvenilir olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Formun Güvenilirlik Analizi

	Eğitim öncesi	Eğitim sonrası	Eğitimden 3 ay sonra
	Cronbach Alfa		
Hemşirelerin günlük yaşama nedenleri	0.626	0.680	0.638

- Bu aşamada ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin değerlendirme yapılmıştır.

3.7.3. Ruh Sağlığı Triage Skalası Uygulamasının Geçerlilik ve Güvenirliği

3.7.3.1. Ruh Sağlığı Triage Skalası Uygulamasının Güvenirliği

Güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir. Aynı ve/veya farklı zamanlarda ölçek maddelerine verilen yanıtların tutarlılığı veya değişmezliği ölçeğin güvenilirliğidir (Ercan, & Kan, 2004).

Triage uygulamalarının güvenilirlik düzeylerini belirlemek için “Gözlemci içi güvenilirlik (*intra-rater reliability*)” ve “Derecelendiriciler arası güvenilirlik (*inter-rater reliability*)” yöntemleri uygulanabilir. *Intra-rater güvenilirlik*, aynı hasta üzerinde aynı sağlık görevlisinin aynı triyaj sistemini kullanarak farklı zamanlarda verdiği puanların karşılaştırılmasıdır. *Inter-rater güvenilirlik* ise aynı hasta üzerinde aynı triyaj sisteminin farklı sağlık çalışanları tarafından kullanılmasıdır. Hastaların klinik durumları hızla değişebildiği için en sık kullanıldığı rapor edilen güvenilirlik ölçüm şekli inter-rater güvenilirliktir (Twomey, Wallis, & Myers, 2007; Akıncı, 2009). İdeal bir triyaj sistemi için uygulamayı yapan sağlık çalışanının, hastanın hastaneye başvuru günü ya da saati gibi nedenlerden etkilenmeden her uygulamada aynı sonucu verebilmelidir (Twomey vd., 2007).

Çalışmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası süreçte “*Acil serviste ruhsal durum değerlendirme formu*” na kaydedilen triyaj kodlarının tutarlılığı ya da uygunluğuna göre ruh sağlığı triyaj yaklaşımının güvenilirliği inter-rater güvenilirlik yöntemi ile değerlendirilmiştir. Acil servis hemşirelerinin hastaya doğru triyaj kodu verip

vermediğini ve triyaj kodlarının tutarlılığını belirlemek amacıyla, iki uzman (*Psikiyatri uzmanı ve araştırmacı*) “*Acil serviste ruhsal durum değerlendirme formu*” üzerinde belirtilen hasta verilerine göre tekrar triyaj kodu vermiştir. Öncelikle iki uzmanın verdiği triyaj kategorileri arasındaki tutarlılık istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Daha sonra cohen kappa testinin iki gözlemci arasındaki yüzde orantı olarak bulunan uyumdan daha güçlü bir sonuç vermesi nedeniyle (Kılıç, 2015); iki uzman ve hemşireler arasındaki tutarlılık değil, sadece bir bağımsız uzman ve hemşirelerin verdiği triyaj kategorileri arasındaki tutarlılık istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

3.7.3.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerliği

Geçerlilik, ölçme aracının ölçülmek istenen özelliği doğru ve tam olarak ölçebilme becerisidir. Sabit hataların üstesinden gelmeyi sağlar. Triyaj sistemlerinin geçerliliğini değerlendirmede standart bir sistem yoktur. Genel triyaj uygulaması ile ilgili çalışmalarda geçerliğin değerlendirilmesi için genellikle hastaneye yatış, yoğun bakıma yatış, acil serviste kalma süresi, ölüm sayısı gibi parametreler kullanılırken (Akıncı, 2009; Smart vd., 1999); RSTS ile ilgili çalışmalarda geçerlilik değerlendirmesi için triyajda bekleme süresi, acil serviste kalma süresi, hemşirelerin akut psikoz belirtilerini belirleme ve triyajda aciliyetini değerlendirme yeteneği, taburcu olma süresi, intihar riski değerlendirme yeteneği gibi parametreler kullanılmıştır (Smart vd., 1999; Sands, vd., 2013; Sands vd., 2014). Çalışmada ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının geçerliği; ruhsal sıkıntısı olan hastaların triyajda bekleme süresi, tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi, toplam acil serviste kalma süresi, hemşirelerin doğru triyaj kodu belirleyebilme (aciliyeti değerlendirme yeteneği) durumu, hasta bekleme süresinin hemşirelerin belirlediği triyaj koduna uygunluğu, hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumu ve tekrarlı başvuru sayısı değişkenleri ile değerlendirilmiştir.

3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Çalışmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası araştırmaya dahil olacak olan hasta sayısı Power güç analizi ile belirlenmiştir. Çalışmanın istatistiksel verileri SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Çalışmanın tanımlayıcı bulguları ortalama ve yüzdelik hesaplamaları ile yapılmıştır. Normal veri dağılıma uymayan ölçümlerde, değişkenlere ait dağılımlar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için Friedman ANOVA ve Mann Whitney U nonparametrik testleri kullanılmıştır. Ayrıca normal dağılıma uyan ölçümlerde ise değişkenlere ait dağılımlar arasında anlamlı bir fark olup belirlemek için bağımlı örneklem t testi, bağımsız örneklem t, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi parametrik testleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptayabilmek için Bonferroni analizi uygulanmıştır. Ayrıca çalışmada güvenilirlik analizi Cohen Kappa yöntemi ile belirlenmiştir.



3.9. Süre ve Olanaklar

Tarih	Araştırma süreci
 Ocak- Nisan 2015	Literatür tarama
 Haziran 2015	Tez önerisi
 Temmuz 2015 Eylül 2015	Etik kurul izni alınması <i>(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu izni alındı fakat Etik Kurul lavğ olmuştur)</i>
 Haziran 2016 Ocak 2017	Kültürel uyarlama çalışması <i>(RSTS dil geçerlilik ve yüzey geçerliliği)</i>
 Nisan 2017 Haziran 2018	Uzman görüşünün alınması ve geçerlilik çalışması <i>(Formlar, Rehber kitapçık, Triyaj kategorileri eşleştirme)</i>
 Ocak 2017 Mart 2018	Tekrar Etik kurul izni alınması <i>(Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)</i>
 Nisan 2018	Kurum izni alınması <i>10.04.2018 tarihli 194886 no'lu kurum izni</i>
 Mayıs 2018 Mart 2019	Veri toplama süreci <i>(Eğitim öncesi, eğitim uygulama ve eğitim sonrası)</i>
 Mart 2019 Nisan 2019	Verilerin analizi
 Haziran 2019 Temmuz 2019	Tez yazımı
 06 Eylül 2019	Tezin sunumu

3.10. Etik Açıklamalar

Araştırmada kullanılacak olan “Ruh Sağlığı Triyaj Skalası” için skalayı geliştiren Dr Marc Broadbent ile e-mail görüşme yapılmış ve 24.06.2015 tarihinde izin alınmıştır (Ek 24).

Daha sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 20 Mart 2018 tarihinde 18-3.1/28 nolu karar ile etik kurul izni alınmıştır (Ek 25).

Araştırmanın kurum içinde yapılabilmesi için de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı’ndan 10.04.2018 tarihli 194886 no’lu kurum izni alınmıştır (Ek 26).

Araştırmaya katılan hemşirelerden sözlü onay alınmış ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu doldurmaları istenmiştir. Hastaların ise aciliyet durumları nedeniyle hasta ve yakınlarından sadece sözlü onam alınabilmektedir.

Mesleki etik açıdan tüm çalışanların aynı eğitimden yararlanabilmeleri için çalışma süresi bir yıldan daha az olan ve araştırmaya dahil olmayan 11 hemşire de eğitim programına katılmıştır.

Bulgular

Acil serviste ruh sağığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları dört ana bölümde;

- İlk bölümde ruh sağığı triyaj skalasının Türk kültüründe geçerliğine ilişkin bulgular
- İkinci bölümde araştırmaya katılan acil servis hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular
- Üçüncü bölümde ruh sağığı triyaj skalası uygulamasının geçerliği ve güvenilirliğine ilişkin bulgular
- Dördüncü bölümde acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağığı triyaj skalası konulu eğitimin etkinliğine ilişkin bulgular değerlendirmeye olanak sağlayacak şekilde aktarılacaktır.

4.1. Ruh Sağığı Triyaj Skalasının Türk Kültürüne Geçerliğine İlişkin Bulgular

Avustralya Ruh Sağığı Triyaj Skalasının Türk kültürüne ilişkin geçerliğini belirlemek amacıyla dil geçerliliğı (İngilizce-Türkçe çeviri, kapsam geçerliliğı) ve yüzey geçerliliğı çalışması yapılmıştır.

4.1.1. Ruh Sağığı Triyaj Skalası Dil Geçerliliğıne İlişkin Bulgular

Avustralya Ruh Sağığı Triyaj Skalasının İngilizce –Türkçe, Türkçe-İngilizce çeviri aşaması tamamlandıktan sonra ölçek son şeklini almış ve RSTS’ında bulunan ifadelerinin Türkçe karşılığının anlaşılabilir olması, hedef kitleye uygunluğu ve ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla uzman görüşü alınmıştır. Uzmanlar arasındaki uyum/uyumsuzluk Lawshe tekniğı ile belirlenmiştir. Yedi uzman görüşüne göre RSTS kapsam geçerlilik indeksi $0.99 \geq 0.99$ olduğu için istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4) (*Bkz. Araştırmanın Birinci Aşaması*).

4.1.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Yüzey Geçerliliğine İlişkin Bulgular

İzmir ili'nde araştırma örneklemini dışında kalan üç ayrı hastanenin acil servisinde çalışan 20 sağlık çalışanı (hemşire, acil tıp teknikeri); ruh sağlığı triyaj skalasında yer alan “gözlenen” ifadesi “gözlenen durum”, “raporlanan” ifadesi “raporlanan durum”, “kendine ve başkalarına yönelik tehlike risk” yerine “kendine ve başkalarına yönelik tehlike riskinin olması”, “doğrudan tehlikeli şiddet tehdidi içeren, ciddi davranış bozukluğu” yerine “doğrudan tehlikeli şiddet tehdidi içeren, ciddi davranış bozukluğunun olması” ifadelerine yönelik önerilerde bulunmuşlardır.

“Ruh sağlığı liyezon/hizmetini uyarın” ifadesi “İlgili birime yönlendirin” ifadesi olarak değiştirilmiştir. Bununla birlikte çalışanlar “Eğer bilinen bir hasta ise, toplum ruh sağlığı hizmetlerine sevk edin”, “Sosyal sorunlara uygun olarak sosyal hizmetlere sevk edin”, “Aile hekimine sevk edin” ve “Devlet organizasyonu olmayan toplumsal destek ağlarını (sivil toplum kuruluşları vb.) harekete geçirin” gibi uygulamaları görev tanımları içinde olmadığı için yapmadıklarını ifade etmişlerdir.

4.2. Acil Servis Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan acil servis hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 12’de verilmiştir. Buna göre hemşirelerin %71’inin kadın, yaş ortalamasının $28,53 \pm 4,77$ olduğu, %67,7’sinin bekar, %87,1’inin lisans ve %12,9’unun yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalamasının $5,55 \pm 3,89$, acilde çalışma süresi ortalamasının $4,57 \pm 3,83$ olduğu; %3,2’sinin gündüz mesai, %96,8’inin ise gündüz mesai/gece nöbet şeklinde çalıştıkları saptanmıştır.

Acil servise ruhsal sıkıntısı nedeniyle başvuran hastalara yaklaşım konusunda hemşirelerin %54,8’i eğitim almıştır. Eğitim alan hemşirelerin eğitimi nereden aldıkları incelendiğinde %9,7’sinin arkadaşlarından, %51,6’sının öğrenim sırasındaki derslerden, %9,7’sinin hizmet içi eğitim programlarından, %3,2’sinin radyo-televizyon-dergilerden, %3,2’sinin internet-kitap-dergilerden olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Acil Servis Hemşirelerinin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=30)

Sosyodemografik özellikler		Ort ± Ss	Min - Max
Yaş		28,53 ± 4,77	22-43
Meslekte çalışma yılı		5,55 ± 3,89	1-19
Acilde çalışma yılı		4,57 ± 3,83	1-19
		n	%
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	22	73,3
	<i>Erkek</i>	8	26,7
Medeni durumu	<i>Bekar</i>	20	66,7
	<i>Evli</i>	10	33,3
Eğitim durumu	<i>Lisans</i>	26	86,7
	<i>Yüksek lisans</i>	4	13,3
Çalışma şekli	<i>Gündüz mesai</i>	1	3,3
	<i>Gündüz mesai/gece nöbet</i>	29	96,7
Acil psikiyatrik hastaya bakım verme durumu	<i>Evet</i>	28	93,3
	<i>Hayır</i>	2	6,6
Acil psikiyatrik yaklaşım konusunda eğitim alma durumu	<i>Evet</i>	17	56,7
	<i>Hayır</i>	13	43,3
Evet ise eğitim alınan yer (birden fazla şık işaretlenmiştir)	<i>Arkadaş</i>	2	6,6
	<i>Okul dersleri</i>	12	40,0
	<i>Hizmet içi eğitim programı</i>	2	6,6
	<i>Radyo-televizyon-dergi</i>	0	0,0
	<i>İnternet-kitap-dergi</i>	1	3,3
	<i>Diğer</i>	0	0,0
	Toplam	30	100
Tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.			

4.3. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerliliği ve Güvenirliğine İlişkin Bulgular

4.3.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Çalışmada ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının geçerliliği; ruhsal sıkıntısı olan hastaların triyajda bekleme süresi, tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi, toplam acil serviste kalma süresi, hemşirelerin doğru triyaj kodu belirleyebilme (aciliyeti değerlendirme yeteneği) durumu, hasta bekleme süresinin hemşirelerin belirlediği triyaj koduna uygunluğu, hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumu ve tekrarlı başvuru sayısı değişkenleri ile değerlendirilmiştir.

4.3.1.1. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaların Triyajda Bekleme Süresine İlişkin Bulgular

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastaların triyajda bekleme süresi ortalaması ve ortalamalar arasındaki fark Tablo 13’de verilmiştir.

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastaların triyajda bekleme süresi ortalamaları incelendiğinde; hastaların triyajda bekleme süresi ortalamasının eğitim öncesi dönemde 18,21 dakika (*18 dakika 21 saniye*); eğitim sonrası dönemde 26,56 dakika (*26 dakika 56 saniye*) olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde triyajda bekleme süresi sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$); eğitim sonrasında ruhsal sıkıntıları olan hastaların triyajda bekleme süresi sıra ortalamasının, eğitim öncesi ruhsal sıkıntıları olan hastaların triyajda bekleme süresi sıra ortalamasından daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

4.3.1.2. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Tedavi ve Bakım için Acil Serviste Kalma Süresine İlişkin Bulgular

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastaların tedavi ve bakım için acilde serviste kalma süresi ortalaması ve ortalamalar arasındaki fark Tablo 13’ de verilmiştir.

Buna göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastaların tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi ortalamaları incelendiğinde; hastaların acil serviste kalma süresi ortalamasının eğitim öncesi dönemde 373,30 dakika (6 saat 13 dakika); eğitim sonrası dönemde 391,13 dakika (6 saat 31 dakika) olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde acil serviste kalma süresi sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 13).

4.3.1.3. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Toplam Acil Serviste Kalma Süresine İlişkin Bulgular

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastaların toplam acilde serviste kalma süresi ortalaması ve ortalamalar arasındaki fark Tablo 13’ de verilmiştir.

Buna göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastaların toplam acil serviste kalma süresi ortalamaları incelendiğinde; hastaların acil serviste kalma süresi ortalamasının eğitim öncesi dönemde 390,40 dakika (6 saat 30 dakika); eğitim sonrası dönemde 430,38 dakika (7 saat 10 dakika) olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde toplam acil serviste kalma süresi sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Triyajda Bekleme, Tedavi ve Bakım için Acil Serviste Kalma ve Toplam Acil Serviste Kalma Süreleri Ortalamaları (Dakika)

NOrt ±SsMin-MaxMedyanU p							
Acil serviste tedavi ve bakım için kalma süresi	Eğitim öncesi	195	373,30±694,18	0,42-6415,65	164,11	11838,500	0,755
	Eğitim sonrası	160	391,13±625,60	0,25- 3829,55	184,18		
Trijajda bekleme süresi	Eğitim öncesi	178	18,21±27,61	0,55-149	146,42	10132,00	0,022*
	Eğitim sonrası	133	26,56± 36,40	0,57-173	168,00		
Toplam acil serviste kalma süresi	Eğitim öncesi	195	390,40±702,54	0,85-6481,32	172,33	14494,000	0,583
	Eğitim sonrası	155	430,38±642,49	0,25-3850,27	179,49		
Tanımlayıcı istatistik, Mann Whitney U kullanılmıştır.							

4.3.1.4. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hemşirelerin Doğru Triyaj Kodunu Belirleyebilme Durumuna Etkisine İlişkin Bulgular

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde Hemşire, Uzman1 ve Uzman2'nin acil servise başvuran hastaların triyaj kodunu belirleyebilme durumuna göre dağılımları Tablo 14'de verilmiştir.

Eğitim öncesi dönemde doğru triyaj kodu belirleyebilme durumları incelendiğinde; sıklıkla Uzman1 hastaların % 32,9'una "Trijaj kodu 2" , Uzman2 hastaların %31,9'una "Trijaj kodu 3" verirken, hemşireler hastaların % 43,3'üne "Trijaj kodu 4" vermişlerdir. Eğitim sonrası dönemde ise sıklıkla Uzman1 hastaların % 34,5'ine "Trijaj kodu 3" , Uzman2 hastaların %34,5'ine "Trijaj kodu 2" , hemşireler hastaların %33,3'üne "Trijaj kodu 3" vermiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Hemşire, Uzman1 ve Uzman2'nin Triyaj Kodu Belirleme Durumuna Göre Dağılımları

	Trijaj kategorisi	Hemşire		Uzman1 (Araştırmacı)		Uzman 2 (Bağımsız uzman)	
		n	%	n	%	n	%
Eğitim öncesi dönem	1	10	4,8	18	8,6	13	6,2
	2	28	13,3	69	32,9	57	27,1
	3	43	20,5	49	23,3	67	31,9
	4	91	43,3	55	26,2	54	25,7
	5	38	18,1	19	9,0	19	9,0
	Toplam	210	100,0	210	100,0	210	100,0
Eğitim sonrası dönem	1	18	10,7	7	4,2	6	3,6
	2	41	24,4	54	32,1	58	34,5
	3	56	33,3	58	34,5	54	32,1
	4	39	23,2	43	25,6	44	26,2
	5	14	8,3	6	3,6	6	3,6
	Toplam	168	100,0	168	100,0	168	100,0
Tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.							

4.3.1.5. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hastaların Triyajda Bekleme Süresinin Hemşirelerin Verdikleri Triyaj Kodu ile Uygunluğuna Etkisine İlişkin Bulgular

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde, ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının hastaların triyajda bekleme süresinin hemşirelerin verdikleri triyaj kodu ile uygunluğuna etkisine ilişkin bulgular, hastaların acil servise başvuru şekli ve başvuru zamanı dikkate alınarak incelenmiştir.

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde acil servise başvuru şekline göre hemşirelerin belirlediği triyaj kodu ile hastaların triyajda bekleme süresine ilişkin bulgular Tablo 15' te verilmiştir.

Buna göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastaların acil servise başvuru durumuna göre hemşirelerin belirlediği triyaj kodu ve hastaların triyajda bekleme süresi ortalamaları incelendiğinde; hastaların eğitim öncesi dönemde

% 89,8'unun, eğitim sonrası dönemde %90,2'sinin acil servise ayaktan başvurduğu saptanmıştır.

Eğitim öncesi dönemde ayaktan başvuran hastalarda en uzun triyajda bekleme süresi ortalamasının Triyaj Kodu 1 alan hastalarda 41,00 dakika iken, en kısa triyajda bekleme süresi ortalamasının Triyaj Kodu 2 alan hastalarda 10,21 dakika olduğu; eğitim sonrası dönemde ise en uzun triyajda bekleme süresi ortalamasının Triyaj Kodu 4 alan hastalarda 35,25 iken, en kısa triyajda bekleme süresi ortalamasının Triyaj Kodu 1 alan hastalarda 2,66 dakika olduğu saptanmıştır.

Eğitim öncesi dönemde acil servise 112 ile başvuran hastaların en uzun triyajda bekleme süresi ortalamasının Triyaj Kodu 4 alan hastalarda 4,55 dakika iken, en kısa triyajda bekleme süresi ortalamasının Triyaj Kodu 3 alan hastalarda 2,53 dakika olduğu; eğitim sonrası dönemde ise triyajda bekleme süresinin Triyaj Kodu 1 alan hastaların 6,69 dakika olduğu saptanmıştır.

Ayrıca eğitim öncesi ve sonrası dönemde hemşirelerin belirlediği triyaj koduna göre hastaların toplam triyajda bekleme süresi ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde en uzun triyajda bekleme süresi ortalamasının Triyaj Kodu 1 alan hastalarda 41,00 dakika iken, en kısa triyajda bekleme süresi ortalamasının Triyaj Kodu 2 alan hastalarda 9,17 dakika olduğu; eğitim sonrası dönemde ise en uzun triyajda bekleme süresi ortalamasının Triyaj Kodu 4 alan hastalarda 35,25 dakika iken, en kısa triyajda bekleme süresi ortalamasının Triyaj Kodu 1 alan hastalarda 5,25 dakika olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Acil Servise Başvuru Şekline Göre, Hemşirelerin Belirlediği Triyaj Koduna ve Hastaların Triyajda Bekleme Süresine İlişkin Bulgular

Eğitim Öncesi					Eğitim Sonrası		
Triyaj kodu		n(%)	Min-Max	Ort±Ss	n (%)	Min-Max	Ort±Ss
Ayaktan başvuru	1	8(4,4)	18,00-86,00	41,00±38,97	5(3,7)	1,00-6,00	2,66±2,06
	2	19(10,6)	1,00-45,00	10,21±12,84	26(19,5)	0,00-145,00	26,95±43,51
	3	32(17,9)	1,00-150,00	17,18±.31,65	49(36,8)	1,00-174,00	27,95±37,85
	4	74(41,5)	1,00-90,00	21,95±26,10	28(21,0)	1,00-149,00	35,25±37,81
	5	27(15,1)	1,00-124,00	21,81±35,41	12(9,0)	1,00-123,00	32,66±37,81
	Toplam	160(89,8)	1,00-150,00	20,07±28,40	120(90,2)	0,00-174,00	28,71±38,17
112 başvuru	1				13(9,7)	1,00-37,00	6,69±10,01
	2	3(1,6)	2,00-8,00	4,33±3,21			
	3	7(3,9)	1,00-10,00	2,53±1,41			
	4	8(4,4)	2,00-9,00	4,55±2,71			
	5						
	Toplam	18(10,1)	1,00-9,00	3,45±2,68	13(9,7)	1,00-37,00	6,69±10,01
Toplam Başvuru	1	8(4,4)	18,00-86,00	41,00±38,97	18(13,5)	1,00-37,00	5,25±8,28
	2	22(12,35)	1,00-45,00	9,17±11,86	26(19,5)	0,00-145,00	26,95±43,51
	3	39(21,9)	1,00-150,00	16,29±30,89	49(36,8)	1,00-174,00	27,37±37,62
	4	82(46,0)	1,00-90,00	20,16±25,26	28(21,0)	1,00-149,00	35,25±37,81
	5	27(15,1)	1,00-124,00	21,81±35,41	12(9,0)	1,00-123,00	32,66±37,81
	Toplam	178(100,0)	1,00-150,00	18,21±27,61	133(100,0)	0,00-174,00	26,56± 36,40
Tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.							

Eğitim ncesi ve eğitim sonrası dönemde acil servise başvuru zamanına göre hemşirelerin belirlediği triyaj kodu ile hastaların triyajda bekleme süresine ilişkin bulgular Tablo 16’ da verilmiştir.

Buna göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastaların acil servise başvuru zamanına göre hemşirelerin belirlediği triyaj kodu ve hastaların triyajda bekleme süresi ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde hastaların % 29,2’si 20.01-24.00 saatleri arasında, % 21,9’u 12.01-16.00 saatleri arasında, %20,7’si 16.01-20.00 saatleri arasında başvurmuştur. Ayrıca bu dönemde hastaların triyajda en uzun bekleme süresi saat 00.01-04.00 arasında olup, Triyaj Kodu 1 alan hastaların ortalama 39,25 dakika beklediği; triyajda en kısa bekleme süresinin saat 04.01-08.00 arasında olup, Triyaj Kodu 3 alan hastaların ortalama 1,00 dakika beklediği saptanmıştır.

Eğitim sonrası dönemde ise hastaların %31,5’i 16.01-20.00 saatleri arasında, %27,8’i 12.01-16.00 saatleri arasında başvurmuştur. Ayrıca bu dönemde triyajda en uzun bekleme süresi saat 12.01-16.00 arasında olup, Triyaj Kodu 5 alan hastaların ortalama 29,75 dakika beklediği; triyajda en kısa bekleme süresinin saat 04.01-08.00 arasında olup, Triyaj Kodu 3 alan hastaların ortalama 2,00 dakika beklediği saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Acil Servise Başvuru Zamanına, Hemşirelerin Belirlediği Triyaj Koduna ile Hastaların Triyajda Bekleme Süresine İlişkin Bulgular

Başvuru	Trijaj kodu	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası		
		n (%)	Min-Max	Ort±Ss	n (%)	Min-Max	Ort±Ss
00.01-04.00	1	2 (1,1)	20,00-86,00	39,25±28,44	1(0,7)	1,00-1,00	1,00±0,00
	2	1(0,5)	22,00-22,00	22,00±0,00	2(1,5)	0,00-8,00	4,00±5,65
	3	1(0,5)	3,00-3,00	3,00±0,00	3(2,2)	4,00-174,00	72,00±89,95
	4	9 (5,0)	9,00-66,00	26,50±20,42	5(3,7)	1,00-54,00	21,20±21,04
	5	9 (5,0)	2,00-78,00	30,83±25,42			
	Topl.	21(11,7)	2,00-86,00	30,33±25,80	11(8,2)	0,00-174,00	30,09±50,85
04.01-08.00	1				3(2,2)	1,00-17,00	7,00±8,71
	2	2(1,1)	1,00-3,00	2,03±0,50	1(0,7)	3,00-3,00	3,00±0,00
	3	1(0,5)	1,00-1,00	1,00±0,00	1(0,7)	2,00-2,00	2,00±0,00
	4	2 (1,1)	1,00-2,00	1,50±0,70			
	5						
	Topl.	5(2,8)	1,00-2,00	1,53±0,57	5(3,7)	1,00-17,00	5,20±6,64
08.01-12.00	1				1(0,7)	1,00-1,00	1,00±0,00
	2	3(1,6)	1,00-18,00	7,55±7,10			
	3	4(2,2)	1,00-21,00	8,75±8,57	10(7,5)	2,00-127,00	18,55±40,74
	4	12 (6,7)	1,00-61,00	16,80±19,30	3(2,2)	21,00-70,00	47,66±24,78
	5				3(2,2)	1,00-56,00	22,33±29,50
	Topl.	19(10,6)	1,00-61,00	13,60±16,75	17(12,7)	1,00-127,00	23,62±35,34
12.01-16.00	1	3(1,6)	1,00-25,00	7,20±4,12	1(0,7)	2,00-2,00	2,00±0,00
	2	4(2,2)	1,00-6,00	3,50±2,38	12(9,0)	1,00-145,00	39,81±56,68
	3	12(6,7)	2,00-150,00	25,41±42,79	10(7,5)	1,00-101,00	26,80±30,57
	4	18(10,1)	1,00-87,00	23,35±29,70	12(9,0)	2,00-149,00	40,75±48,31
	5	5(2,8)	1,00-108,00	29,75±52,25	2(1,5)	40,00-123,00	81,50±58,68
	Topl.	39(21,9)	1,00-150,00	22,44±34,58	37(27,8)	1,00-149,00	37,77±46,63
16.01-20.00	1				11(8,2)	1,00-37,00	5,91±9,93
	2	7(3,9)	1,00-45,00	11,16±16,92	7(5,2)	1,00-37,00	9,33±14,48
	3	9(5,0)	1,00-56,00	9,55±17,88	14(10,5)	1,00-119,00	29,75±34,06
	4	18(10,1)	1,00-48,00	10,44±13,71	5(3,7)	1,00-97,00	36,00±40,57
	5	3(1,6)	1,00-4,00	2,00±1,73	5(3,7)	1,00-78,00	23,40±33,36

	Topl.	37(20,7)	1,00-56,00	9,63±14,53	42(31,5)	1,00-119,00	19,52±28,40
20.01-24.00	1	3(1,6)	19,00-52,00	7,48±3,25	2(1,5)	3,00-6,00	4,50±2,12
	2	6(3,3)	2,00-28,00	10,40±10,13	4(3,0)	1,00-75,00	38,33±37,00
	3	7(3,9)	1,00-91,00	17,71±32,93	12(9,0)	2,00-61,00	22,20±21,04
	4	25(14,0)	1,00-90,00	26,58±30,81	3(2,2)	2,00-48,00	23,00±23,25
	5	11(6,1)	1,00-124,00	18,88±40,18	2(1,5)	9,00-36,00	22,50±19,09
	Topl.	52(29,2)	1,00-124,00	21,80±30,94	23(17,2)	1,00-75,00	23,00±22,44
<i>Tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.</i>							

4.3.1.6. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Durumuna Etkisine İlişkin Bulgular

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntı nedeniyle acil servise başvuran hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumuna göre dağılımları Tablo 17’de verilmiştir.

Eğitim öncesi ve sonrası dönemde araştırmaya dahil olan hastaların dağılımlarının homojen, cinsiyete göre benzer özellikte olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hastaların eğitim öncesi dönemde hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumuna ilişkin bulguları incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde hastaların % 62,5’i kadındır, %52,5’i acilde kendileriyle sıklıkla ilgilenen sağlık çalışanının “*acil servis doktoru*” olduğunu, % 40’ı hemşirelik hizmetinin “*yeterli olduğunu*” ve % 40’ı “*yeterli olmadığını*”, % 67,5’i “*hemşireler ile ilgili güçlük yaşamadığını*” belirtmiştir. Hastaların hemşireler ile yaşadıkları güçlüklerin nedenine yönelik puan ortalaması 5,53±3,46’dır. Buna göre hastaların memnuniyet durumu puan ortalamalarının orta düzeyin altında olduğu; hemşirelik hizmetleri memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim sonrası dönemde hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumuna ilişkin bulguları incelendiğinde; eğitim sonrası dönemde hastaların % 56,4’ü kadındır, %43,6’ı acilde kendileriyle sıklıkla ilgilenen sağlık çalışanının “*acil servis doktoru*” olduğunu, % 38,5’i hemşirelik hizmetinin “*yeterli olduğunu*”, % 69,2’isi “*hemşireler ile ilgili güçlük yaşamadığını*” belirtmiştir.

Hastaların hemşireler ile yaşadıkları güçlüklerin nedenine yönelik puan ortalaması $4,90 \pm 2,11$ 'dir. Buna göre hasta memnuniyet durumu puan ortalamalarının düzeyinin orta düzeyin altında olduğu ve hemşirelik hizmetleri memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Eğitim öncesi dönemde memnuniyet durumu puan ortalamasının eğitim sonrası puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu; eğitim öncesi dönemde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Durumuna Göre Dağılımları

		Eğitim öncesi dönem n (%)			Eğitim sonrası dönem n (%)		
Cinsi yet	Kadın	25 (62,5)			22 (56,4)		
	Erkek	15 (37,5)			17 (43,6)		
Sıklıkla ilgilenen sağlık çalışanı	Hemşire	11 (27,5)			8 (20,5)		
	Acil servis doktoru	21 (52,5)			20 (51,2)		
	Psikiyatrist	3 (7,5)			6 (15,4)		
	Diğer (hiç biri)	5 (12,5)			5 (12,8)		
Toplam		40 (100)			39 (100)		
		Evett	Kısmen	Hayır	Evett	Kısmen	Hayır
Hastalara göre hemşirelik hizmetinin yeterli olma durumu		16 (40,0)	8 (20)	16 (40,0)	15 (38,5)	11 (28,2)	13(33,3)
Hastaların hemşireler ile ilgili güçlük yaşama durumu		6 (15,0)	7(17,5)	27(67,5)	3 (7,7)	9 (23,1)	27(69,2)
Hastaların hemşireler ile yaşadıkları güçlüklerin nedeni							
I. Tedavi ve bakım için uzun süre bekletiliyor		18(45,0)	3 (7,5)	19(47,5)	10(25,6)	6 (15,4)	23(59,0)
II. Yapılacak işlem hakkında bilgi verilmiyor		13(32,5)	6 (15,0)	21(52,5)	22(56,4)	8 (20,5)	9 (23,1)
III. Benimle konuşmak, iletişim kurmak istenmiyor		7 (17,5)	8 (20,0)	25(62,5)	2 (5,1)	7 (17,9)	30(76,9)
IV. Beni anlamadıklarını düşünüyor		19(47,5)	8 (20,0)	13(32,5)	12(30,8)	7 (17,9)	20(51,3)
V. Acil servise gelen diğer hastaları daha çok önemsiyorlar		13(32,5)	6 (15,0)	21(52,5)	16 (41,0)	14 (35,9)	9 (23,1)
VI. Bana kötü davranıldığını düşünüyor		5 (12,5)	2 (5,0)	33(82,5)	3 (7,7)	0 (0,0)	36(92,3)
VII. Yeterince ilgili ve nazik davranılıyor		26 (65,0)	10 (25,0)	4 (10,0)	32 (82,1)	5 (12,8)	2 (5,1)
VIII. Yapılan görüşmelerde mahremiyete dikkat ediliyor		26(65,0)	8 (20,0)	6 (15,0)	32 (82,1)	2 (5,1)	5 (12,8)
		Ort ±Ss= 5,53 ±3,46			Ort ±Ss= 4,90±2,11		
		t= 0,975			p= 0,333		
Tanımlayıcı istatistik, bağımsız örneklem t analizi kullanılmıştır.							

4.3.1.7. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hastaların Acil Servise Tekrar Başvuru Durumuna İlişkin Bulgular

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntı nedeniyle acil servise başvuran hastaların tekrar başvuru durumuna göre dağılımları Tablo 18’de verilmiştir.

Araştırma katılan hastaların eğitim öncesi dönemde hastaların başvuru durumu incelendiğinde; hastaların % 54,2’si kadındır, ilk başvuruda % 13,6’sı kliniği terk etmiştir, tekrar başvuruda ise % 23,6’sı en az bir kez başvurmuş ve taburcu olmuştur, % 3,6’sı kliniği terk etmiş ve % 2,1’i intihar nedeni başvurmuştur.

Araştırma katılan hastaların eğitim sonrası dönemde hastaların başvuru durumu incelendiğinde; hastaların % 51,4’ü erkektir, ilk başvuruda % 15,1’i kliniği terk etmiştir, tekrar başvuruda ise % 19,1’sı en az bir kez başvurmuş ve taburcu olmuştur, % 0,6’sı kliniği terk etmiş ve % 4’ü intihar nedeni başvurmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Hastaların Acil Servise Tekrarlı Başvuru Durumuna Göre Dağılımları

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kadın	103	54,2	83	48,0
Erkek	87	45,8	89	51,4
İlk gün başvuruda				
Taburcu	133	70,0	110	63,6
Sevk	5	2,6	10	6,0
Yatış	30	15,8	20	12,1
Terk etme	26	13,6	25	15,1
Toplam	190	100	165	100
Tekrar başvuruda				
Taburcu edilen başvuru sayısı toplam	45	23,6	33	19,1
1 kez	25	13,2	24	13,9
2 kez	10	5,3	5	2,9
3 kez	4	2,1	3	1,7
4 kez	3	1,6		
5 kez	2	1,1		
6 kez			1	0,6
14 kez	1	0,5		
Sevk sayısı toplam	4	2,1	0	0
1 kez	3	1,6		
3 kez	1	0,5		
Yatış sayısı toplam	13	6,8	10	5,8
1 kez	10	5,3	10	5,8
2 kez	2	1,1		
14 kez	1	0,5		
Terk etme	7	3,6	1	0,6
İntihar nedenli başvurma	4	2,1	7	4,0
Ölüm	0	0,0	0	0,0
Toplam	75	38,6	60	35,0
<i>Tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.</i>				

4.3.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Çalışmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının güvenilirlik düzeyini incelemek için hemşire ve iki uzmanın verdiği triyaj kategorileri arasındaki tutarlılık ve uyum düzeyi Tablo 19’ da verilmiştir.

Buna göre eğitim öncesi dönemde her iki uzmanın verdiği triyaj kategorileri Cohen Kappa skoru 0,679 olarak bulunmuş ve kategori değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir uyum olduğu ve iyi derecede uyuşma olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Eğitim sonrası dönemde ise iki uzmanın verdiği triyaj kategorileri Kappa skoru 0,790 olarak bulunmuş, iki ayrı kategori değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir uyum olduğu ve mükemmele yakın iyi düzeyde önemli derecede uyuşma olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Uzman1 ile Uzman2’nin Verdiği Triyaj Kodu Arasında Uyuma Göre Dağılımları

Triyaj kategorisi		Uzman2 n (%)					Total	
		1	2	3	4	5		
Eğitim öncesi dönem	Uzman1 n (%)	1	10 (4,8)	8 (3,8)	0	0	0	18 (8,6)
		2	3(1,4)	47 (22,4)	19 (9)	0	0	69 (32,9)
		3	0	2 (1)	44 (21)	3(1,4)	0	49 (23,3)
		4	0	0	4 (1,9)	45 (21,4)	6 (2,9)	55 (26,2)
		5	0	0	0	6 (2,9)	13 (6,2)	19 (9)
		Toplam	13 (6,2)	57 (27,1)	67 (31,9)	54 (25,7)	19 (9)	210 (100)
Cohen Kappa = 0,679 p=0,000								
Eğitim sonrası dönem	Uzman1 n (%)	1	4 (2,4)	3 (1,8)	0	0	0	7 (4,2)
		2	2	49 (29,2)	3(1,8)	0	0	54 (32,1)
		3	0	9 (5,4)	46 (27,4)	3 (1,8)	0	58 (34,5)
		4	0	0	3 (1,8)	39 (23,2)	1 (0,6)	43 (25,6)
		5	0	0	0	1 (0,6)	5 (3)	6 (3,6)
		Toplam	6 (3,6)	61 (36,3)	52 (31)	43 (25,6)	6 (3,6)	168 (100)
Cohen Kappa= 0,790 p=0,000								
Tanımlayıcı istatistik ve Cohen Kappa analizi kullanılmıştır								

Eğitim öncesi dönemde hemşireler ve Uzman2 (*bağımsız uzman*)’nin verdiği triyaj kategorileri Cohen Kappa skoru 0,268 olarak bulunmuş ve kategori değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir uyum olduğu ve zayıf derecede uyuma olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Eğitim sonrası dönemde ise hemşireler ve Uzman2’nin verdiği triyaj kategorileri Kappa skoru 0,631 olarak bulunmuş, iki ayrı kategori değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir uyum olduğu ve iyi düzeyde uyuma olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dönemde Hemşireler ve Uzman2’nin Verdiği Triage Kodu Arasında Uyuma Göre Dağılımları

Triyaj kategorisi			Uzman2 n (%)					Total
			1	2	3	4	5	
Eğitim öncesi dönem	Hemşireler n (%)	1	5 (2,4)	4 (1,9)	1 (1,5)	0	0	10 (5,8)
		2	4 (1,9)	15 (7,1)	7 (3,3)	2 (1)	0	28 (13,3)
		3	1(0,5)	18 (8,6)	20 (9,5)	4 (1,9)	0	43 (20,5)
		4	2 (1)	18 (8,6)	30 (14,3)	37 (17,6)	4 (1,9)	91 (43,4)
		5	1 (0,5)	2(1)	9 (4,3)	11 (5,2)	15 (7,1)	38 (18,1)
		Toplam	13 (6,2)	57 (27,1)	67 (31,9)	54 (25,7)	19 (9)	210 (100)
Cohen Kappa = 0,268 p=0,000								
Eğitim sonrası dönem	Hemşireler n (%)	1	6 (3,6)	12 (7,1)	0	0	0	18 (10,7)
		2	0	38 (22,6)	3 (1,6)	0	0	41 (24,4)
		3	0	11 (6,5)	41 (24,4)	4 (2,4)	0	56 (33,3)
		4	0	0	8 (4,8)	31 (18,5)	0	39 (23,2)
		5	0	0	0	8 (4,8)	6 (3,6)	14 (8,3)
		Toplam	6 (3,6)	61 (36,3)	52 (31)	43 (25,6)	6 (3,6)	168 (100)
Cohen Kappa= 0,631 p=0,000								
Tanımlayıcı istatistik ve Cohen Kappa analizi kullanılmıştır.								

4.4. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin Etkinliğine İlişkin Bulgular

4.4.1. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruhsal Sıkıntısı olan Hastalara Bakım Vermeye Yönelik Duygu, Düşünce ve Tutumuna Etkisine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra ruhsal sıkıntısı olan hastaları değerlendirme ve bakım verme konusunda kendilerine güvenme ve hastalara bakım verirken güçlük yaşama durumlarına göre dağılımları ve puan ortalamaları arasındaki fark Tablo 21’de verilmiştir.

Buna göre hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastaları değerlendirme ve bakım verme konusunda kendilerinde güvenme durumları incelendiğinde; sıra ortalamalarının eğitim öncesi dönemde 1,60; eğitim sonrası dönemde 2,17; eğitimden üç ay sonra ise 2,23 olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi, sonrası ve üç ay sonra hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik kendilerine güvenme durumlarının puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit edilebilmesi için Bonferroni analizi yapılmıştır. Buna göre eğitimden üç ay sonra hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik kendilerine güvenme durumlarının sıra ortalamasının, eğitim öncesi hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik kendilerine güvenme durumlarının sıra ortalamasından daha fazla olduğu saptanmıştır.

Eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastalara bakım verirken güçlük yaşama durumları incelendiğinde; puan ortalamasının eğitim öncesi dönemde $3,63 \pm 1,00$; eğitim sonrası dönemde $3,43 \pm 1,01$; eğitimden üç ay sonra $3,27 \pm 1,11$ olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi, sonrası ve üç ay sonra hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik güçlük yaşama durumlarının puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Hemşirelerin Hastalara Bakım Verirken Kendine Güvenme ve Güçlük Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları (N=30)

		Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Eğitimden 3 ay sonra		X^2	p (Bonfer roni)
		n	%	n	%	n	%		
Kendine güvenme durumu	Kesinlikle katılmıyorum	0	0,0	0	0,0	1	3,3	15,034	0,001* (1<3)
	Katılmıyorum	2	6,7	1	3,3	1	3,3		
	Kararsızım	16	53,3	5	16,7	4	13,3		
	Katılıyorum	12	40	23	76,7	21	70		
	Kesinlikle katılıyorum	0	0,0	1	3,3	3	10		
	Sıra ort.	1,60		2,17		2,23			
Güçlük yaşama durumu	Kesinlikle katılmıyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1,100	0,340
	Katılmıyorum	6	20,0	7	23,3	9	30,0		
	Kararsızım	4	13,3	7	23,3	10	33,3		
	Katılıyorum	15	50	12	40	5	16,7		
	Kesinlikle katılıyorum	5	16,7	4	13,3	6	20,0		
	Ort ±Ss	3,63± 1,00		3,43± 1,01		3,27 ±1,11			
Tanımlayıcı istatistik, Friedman analizi ve Bonferroni analizi kullanılmıştır.									
(1) Eğitim öncesi (2) Eğitim sonrası (3) Eğitimden 3 ay sonra									

Araştırmaya katılan hemşirelerin acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra, ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken bakım verirken güçlük yaşamalarını etkileyen nedenlere göre dağılımları ve puan ortalamaları arasındaki fark Tablo 22’de verilmiştir.

Buna göre eğitim öncesi dönemde hemşirelerin hastalara bakım verirken güçlük yaşamalarını etkileyen nedenler incelendiğinde; hemşirelerin %56,7’si “ruh sağlığı çalışanlarıyla iş birliği yetersizliği, %46,7’si “zarar görebilirim düşüncesi”, % 40’ı “bakımın çok zaman alması”, %36,7’si “ruh sağlığı çalışanları ile iletişim yetersizliği” %33,3’ü “diğer hastaların daha öncelikle/ önemli olduğu düşüncesi”, % 30’u “hastaya nasıl yaklaşacağımı bilemiyor olma” % 30’u “kendini yeterli

hissetmiyor olma”, %10’u “*kendine güvenmiyor olma*” nedenine “katılıyorum” şeklinde belirtmiştir. Eğitim sonrası dönemde hemşirelerin % 56,7’si “*ruh sağlığı çalışanları ile iletişim ve iş birliği yetersizliği*”, % 50’si “*zarar görebilirim düşüncesi*”, % 30’u “*bakımın çok zaman alması*”, % 26,7’si “*diğer hastaların daha öncelikle/ önemli olduğu düşüncesi*”, % 16,7’si “*hastaya nasıl yaklaşacağımı bilemiyor olma*”, % 6,7’si “*kendine güvenmiyor olma*” nedenine “katılıyorum” şeklinde belirtmiştir. Eğitimden üç ay sonrası dönemde ise hemşirelerin % 53,3’ü “*ruh sağlığı çalışanları ile iletişim yetersizliği*”, % 53,3’ü “*zarar görebilirim düşüncesi*”, % 43,3’ü “*ruh sağlığı çalışanlarıyla iş birliği yetersizliği*”, % 30’u “*bakımın çok zaman alması*”, % 16,7’si “*diğer hastaların daha öncelikle/ önemli olduğu düşüncesi*”, % 10’u “*hastaya nasıl yaklaşacağımı bilemiyorum*”, % 6,7’si “*kendine güvenmiyor olma*” nedenine “katılıyorum” şeklinde belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin ruhsal sıkıntıları nedeniyle acil servise başvuran hastalara bakım verirken güçlük yaşamalarını etkileyen nedenlere göre güçlük yaşama puan ortalamalarının eğitimden öncesi dönemde $15,97 \pm 3,97$ (min=10 max=23), eğitim sonrası dönemde $15,70 \pm 3,51$ (min=5 max=22), eğitimden üç ay sonrası dönemde $14,83 \pm 3,40$ (min=7 max=21) olduğu ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Hemşirelerin Hastalara Bakım Verirken Güçlük Yaşamalarını Etkileyen Nedenlerle ilgili Sorulara Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları (N=30)

		Eğitim öncesi					Eğitim sonrası					Eğitimden 3 ay sonra				
		Kesinlikle katılmıyor	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	Kesinlikle katılıyor	Kesinlikle katılmıyor	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	Kesinlikle katılıyor	Kesinlikle katılmıyor	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	Kesinlikle katılıyor
Bakımın çok zaman alması	n	1	10	7	12	0	0	15	6	9	0	0	16	4	9	1
	%	3,3	33,3	23,3	40,0	0,0	0,0	50,0	20,0	30,0	0,0	0,0	53,3	13,3	30,0	3,3
Hastaya nasıl yaklaşacağını bilemiyor olma	n	0	12	9	9	0	1	16	8	5	0	3	17	7	3	0
	%	0,0	40,0	30,0	30,0	0,0	3,3	53,3	26,7	16,7	0,0	10,0	56,7	23,3	10,0	0,0
Kendini yeterli hissetmiyor olma	n	1	14	6	9	0	1	18	11	0	0	2	24	4	0	0
	%	3,3	46,7	20,0	30,0	0,0	3,3	60,0	36,7	0,0	0,0	6,7	80,0	13,3	0,0	0,0
Kendine güvenmiyor olma	n	1	19	7	3	0	1	22	5	2	0	2	25	1	2	0
	%	3,3	63,3	23,3	10,0	0,0	3,3	73,3	16,7	6,7	0,0	6,7	83,3	3,3	6,7	0,0
“Zarar görebilirim” düşüncesi	n	1	10	3	14	2	0	8	6	15	1	0	6	6	16	2
	%	3,3	33,3	10,0	46,7	6,7	0,0	26,7	20,0	50,0	3,3	0,0	20,0	20,0	53,3	6,7
Diğer hastaların daha öncelikli/önemli olduğu düşüncesi	n	5	7	8	10	0	0	8	14	8	0	1	13	11	5	0
	%	16,7	23,3	26,7	33,3	0,0	0,0	26,7	46,7	26,7	0,0	3,3	43,3	36,7	16,7	0,0
Ruh sağlığı çalışanları ile iletişim yetersizliği	n	0	8	8	11	3	0	5	5	17	3	0	3	7	16	4
	%	0,0	26,7	26,7	36,7	10,0	0,0	16,7	16,7	56,7	10,0	0,0	10,0	23,3	53,3	13,3
Ruh sağlığı çalışanlarıyla işbirliği yetersizliği	n	0	4	6	17	3	0	2	6	17	5	0	3	9	13	5
	%	0,0	13,3	20,0	56,7	10,0	0,0	6,7	20,0	56,7	16,7	0,0	10,0	30,0	43,3	16,7
15,97± 3,97 (Min=10 Max=23)15,70± 3,51 (Min=5 Max=22)14,83 ±3,40 (Min=7 Max=21)																
F=1,405p=0,254																
Tanımlayıcı istatistik ve varyans analizi kullanılmıştır.																

Araştırmaya katılan hemşirelerin acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra, ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastalara bakım verirken güçlük yaşamalarını etkileyen etmenler ve acil servise başvuru nedenlerine göre sıralamalarının dağılımları Tablo 23’da verilmiştir.

Buna göre eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin hastalara bakım verirken güçlük yaşama durumlarını etkileyen etmenlerin sıralaması incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde hemşirelerin %53,3’ü birinci sırada hastalar; % 60’ı ikinci sırada hasta yakınları; %53,3’ü üçüncü sırada acil servis fiziki koşulları; %93,7’ü dördüncü sırada diğer etmenler ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Eğitim sonrası dönemde hemşirelerin %60’ı birinci sırada acil servis fiziki koşulları; %63,3’ü ikinci sırada hasta yakınları; %43,3’ü üçüncü sırada hastalar; %96,7’i dördüncü sırada diğer etmenler ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Eğitimden üç ay sonrası dönemde ise hemşirelerin %40’ı birinci sırada acil servis fiziki koşulları; %12’i ikinci sırada acil servis fiziki koşulları; %56,7’si üçüncü sırada hastalar; %86,7’i dördüncü sırada diğer etmenler ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir.

Ayrıca eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonrası dönemde hastalara bakım verirken güçlük yaşamalarını etkileyen etmenlerin; hasta ile ilgili “*saldırgan davranması, hasta ile iletişim kurulamaması*”; hasta yakını ile ilgili “*saldırgan tutumları, kaygılı ve, çaresiz hissetmesi, bilinçli olmaması, ruhsal sorunlarının olması*”; acil servisin fiziki koşulları ile ilgili “*şiddete maruz kalmayı kolaylaştıran güvenli olmayan fiziki ortam, hasta bekleme alanının uygun olmaması, özel görüşme odasının olmaması*”; diğer “*hasta sayısının çok olması, sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması, hastanın yatış için uzun süre bekletilmesi, hastadan yetersiz öykü alma, psikiyatri konsültasyonunun geç yapılması, yataklı klinikte yatak sayısının az olması, hastaya uygun zamanı ayıramama, güvenlik elemanı yetersiz olması*” ile ilgili etmenler olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hastalara bakım verirken sıklıkla güçlük yaşamalarını etkileyen acil başvuru nedenlerinin sıralaması incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde hemşirelerin % 43,3’ü birinci sırada “*saldırgan olma, zarar verme riski*”; %33,3’ü ikinci sırada “*alkol/madde bağımlılığı*”; % 46,7’si üçüncü sırada “*konversiyon bozukluğu*”; %

36,7'i dördüncü sırada "*İntihar girişimi, intihar düşüncesi*" olduğunu belirtmişlerdir. Eğitim sonrası dönemde hemşirelerin % 43,3'ü birinci sırada "*İntihar girişimi, intihar düşüncesi*" ve %40'ı "*saldırgan olma, zarar verme riski*"; % 40'ı ikinci sırada "*konversiyon bozukluğu*" ve "*akut psikoz, manik epizod gibi durumlar*"; % 36,7'si üçüncü sırada "*alkol/madde bağımlılığı*"; % 36,7'si dördüncü sırada "*konversiyon bozukluğu*" olduğunu belirtmişlerdir. Eğitimden üç ay sonrası dönemde hemşirelerin % 66,7'si birinci sırada "*saldırgan olma, zarar verme riski*"; % 33,3'ü ikinci sırada "*İntihar girişimi, intihar düşüncesi*"; % 40'ı üçüncü sırada "*konversiyon bozukluğu*"; % 33,3'ü dördüncü sırada "*akut psikoz, manik epizod gibi durumlar*" olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 23).



Tablo 23. Hemşirelerin Hastalara Bakım Verirken Güçlük Yaşamalarını Etkileyen Etmenler ve Acil Servise Başvuru Nedenlerine göre Sıralamalarının Dağılımları (N=30)

Eğitim öncesi																				Eğitim sonrası						Eğitimden 3 ay sonra					
		1.sıra	2.sıra	3.sıra	4.sıra	5.sıra	6.sıra	1.sıra	2.sıra	3.sıra	4.sıra	5.sıra	6.sıra	1.sıra	2.sıra	3.sıra	4.sıra	5.sıra	6.sıra												
Güçlük yaşamalarını etkileyen etmenler	Hasta ile ilgili	n	16	7	7	0			9	8	13	0			4	9	17	0													
		%	53,3	23,3	23,3	0,0			30,0	26,7	43,3	0,0			13,3	30,0	56,7	0,0													
	Hasta yakını ile ilgili	n	4	18	7	1			2	19	8	1			10	9	7	4													
		%	13,3	60,0	23,3	3,3			6,7	63,3	26,7	3,3			33,3	30,0	23,3	13,3													
	Acil servis fiziki koşulları	n	9	5	16	0			18	3	9	0			12	12	6	0													
		%	30,0	16,7	53,3	0,0			60,0	10,0	30,0	0,0			40,0	40,0	20,0	0,0													
	Diğer	n	1	0	0	29			1	0	0	29			4	0	0	26													
		%	3,3	0,0	0,0	93,7			3,3	0,0	0,0	96,7			13,3	0,0	0,0	86,7													
Güçlük yaşamalarını etkileyen acil servise başvuru nedenleri	Saldırgan olma zarar verme riski	n	13	3	2	2	10	0	12	3	1	3	11	0	20	4	0	2	4	0											
		%	43,3	10,0	6,7	6,7	33,3	0,0	40,0	10,0	3,3	10,0	36,7	0,0	66,7	13,3	0,0	6,7	13,3	0,0											
	İntihar girişimi, intihar düşüncesi	n	6	7	2	11	4	0	13	6	1	9	1	0	5	10	4	8	2	1											
		%	20,0	23,3	6,7	36,7	13,3	0,0	43,3	20,0	3,3	30,0	3,3	0,0	16,7	33,3	13,3	26,7	6,7	3,3											
	Akut psikoz, manik epizod gibi durumlar	n	6	6	7	7	4	0	2	12	5	7	4	0	2	7	3	10	8	0											
		%	20,0	20,0	23,3	23,3	13,3	0,0	6,7	40,0	16,7	23,3	13,3	0,0	6,7	23,3	10,0	33,3	26,7	0,0											
	Alkol/madde bağımlılığı	n	6	10	5	5	4	0	3	7	11	7	2	0	2	5	11	8	4	0											
		%	20,0	33,3	16,7	16,7	13,3	0,0	10,0	23,3	36,7	23,3	6,7	0,0	6,7	16,7	36,7	26,7	13,3	0,0											
	Konversiyon bozukluğu	n	0	3	14	5	8	0	2	12	4	12	0	0	1	3	12	2	12	0											
		%	0,0	10,0	46,7	16,7	26,7	0,0	6,7	40,0	13,3	36,7	0,0	0,0	3,3	10,0	40,0	6,7	40,0	0,0											
	Diğer	n	0	0	0	0	0	30	0	0	0	0	0	30	0	1	0	0	0	29											
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	96,7											
Tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.																															

Araştırmaya katılan hemşirelerin acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası konulu eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra, ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken hasta ile ilgili sıklıkla güçlük yaşanan durum, sıklıkla hissedilen üç duygu ve hastalara bakım vermeleri gerektiğinde düşündüğü ya da yaptığı durumlara göre dağılımları Tablo 24’de verilmiştir.

Buna göre eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin hastalara bakım verirken hasta ile ilgili sıklıkla güçlük yaşanan durumlar incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde hemşirelerin %90’ı “*tedaviyi reddetmesi*”, %86,7’si “*küfürlü konuşması*”, %50’si “*halüsinasyon/sanrılar*”, %43,3’ü “*şüpheli düşünceleri*” ve %40’ı “*tepkisiz olması, konuşmaması*” olduğunu; eğitim sonrası dönemde hemşirelerin %86,7’si “*tedaviyi reddetmesi*”, %83,3’ü “*küfürlü konuşması*”, %50’si “*halüsinasyon/sanrılar*”, %43,3’ü “*tepkisiz olması, konuşmaması*” ve %36,7’si “*şüpheli düşünceleri*” olduğunu; eğitimden üç ay sonra hemşirelerin %83,3’ü “*küfürlü konuşması*” ve “*tedaviyi reddetmesi*”, %63,3’ü “*halüsinasyon/sanrılar*”, %56,7’si “*şüpheli düşünceleri*” ve %36,7’si “*tepkisiz olması, konuşmaması*” olduğunu belirtmişlerdir.

Eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin hastalara bakım verirken hissettikleri üç duygu incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde hemşirelerin % 53,3’ü öfke, % 50’si kaygı, % 40’ı çaresizlik; eğitim sonrası dönemde hemşirelerin % 60’ı üzüntü, % 56,7’si kaygı, % 33,3’ü acıma ve çaresizlik; eğitimden üç ay sonrası dönemde hemşirelerin % 70’i kaygı, % 63,3’ü korku, % 43,3’ü çaresizlik ve % 40’ı üzüntü hissettiklerini belirtmiştir.

Eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin hastalara bakım vermeleri gerektiğinde düşündüğü ya da yaptığı durumlar incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde hemşirelerin % 66,7’si, eğitim sonrası dönemde % 76,7’si, eğitimden üç ay sonrası dönemde % 80’i “*Hastaya yakın mesafede olmaktan çekiniyorum*” şeklinde belirtmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Hemşirelerin Hastalara Bakım Verirken Hasta ile ilgili Sıklıkla Güçlük Yaşadığı Durumlara, Hissettiği Duygulara ve Hastalara Bakım Vermeleri Gerektiğinde Düşündüğü yada Yaptığı Durumlara Göre Dağılımları (N=30)

		Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Eğitimden 3 ay sonra	
		n	%	n	%	n	%
Hasta ile ilgili sıklıkla güçlük yaşanan durum	Küfürlü konuşması	26	86,7	25	83,3	25	83,3
	Tedaviyi reddetmesi	27	90,0	26	86,7	25	83,3
	Tepkisiz olması, konuşmaması	12	40,0	13	43,3	11	36,7
	Şüpheli düşünceleri	13	43,3	11	36,7	17	56,7
	Halüsinasyon/sanrıları	15	50,0	15	50,0	19	63,3
	Diğer	3	10,0	5	16,7	2	6,7
Sıklıkla hissedilen üç duygu	Çaresizlik	12	40,0	10	33,3	13	43,3
	Kaygı	15	50,0	17	56,7	21	70,0
	Güçsüzlük	9	30,0	3	10,0	5	16,7
	Umutsuzluk/ümitsizlik	3	10,0	5	16,7	3	10,0
	Üzüntü	10	33,7	18	60,0	12	40,0
	Acıma	5	16,7	10	33,3	9	30,0
	Korku	5	16,7	9	30,0	19	63,3
	Öfke	16	53,3	9	30,0	3	10
	Başkalarına güven	9	30,0	1	3,3	0	0,0
	Özgüven	1	3,3	6	20,0	1	3,3
	Keyif	2	6,7	0	0,0	0	0,0
	Gurur duyma	1	3,3	0	0,0	0	0,0
	Huzur	2	6,7	2	6,7	1	3,3
Bakım vermeleri gerektiğinde düşündüğü ya da yaptığı durumlar	Hastanın yanına daha geç gittiğim oluyor	6	20,0	8	26,7	7	23,3
	Hastanın tedavisini geciktirdiğim olur	4	13,3	2	6,7	3	10,0
	Hastaya yakın mesafede olmaktan çekiniyorum	20	66,7	23	76,7	24	80,0
	Hasta ile hiç konuşmak istemiyorum	6	20,0	6	20,0	3	10,0
	Bazen hastanın canını acıtmak istiyorum	6	20,0	6	20,0	7	23,3
	Diğer	1	3,3	0	0,0	1	3,3
Tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.							

Araştırmaya katılan hemşirelerin acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra, “Sizce ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastaların bakımı nerede yapılmalıdır? Belirtiniz” sorusuna verdikleri cevaplar Tablo 25’te verilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin “Sizce ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastaların bakımı nerede yapılmalıdır? Belirtiniz” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde hemşirelerin % 46,6’sı, eğitim sonrası dönemde % 50’si, eğitimden üç ay sonra ise % 58,3’ü “Genel acil serviste (ruh sağlığı çalışanının veya bu konuda özel eğitim almış kişilerin olduğu, güvenli görüşme odasının bulunduğu, fiziksel koşulların uygun olan)” şeklinde; diğer taraftan eğitim öncesi dönemde hemşirelerin % 53,3’ü, eğitim sonrası dönemde % 50’si, eğitimden üç ay sonra ise % 41,6’sı “Psikiyatri kliniği ve özel yapılandırılmış acil psikiyatrik birim” şeklinde belirtmişlerdir (Tablo 25).

Tablo 25. Acil Servise Ruhsal Sıkıntı Nedeniyle Başvuran Hastaların Bakımının Nerede Yapılması Gerektiği ile ilgili Bulgular

	Eğitim öncesi	Eğitim sonrası	Eğitimden 3 ay sonra
	n (%)	n (%)	n (%)
Genel acil servis (ruh sağlığı çalışanının veya bu konuda özel eğitim almış kişilerin olduğu, güvenli görüşme odasının bulunduğu, fiziksel koşulların uygun olan)	7 (46,6)	12 (50,0)	14 (58,3)
Psikiyatri kliniği Özel yapılandırılmış acil psikiyatrik birim	8 (53,3)	12 (50,0)	10 (41,6)
Toplam	15 (100)	23 (100)	24 (100)
Tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır.			

4.4.2. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastalara Bakım Vermeye Yönelik Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra, ruhsal sıkıntısı olan hastalara yaklaşım konusunda bilgi düzeyi puan ortalamaları ve puan ortalamaları arasındaki fark Tablo 26’da verilmiştir.

Buna göre hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra ruhsal sıkıntısı olan hastalara yaklaşım konusunda bilgi düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin eğitim öncesi dönemde aldıkları puan ortalamalarının $12,87 \pm 2,76$ (min=6 max=19), eğitim sonrası dönemde $21,27 \pm 2,83$ (min=14 max=28), eğitimden üç ay sonrası dönemde $19,47 \pm 3,80$ (min=7 max=26) olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonrası dönemde hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptayabilmek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Buna göre eğitim öncesi hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik bakım verme bilgi düzeyi puan ortalamasının, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonrası bilgi düzeyi puan ortalamasından daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 26).

4.4.3. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruh Sağlığı Triyajı Uygulama Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra ruh sağlığı triyajı uygulama konusunda bilgi düzeyi puan ortalamaları ve puan ortalamaları arasındaki fark Tablo 26’ da verilmiştir.

Hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra ruh sağlığı triyaj uygulama konusunda bilgi düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin eğitim öncesi dönemde aldıkları puan ortalamalarının $4,00 \pm 1,64$ (min=1 max=7), eğitim sonrası dönemde $6,23 \pm 1,45$ (min=4 max=8), eğitimden üç ay sonrası dönemde $5,90 \pm 1,60$ (min=2 max=8) olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte eğitim öncesi, eğitim

sonrası ve eğitimden üç ay sonrası dönemde hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptayabilmek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Buna göre eğitim öncesi hemşirelerin ruh sağlığı triyaj uygulama bilgi düzeyi puan ortalamasının, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonrası dönemde bilgi düzeyi puan ortalamalarından daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Hemşirelerin Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastalara Yaklaşım ve Acil Psikiyatrik Bakım Konusunda ve Ruh Sağlığı Triyaj Uygulama Konusunda Bilgi Düzeyi Puanlarına Göre Dağılımları (N=30)

	Eğitim öncesi	Eğitimden sonra	Eğitimden 3 ay sonra	F	P/ Bonferroni
	Ort±Ss (Min-Max)	Ort±Ss (Min-Max)	Ort±Ss (Min-Max)		
Ruhsal sıkıntısı olan hastalara yaklaşım ve acil psikiyatrik bakım konusunda bilgi düzeyi	12,87± 2,76 (6-19)	21,27 ±2,83 (14-28)	19,47±3,80 (07-26)	72,14	0,000* 1<2; 1<3
Ruh sağlığı triyaj uygulama bilgi düzeyi	4,00±1,64 (1-7)	6,23±1,45 (4-8)	5,90±1,60 (2-8)	15,13	0,000* 1<2 1<3
<i>Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, Bonferroni analizi kullanılmıştır.</i>					
Eğitim öncesi (2) Eğitim sonrası (3) Eğitimden 3 ay sonra					

4.4.4. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin İş Doyumu Algısına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken iş doyumu algıları ile ilgili puan ortalamaları ve arasındaki fark Tablo 27’ de verilmiştir.

Buna göre hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra algıladıkları iş doyumu algısı puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde $2,80 \pm 0,89$; eğitim sonrası $2,97 \pm 0,93$; eğitimden üç ay sonra ise $3,07 \pm 0,63$ olduğu saptanmıştır. Ayrıca eğitim öncesi, ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin iş doyumu algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre hemşirelerin eğitim öncesi iş doyumu algısının, eğitimden üç ay sonrası iş doyumu algısına göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 27).

4.4.5. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin İş Yükü Algısına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken iş yükü algıları ile ilgili puan ortalamaları ve arasındaki fark Tablo 27’de verilmiştir.

Hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken algıladıkları iş yükü puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi dönemde $3,33 \pm 1,06$; eğitim sonrası $3,30 \pm 0,95$; eğitimden üç ay sonra ise $2,97 \pm 0,93$ olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin eğitim öncesi ile eğitimden üç ay sonrası puan ortalamaları ve eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre hemşirelerin eğitim öncesi iş yükü algısının eğitimden üç ay sonrası iş yükü algısına göre ve eğitimden sonraki iş yükü algısının ise eğitimden üç ay sonrası iş yükü algısına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 27).

Tablo 27. Hemşirelerin Hastalara Bakım Verirken Hissettikleri İş Doyumu ve İş Yükü Algılarına Göre Dağılımları (N=30)

		Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Eğitimden 3 ay sonra		F/t	p (Bonferoni)
		n	%	n	%	n	%		
İş doyumu algısı	Kesinlikle katılmıyorum	2	6,7	1	3,3	0	0,0	F=1,173	0,001* (1<3)
	Katılmıyorum	9	30,0	10	33,3	6	20,0		
	Kararsızım	12	40,0	8	26,7	16	53,3		
	Katılıyorum	7	23,3	11	36,7	8	26,7		
	Kesinlikle katılıyorum	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
		2,80±0,89		2,97±0,93		3,07±0,63			
İş yükü algısı	Kesinlikle katılmıyorum	2	6,7	0	0,0	0	0,0	t=2,483 (3<1)	0,019* (3<1)
	Katılmıyorum	5	16,7	8	26,7	12	40,0		
	Kararsızım	6	20,0	7	23,3	8	26,7		
	Katılıyorum	15	50	13	43,3	9	30,0	t=2,163 (3<2)	0,039* (3<2)
	Kesinlikle katılıyorum	2	6,7	2	6,7	1	3,3		
		3,33± 1,06		3,30 ±0,95		2,97±0,93			
Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, bağımlı örneklem t testi									
Eğitim öncesi (2) Eğitim sonrası (3) Eğitimden 3 ay sonra									

Tartışma

Acil serviste ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmış olan çalışma bulguları üç ana bölümde tartışılmıştır. Bunlar;

- Ruh sağlığı triyaj skalasının Türk kültüründe geçerliğine ilişkin bulguların tartışılması
- Ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının geçerliği ve güvenilirliğine ilişkin bulguların tartışılması
- Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitimin etkinliğine ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalasının Türk Kültüründe Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada, Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalasının dil geçerlik çalışmasında, kapsam geçerliliği istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Ayrıca kültürel uyarılma çalışması kapsamında yapılan yüzey geçerliliği çalışması ile ifadelerin basit, anlaşılabilirlik, uygun kelime seçimi, anlamda açıklık ve netlik, aynı anlama gelen gereksiz kelimelerin kullanımından kaçınma ve doğru ifadelerin kullanılmasına yönelik katılımcıların önerileri dikkate alınmıştır.

Bununla birlikte Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalasında yer alan “Ruh sağlığı liyezon/hizmetini uyarın” ifadesi; ülkemizde acil servis işleyişinde liyezon hizmeti olmadığı ve hemşireler triyaj alanında konsültasyon/liyezon hemşireleri ile çalışmadığı için “İlgili birime yönlendirin” ifadesi olarak değiştirilmiştir.

Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalasında yer alan “Eğer bilinen bir hasta ise, toplum ruh sağlığı hizmetlerine sevk edin”, “Sosyal sorunlara uygun olarak sosyal hizmetlere sevk edin”, “Aile hekimine sevk edin” ve “Devlet organizasyonu olmayan toplumsal destek ağlarını (sivil toplum kuruluşları vb.) harekete geçirin” gibi uygulamalar, ülkemizde acil işleyişi içerisinde yer almadığı ve bu uygulamalar hemşirelerin yetki ve sorumlulukları kapsamında olmadığı için yapılamamaktadır.

Bu bulgular “*Ruh sağlığı triyaj skalası Türk örnekleminde geçerlidir*” hipotezini (H1) desteklemektedir.

5.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerlilik ve Güvenirliğine İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.2.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Geçerliliğine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Yapılan çalışmalarda RSTS uygulamasının geçerliğini belirlemeye yönelik hastaların triyajda bekleme süresi, acil serviste kalma süresi, hemşirelerin akut psikoz belirtilerini belirleme ve triyajda aciliyetini değerlendirme yeteneği, taburcu olma süresi, intihar riski değerlendirme yeteneği gibi parametreler kullanılmış (Smart vd., 1999; Sands vd., 2013; Sands vd., 2014; Clarke vd., 2007) ve yapılan bir çok çalışmada Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası'nın geçerliliğinin yüksek olduğu ve hakemler tarafından en çok önerilen bir skala olduğu (Creaton vb., 2008; Broadbent vd., 2010b; Tanner vd., 2014; Sands, & Gerdtz, 2008; Broadbent vd., 2010a; Tanner vd., 2014; Health Policy Priorities Principal Committee Australian Triage Process Review, 2011) belirtilmiştir. Çalışmada ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının geçerliği; ruhsal sıkıntısı olan hastaların triyajda bekleme süresi, tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi, toplam acil serviste kalma süresi, hemşirelerin doğru triyaj kodu belirleyebilme (aciliyeti değerlendirme yeteneği) durumu, hasta bekleme süresinin hemşirelerin belirlediği triyaj koduna uygunluğu, hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumu ve tekrarlı başvuru sayısı değişkenleri ile değerlendirilmiştir.

5.2.1.1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaların Triyajda Bekleme Süresi Üzerine Etkisinin Tartışılması

Çalışmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastaların triyajda bekleme süresi ortalama *18,21 dakika*, eğitim sonrası dönemde ortalama *26,56 dakika* olduğu, eğitim öncesi ve sonrası triyaj bekleme süresi arasında anlamlı fark olduğu, eğitim sonrası RSTS uygulaması ile hastaların triyajda bekleme sürelerinin uzadığı ve anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 13). Literatüre bakıldığında ise araştırma bulgularının tersine eğitim sonrası RSTS uygulaması ile triyajda bekleme süresinin azaldığı belirtilmektedir (Sæbye, vd., 2017; Fry, & Brunero, 2004; Broadbent vd., 2002; Taylor, & Benger, 2004; Fitzgerald, Jelinek, Scott, & Gerdtz, 2016; McDonough vd., 2004; Broadbent vd., 2007; Haslop, vd., 2000). Smart ve

arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmada RSTS konulu eğitim öncesinde 261 hastanın triyajda bekleme süresi ortalama 34,3 dakika iken, eğitim sonrasında 322 hastanın triyajda bekleme süresinin ortalama 26,4 dakika olduğu ve aralarında anlamlı fark olduğu belirtilmektedir (Smart vd., 1999). Diğer bir çalışmada ruhsal sıkıntısı olmayan hastaların ortalama 60 dakika, ruhsal sıkıntısı olan hasta ortalama 53 dakika (Fry, & Brunero, 2004) triyajda beklediği saptanmıştır.

Çalışma bulguları literatür bulguları ile benzer olmasa da, eğitim sonrasında bekleme süresinin yaklaşık değerlerde olduğu görülmektedir. Yurt dışı literatürde eğitim öncesi hemşireler hastaları çok bekletme eğiliminde iken, çalışmamızda erken dönemde acil bakım alanına yönlendirme eğilimdedirler. Bu durumun, acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntısı olan hastalara yaklaşımı ile ilgili kültürel duyarlılık ve bakış açısı farklılığından kaynaklanacağı gibi, hemşirelerin hastalara yönelik olumsuz duygu, düşünce ve tutumu ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Eğitim öncesinde hastaları kısa sürede bekleten hemşireler hastalara yönelik özellikle öfke duygularının olduğunu, bakım verme konusunda kendine güvenmedikleri ve güçlük yaşadıklarını, diğer hastaların daha öncelikli/önemli olduğunu ve hastaların özel yapılandırılmış acil psikiyatrik birimde bakım almaları gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışmada ayrıca eğitim sonrasında hemşirelerin hastalarla triyaj alanında daha uzun süre kalabilmesi, hastalara yönelik olumsuz duygu, düşünce ve tutumların değişmesinin bir göstergesi olarak düşünülebilir. Bu durumda RSTS geçerliğini olumlu anlamda etkilemektedir.

Diğer taraftan triyaj bekleme süresi dikkate alınarak yapılan power güç analizi sonucunun istendik düzeyde olmamasının, literatür bulgularının aksine triyaj bekleme süresinin uzaması ile ilgili olduğu, bu durumu etkileyen faktörler dikkate alınarak farklı örnekleme, uzun süreli çok sayıda çalışma yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgu “*Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, ruhsal sıkıntıları olan hastaların triyajda bekleme süresi üzerine etkilidir*” hipotezini desteklemektedir.

5.2.1.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Tedavi ve Bakım için Acil Serviste Kalma Süresi Üzerine Etkisinin Tartışılması

Çalışmada, eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastaların tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi ortalamasının eğitim öncesi dönemde 373,30 dakika (6 saat 13 dakika); eğitim sonrası dönemde 391,13 dakika (6 saat 31 dakika) olduğu; tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 13). Hastaların tedavi ve bakım için acil serviste bekleme süreleri sadece hemşirelerin değil aynı zamanda birimdeki çalışanlarla ilgilidir. Hastaların triyajda vektleme süreleri acil servis hemşireleri bilgi ve becerileri belirleyebilmektedir. Ülkemizde hastaların acil serviste tedavi bakım için beklediği süre; acil doktorunun hastayı karşılama zamanı, hastayı değerlendirme süresi, tedavi ve bakımın verildiği süre, psikiyatri konsültasyon doktorunun acil servise gelme süresi gibi bir çok nedenle ilgili olabilmektedir. Buna göre hemşirelere yönelik verilen eğitimin hastaların tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresini etkilememesinin beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında da ruhsal sıkıntı nedeniyle acil servise gelen hastaların sıklıkla tedavi ve bakımının geç yapıldığı, acil servis çalışanlarının daha çok fiziksel belirtilere odaklandıkları, aciliyet durumunu farklı algıladıkları, psikiyatri konsültasyonunun geç geldiği belirtilmektedir (Innes vd., 2013; Chang vd., 2011; Bost vd., 2018). Buna göre bu durumu etkileyen nedenlerin araştırılmasının ve ruhsal bozukluklara yaklaşım ve RSTS konulu eğitim programının tüm acil çalışanlarına yönelik yapılmasının, RSTS'nin hastaların triyajda bekleme sürelerine etkisine ilişkin çalışmaların artırılmasının önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgu “*Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, ruhsal sıkıntıları olan hastaların tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi üzerine etkilidir*” hipotezini desteklememektedir.

5.2.1.3. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Toplam Acil Serviste Kalma Süresi Üzerine Etkisinin Tartışılması

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastaların toplam acil serviste kalma süresi ortalamasının eğitim öncesi dönemde 390,40 dakika (6 saat 30 dakika); eğitim sonrası dönemde 430,38 dakika (7 saat 10 dakika) olduğu; toplam acil serviste kalma süresi arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 13).

Literatüre bakıldığında ise RSTS uygulaması ile hastaların acil serviste kalma süresinin kısaldığı (Smart vd., 1999; Wand, & White, 2007; Broadbent vd., 2002; Broadbent vd., 2010a) belirtilmektedir. Fry ve Brunero (2004) Avustralya RSTS kullanarak yaptıkları çalışmada acil serviste ortalama kalış süresi 6 saat 23 dakika olduğu ve diğer nedenlerle başvuran hastalardan anlamlı derecede düşük olduğu (Fry, & Brunero, 2004) bulunmuştur. Hastaların acil serviste kalma durumunun incelendiği diğer çalışma da ruhsal bozukluğu olan hastaların acil serviste ortalama kalış süresi 18 saat 15 dakika olduğu ve diğer nedenlerle başvuran hastalardan anlamlı derecede fazla olduğu (Nicks,& Manthey, 2012) belirtilmektedir. Morphet ve arkadaşlarının (2012) acil servise başvuran hastalarla yaptıkları nitel çalışmada, hastaların % 48'inin acil serviste dört saatten daha fazla zaman harcadıklarını belirtmiştir (Morphet vd., 2012). Ayrıca Happell ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında hastaların nakil süresinin 5 saat 3 dakika olduğu; hastaların sadece % 12'sinin 1 saat içinde % 19'unun 1-2 saat içinde,% 21'inin 2-3 saat içinde,% 12'sinin 3-4 saat içinde ve% 18'inin 5 saat veya daha uzun süre kaldığı saptanmıştır (Happell vd., 2003). Başka bir çalışmada hastanede toplam kalış süresinin 4 saat 26 olduğu; diğer nedenlerle başvuran hastalara göre daha uzun süre hastanede kaldıkları, karar alındıktan 78 dakika sonra hastanın naklinin yapıldığı belirtilmektedir (Atzema vb., 2012). Amerika'nın bir bölgesinde acil servise 2002-2011 döneminde acil servise psikiyatrik nedenle olan ve olmayan 234,094 hasta verileri geriye dönük incelendiğinde, psikiyatrik başvuruların daha çok nakil ile sonuçlandığı, nakil için beklenen sürenin daha uzun olduğu (312 - 195 dakika), hastaların acil serviste kalma sürelerinin daha uzun olduğu (355 - 279 dakika), hizmete erişme olanaklarının daha kısıtlı olduğu saptanmıştır (Zhu, Singhal, Hsia 2016).

Buna göre çalışmalar incelendiğinde, hastaların acil serviste kalma sürelerinin farklı sonuçlarının olduğu ve bu durumun çalışmanın yapıldığı bölgenin kültürel yapısı,

hastanenin işleyişi ve politikası, çalışanların ruhsal hastalıklara yönelik tutumu, ekip anlayışı ve işbirliği ile ilgili olabileceği; RSTS'nın hastaların acil serviste kalma sürelerine etkisine ilişkin çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Ayrıca hastaların acil serviste kalma süreleri sadece hemşirelik hizmetleri ile değil aynı zamanda diğer ekip üyeleri ile de ilgilidir. Araştırmanın sadece hemşirelere yönelik yapılmış olması, eğitim programına ve çalışmaya diğer çalışanların araştırma dahil edilmemesi bekleme süresini etkileyen önemli bir etmendir. Ayrıca ülkemiz genelinde acil servis işleyişi dikkate alındığında hastaların acil serviste kalma süresinin uzamasının; diğer çalışanların ruhsal bozukluklara yaklaşım konusundaki bilgi ve becerisi, çalışanların ruhsal bozukluklar ile ilgili algısı ve tutumu, acil servis ortamındaki iş yükü, psikiyatri konsültasyonun geliş süresi, acil serviste ruhsal bozukluklara yaklaşım konusunda yazılı prosedürlerin yetersiz olması, ruh sağlığı yasasının olmaması ve yasalar kapsamında yönetmeliklerin olmaması gibi birçok etmenle ilgili olabileceği ve buna yönelik çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgu “*Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, ruhsal sıkıntıları olan hastaların tedavi ve bakım için toplam acil serviste kalma süresi üzerine etkilidir*” hipotezini desteklememektedir.

5.2.1.4. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hemşirelerin Doğru Triyaj Kodu Belirleyebilme Durumuna Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde Uzman1, Uzman2 ve Hemşirelerin doğru triyaj kodu belirleyebilme durumlarının değiştiği; eğitim öncesi dönemde özellikle hemşireler uzmanlara göre hastalara daha düşük triyaj kategorisi verme (*triyaj kategorisi 4*) eğiliminde iken; eğitim sonrasında hemşirelerin uzmanlara benzer şekilde triyaj kategorisi verdiği saptanmıştır (Tablo 14). Yapılan birçok çalışmada da sonuçların benzer olduğu görülmektedir. Broadbent ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada RSTS uygulama öncesi hemşireleri hastaların %70,9'unun yanlış ve çoğunun düşük triyaj kodu verdiği, triyaj kodlarının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve en çok verilen triyaj kategorisinin 4 düzeyinde olduğu belirtilmektedir (Broadbent vd., 2002). Heslop, Elsom ve Parker (2000)'ın bir

yıllık triyaj verilerini incelediği çalışmada, hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan hastaları yarı-acil (triyaj kategorisi 4) kategorisinde değerlendirme eğiliminde (yani düşük triyaj kategorisi) olduğu belirtilmiştir (Heslop, Elsom, & Parker 2000). Sands, Elsom ve Berk (2014)'in ruhsal sıkıntısı nedeniyle başvuran 1718 hastanın triyaj kategorilerini değerlendirdiği bir çalışmada da, hemşirelerin hastaların % 12,1'ine yüksek triyaj kategorisi (1, 2), % 43,3'üne orta dereceli triyaj (3) ve % 44,6'sına düşük aciliyet kategorisi (4, 5) verdiği belirtilmiştir (Sands vd., 2014).

Acil bakım isteyen hastalar için yanlış triyaj, hastaya yüksek yada düşük triyaj kodu verilmesine neden olmaktadır (Chen, vd., 2010). Yüksek triyaj hastanın gerekenden daha hızlı görülmesi için; düşük triyaj, hastanın gerekenden daha geç görülmesi için verilmektedir. Yüksek triyaj kategorisi hastanın durumunun acil olmamasına rağmen intihar riski olabilir düşüncesiyle, acil hemşirelerinin temkinli davranmalarının bir sonucudur. Bu durum hasta için bir risk oluşturmazken, bölümde bekleyen diğer hastaların daha fazla beklemelerine neden olabilmektedir (Considine, Ung, & Thomas, 2000; Olofsson, Gellerstedt, & Carlström, 2009). Hemşirelerin yüksek triyaj kategorisi verdikleri belirlen çalışmaları bulunmaktadır (Sands vd., 2014; Tanner vd., 2014). Happell, Summers, Pinikahana (2003) yaptıkları çalışmada da, triyaj hemşirelerin sıklıkla psikiyatri konsültasyon hemşiresine göre yüksek triyaj kategorisi verme eğiliminde olduğu, sıklıkla “2”Kategorisi verdikleri saptanmıştır (Happell vd., 2003).

Düşük triyaj durumunda ise hastanın bekleme süresi uzar ve hastaların tıbbi bakıma erişimleri gecikebilir. Özellikle intihar düşüncesi veya şiddet potansiyeli olan ruhsal sorunu olan hastalar için hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili riskler artabilir, hasta kliniği terk edebilir ve/veya yaşamsal riskler oluşabilir (Clarke vd., 2006). Triyaj çalışanlarının uçlarda yani yüksek yada düşük triyaj kategorisi vermesinin triyaj çalışanının kendine güven, bilgi ve deneyim yetersizliği (Brown, & Clarke, 2014; Broadbent vd., 2007; Clarke vd., 2006; Heslop vd., 2000; Kerrison, & Chapman, 2007; Wand, & Happell, 2001; Innes vd., 2013) ve triyaj hemşirelerinin iş yükü algısı (Broadbent vd., 2002) ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte ruh sağlığı triyaj kategori kararının sübjektif durumlardan etkilenebileceği, objektif bir değerlendirme için acil servis hemşirelerine yönelik eğitim verilmesi ve RSTS kullanımının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Chepenik, 2017).

Buna göre acil servis hemşirelerinin eğitim öncesi süreçte düşük triyaj kategorisi vermelerinin hemşirelerin ruhsal bozukluklara yaklaşım ve triyaj uygulaması konusunda kendine güven, bilgi ve deneyim yetersizliği, hastalara yönelik olumsuz duygu, düşünce ve tutum içinde olma ve iş yükü algısı ile ilgili olabileceği yani subjektif bir değerlendirme olduğu düşünülmektedir. Çalışmada ki diğer veriler de bu bulguyu desteklemektedir. Eğitim sonrası dönemde ise, doğru triyaj uygulaması ile hemşirelerin ve uzmanların benzer triyaj kategorisi verebilmelerinin ruh sağlığı triyaj uygulamasının etkinliğini ispatlar niteliktedir.

Sonuç olarak bu bulgu “*Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin doğru triyaj kodunun belirlenmesi üzerine etkilidir*” hipotezini desteklemektedir.

Ayrıca acil servis hemşireleri eğitim öncesinde RSTS konusunda eğitim almadan, SBRKTUT’a göre acil servise gelen hastalara triyaj kategorisi belirlemişlerdir. Çalışmanın birinci aşamasında da RSTS ve SBRKTUT triyaj kategorileri ve içerikleri arasında iyi düzeyde uyum olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Buna göre hemşirelerin eğitim öncesinde verdikleri triyaj kategorilerini, SBRKTUT’a göre verdikleri düşünülürse, SBRKTUT’un ruhsal sıkıntıları olan hastaları değerlendirmede yetersiz olduğu ve/veya hemşirelerin bu konuda deneyimli olmadıkları ortadır. Bu nedenle RSTS dikkate alınarak SBRKTUT’un ruhsal sıkıntıları olan hastalarla ilgili kategorilerinin geliştirilmesi konusunda çalışmalar yapılmasının gerekli ve önemli olduğu düşünülmektedir.

5.2.1.5. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Hastaların Triyajda Bekleme Süresinin Hemşirelerin Verdikleri Triyaj Kodu ile Uygunluğuna Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada Tablo 13 ve Tablo 14’teki bulgular dikkate alındığında eğitim öncesi dönemde hemşireler hastaları triyajda daha az süre bekletseler de (18,21 dakika) hastalara daha düşük triyaj kodu (Kategori 4-beklenilen süre 60 dakika içinde) verme eğilimindedirler. Yani acil önceliği olmayan hastalar erken dönemde bakım ve tedavi birimine yönlendirilmektedir. Hastalar triyaj alanında çok uzun süre bekletilmedikleri için çalışma sonucu olumlu gibi görünse de düşük triyaj kodu alan hastaların bekletilmeden acil bakım birimine alınması, diğer nedenlerle gelen hastalar için olumsuz bir sonuç

yaratabilir. Bu durum ruhsal sıkıntısı olan hastaların diğer nedenlerle gelen ve önceliği olan hastalardan daha önce bakım almalarını, diğer nedenlerle gelen hastaların daha çok bekletilmelerini ve/veya aynı anda acil bakım ve tedavi biriminde gereğinden çok hastaya bakım verilmesini etkileyebilir. Ayrıca acil bakım ve tedavi alanında çalışanların iş yükünü artırabilir.

Çalışmada eğitim sonrasında ise hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara verdikleri triyaj kategorisine göre (Kategori 3- beklenen süre 30 dakika içinde) daha uzun ve yeterli bir süre (26,56 dakika) beklettikleri saptanmıştır. Her ne kadar hastaların bekletildiği süre uzamış gibi görünse de özellikle triyaj kategorisine göre uygun süre kadar bekletilmeleri RSTS uygulamasının geçerliliği açısından önemli bir bulgudur.

Ruh sağlığı triyaj skalasının temel amacının genel olarak hasta bekleme sürelerini arttırmak veya azaltmak değil, triyaj hemşirelerinin en yüksek öncelikli hastalara daha kısa bekleme süreleri tahsis etmeleri ve böylece hastanın bekleme sürelerini ihtiyaca göre yeniden düzenleyebilmesi olduğu belirtilmektedir (Sands vb., 2014). Buna göre ruhsal hastalıklara yaklaşım ve RSTS konulu hemşirelere verilen eğitim sonrasında RSTS uygulamasının geçerliğini etkilediği düşünülebilir.

Fakat hastaların triyajda bekleme sürelerinin hemşirelerin belirlediği triyaj koduna uygunluğunun tesadüfi ve gerçek olup olmadığını değerlendirmek için; hastaların acil servise başvuru şekli (Tablo 15) ve başvuru zamanı (Tablo 16) dikkate alınarak tekrar incelenmiştir.

Çalışmada hastaların başvuru şekline göre triyaj kodu ve bekleme süreleri ortalamalarına bakıldığında; toplam ve ayaktan başvuran hastaların eğitim öncesinde Triage Kodu 1, eğitim sonrasında Triage Kodu 2 alan hastaların beklenen maximum süreden, daha uzun süre bekledikleri saptanmıştır. Triage kodu ile belirlenen sürenin maximum bekleme süresi olduğu (Sands vb., 2014) dikkate alındığında; toplam ve ayaktan başvuran hastaların eğitim öncesi ve sonrasında maximum bekleme süresinin triyaj kodlarına göre daha uzun süre olduğu belirlenmiştir. Buna göre genel olarak hemşirelerin belirlediği triyaj koduna göre ortalama bekleme süresinin uygun olduğu görüldüğü, hastaların maximum bekleme sürelerine bakıldığında triyaj koduna göre uygunluk olmadığı saptanmıştır (Tablo 15).

Ayrıca çalışmada 112 ile başvuran hastalara eğitim öncesi dönemde Triage Kodu 2,3,4 verilerek ilk 5 dakika içerisinde, eğitim sonrası dönemde ise hastalara Triage Kodu 1

verilerek ilk 6 dakika içinde bakım alanına alınmıştır (Tablo 15). Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ (2009)'de *“Hastanın sevk edildiği sağlık tesisi, hastanın kabulü için gerekli tedbirleri almak ve bekletmeksizin tedavisini başlatmak ile yükümlüdür”* şeklinde belirtilmektedir. Buna göre eğitim öncesi ve sonrasında hastalar hızlı bir şekilde bakım almalarına rağmen eğitim öncesi dönemde yanlış triyaj kodunun verilmesi dikkat çekicidir. Eğitim sonrası dönemde hemşirelerin doğru triyaj kodu verdikleri görülmektedir.

Fakat hastaların triyajda bekleme sürelerinin hemşirelerin belirlediği triyaj koduna uygunluğunun başvuru zamanı (Tablo 16) dikkate alınarak değerlendirildiğinde; eğitim öncesi dönemde en çok başvurunun sırasıyla 20.01-24.00, 12.01-16.00 ve 16.01-20.00 saatleri arasında olduğu, eğitim sonrası dönemde ise sırasıyla en çok başvurunun 16.01-20.00 ve 12.01-16.00 saatleri arasında olduğu bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrasındaki bu farkın araştırma verilerinin toplandığı mevsimsel özellik ve ve araştırmacının hastanede bulunuş saatleri ile ilgilidir.

Ayrıca çalışmada hastaların başvuru zamanına göre hastaların triyajda bekleme bekleme sürelerinin hastalara verilen triyaj koduna genel olarak eğitim sonrası dönemde nispeten daha uygun olduğu dönemde görülmektedir (Tablo 16). Buna karşın çalışmada hastaların başvuru zamanına göre en uzun triyajda bekleme süresi ortalamasına bakıldığında, eğitim öncesi dönemde 00.01-04.00 saatleri arasında ortalama 30,33 dakika, eğitim sonrası dönemde 12.01-16.00 saatleri arasında ortalama 37,77 dakika bekledikleri; ayrıca her iki dönemde de hastaların başvuru zamanına göre hastaların maksimum bekleme sürelerine bakıldığında, bekleme süresinin triyaj kodları ile uygun olmadığı, değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Buna göre hastaların triyajda bekleme sürelerinin birimin yoğun olduğu zaman birimi veya başvuran hasta sayısı ile olmadığı belirlenmiştir. Bu sonucu etkileyen diğer faktörlerin (aynı saatlerde acil servise fiziksel sorunlarla başvuran hasta sayısı ve bu hastaların özellikleri, araştırmacının klinikte bulundu zaman dilimi, ruhsal sıkıntısı olan tüm hastaların araştırmaya dahil edilememesi gibi) olduğu gözönünde bulundurulmalıdır.

Tablo 13 ve Tablo 14'de göre belirlenen hastaların triyajda bekleme sürelerinin hemşirelerin belirlediği triyaj koduna uygunluğunun tesadüfi bir sonuç olduğu belirlenmiştir. Yani hemşirelerin hastalara belirledikleri triyaj kodunu dikkate alarak hastaları uygun sürede bekletmedikleri, hasta bekleme süresini klinik işleyişlerine göre

belirledikleri saptanmıştır. Buna göre eğitim sonrasında hemşireler ruh sağlığı triyaj skalasını uygulayarak doğru triyaj kategorisi belirleyebilselerde, hastaların uygun sürede bakım almalarını sağlamakta zorlanmaktadırlar. Bunun için ruh sağlığı triyaj uygulamasının bir hasta örnekleminde değil, tüm hastalarda klinik ileyişine adapte olmuş şekliyle uygulanmasının gerekli olduğu ve sonucu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgu “*Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması, hastaların triyajda bekleme süresinin hemşirelerin belirlediği triyaj koduna uygun olmasında etkilidir*” hipotezini desteklememektedir.

5.2.1.6. Ruh Sağlığı Triage Skalası Uygulamasının Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Durumuna Etkisinin Tartışılması

Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$); eğitim öncesi ve eğitim sonrası memnuniyet düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu, fakat eğitim öncesi hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir (Tablo 17). Benzer şekilde Melbourne’de üçüncü basamak bir hastanenin acil servisine ruhsal sıkıntısı olan nedeniyle başvuran 276 hasta ile telefon görüşmesi yapılarak yapılan çalışmada, özellikle psikiyatri acil psikiyatrik durumlara yaklaşım, tedavi ve bakım konusunda tecrübesi olan personel bulunduğu memnuniyet oranının arttığı belirtilmektedir (Summer, & Happell, 2003). Acil servise ruhsal sıkıntısı nedeniyle başvuran hastaların memnuniyet düzeyini belirten diğer bir çalışmada, hastaların % 35’inin düşük düzeyde, % 29’unun orta düzeyde ve % 36’sının yüksek düzeyde memnun olduğu saptanmıştır (O’Regan, & Ryan, 2009).

Çalışmada, eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde hastaların çoğunun, acil servise başvurduklarında sıklıkla kendileriyle ilgilenen sağlık çalışanının acil servis doktorları olduğunu belirtmiş olmasına rağmen, hemşirelik hizmetini yeterli bulmaları dikkat çekicidir. Bu durumun hastaların hemşirelerin görev ve yetkinlikleri kapsamında ne yapmaları gerektiği ve beklentileri konusunda bilgi ve deneyim sahibi olmadıklarının göstergesi olarak düşünülmektedir.

Çalışmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde hastaların çoğu, acil serviste hemşirelerle güçlük yaşamadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte eğitim öncesi dönemde hastalar, çoğunlukla hemşirelerin mahremiyete dikkat ettiğini, yeterince ilgili ve nazik olduklarını fakat kendilerini anlamadıklarını, tedavi ve bakım için bekletildiklerini; eğitim sonrası dönemde ise hastalar, çoğunlukla hemşirelerin mahremiyete dikkat ettiklerini ve yeterince ilgili ve nazik olduklarını fakat yapılacak işlem hakkında bilgi vermediklerini, acil servise diğer şikâyetlerle gelen hastaları daha çok önemsendiğini belirtmişlerdir. Morphet ve arkadaşları (2012) acil servise başvuran hastalarla yaptıkları nitel çalışmada, hastalar acil servis içerisinde sıkıntılarının; dinlenmemek, kadın personele erişimde zorlanma, hastalara zamanında müdahale edilememesi ve ayrı bir alanın olamaması olduğunu ve doktorlara göre diğer çalışanlardan daha çok memnun kaldıklarını belirtmişlerdir (Morphet vb., 2012). Birçok çalışmada da özellikle acil servise ruhsal sıkıntısı ile başvuran hastaların acil servis hizmeti memnuniyet düzeyinin düşük olmasının nedenlerinin; uzun bekleme süresi (Summer, & Happel, 2002; Clarke vd., 2007) triyaj alanında mahremiyete özen göstermeme (Summer, & Happell, 2002; Clarke vd., 2007), acil serviste bakımına erişimlerinin eşit olmaması, diğer şikâyetlerle başvurusu olan hastaları daha çok önemseme (Broadbent vd., 2010b; Kirby, v& Keon, 2004; Wand, & Happell, 2001, Clarke vd., 2007), çalışanlar tarafından anlaşılmadıkları düşüncesi ve çalışanların olumsuz ve damgalayıcı tutumları (Summer, & Happel, 2002; Clarke vd., 2007) ile ilgili olduğu belirtilmektedir.

Diğer taraftan bilgilendirilmenin memnuniyete olumlu bir etkisinin olduğu (Clarke vd., 2007; Bulut, 2006), servisteki bekleme süresini kısaltmak yerine hastaya acil servisin işleyişi ve bekleme süresine ilişkin bilgi verilmesinin algılanan bekleme süresini kısalttığı ve hasta memnuniyetini artırdığı (Taylor, & Bengner, 2004), belirtilmiştir. Ayrıca acil servis çalışanlarına yönelik yapılan eğitim programlarının (Clarke vd., 2007; Broadbent vd., 2002; Smart vd., 1999; Broadbent vd., 2010a) ve triyaj uygulamasının keskinliğinin (Elder vd., 2004; Raper, Davis, & Scott, 1999; Brown, & Clarke, 2014; Broadbent vd., 2002; Smart vd., 1999) ruhsal sıkıntısı olan hasta memnuniyetini olumlu anlamda etkilediği belirtilmektedir. Buna göre hastaların beklentileri farklılık göstermesine rağmen, evrensel bir sorun olan memnuniyeti algısını artırabilmek için çalışanlara yönelik tekrarlı ve sürekli bir şekilde eğitim programı düzenlenmesinin gerekli ve önemli olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgu “*Ruh sağlığı triyaj skalası, acil servise başvuran ruhsal sıkıntıları olan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetini artırma yönünde etkilidir*” hipotezini desteklememektedir.

5.2.1.7. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulamasının Ruhsal Sıkıntıları Olan Hastaların Acil Servise Tekrar Başvuru Durumuna Etkisinin Tartışılması

Çalışmada hastaların acil servise tekrar başvuruları değerlendirildiğinde eğitim sonrasında hastaların tekrar başvuru sayısı ve kliniği terk etme sayısı düşerken, tekrarlı başvuruda intihar nedeniyle gelen sayısının %1,9 farkla daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Bost, Crilly ve Wallen (2015) yaptıkları çalışmada acil servise ruhsal sıkıntısı ile gelen hastalardan özellikle intihar düşüncesi ve eylemi olan hasta sayısında azalma olduğu; duygusal kriz ve kaygı nedeniyle başvuran hastaların tıbbi araştırmalarında (örneğin, biyokimya, EKG gibi) artış olduğu belirtilmiştir (Bost, Crilly, & Wallen, 2015). Literatürde bu konu ile ilgili yeterince çalışma bulunamamıştır. Çalışmada da özellikle eğitim sonrası dönemde tekrar intihar nedeniyle gelen hasta sayısında artış olması beklenmese de, bu sonucun hastaların klinik durumu ile ilgili olabileceği ve/veya araştırma bulgularının elde edildiği mevsimin kış (kasım, aralık, ocak, şubat) olmasının bu durumu etkileyebileceği; çalışmanın sadece üç aylık diliminde yapılan incelemenin yeterli olmadığı, bu nedenle hastaların tekrarlı başvuruları konusunda daha uzun süreli çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgu, “*Ruh sağlığı triyaj skalası, hastaların triyaja tekrar başvuruları üzerine etkilidir*” hipotezini desteklememektedir.

5.2.2. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Uygulaması Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde hemşirelerin ve bağımsız uzman Uzman2’nin verdiği triyaj kategorileri arasındaki tutarlılık durumunun eğitim öncesi dönemde zayıf düzeyde, eğitim sonrası dönemde ise iyi düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 19, Tablo 20).

Literatürde birçok çalışmada triyaj uygulaması ve hastalıklara yaklaşım konusunda verilen eğitimin, triyaj değerlendirme keskinliğini ve güvenilirliğini artırdığı belirtilmiştir (Fitzgerald vd., 2010; Sands, 2009; Brown vd., 2015; Tobin vb.,1999). Araştırma bulgularını destekler nitelikte Happell, Summers, Pinikahana (2003)’nın 124 hasta ile yaptıkları çalışmada, ruh sağlığı triyajı konusunda eğitim almamış triyaj hemşireleri ile psikiyatri hemşirelerinin verdikleri ruh sağlığı triyaj kategorileri arasındaki uyumun zayıf düzeyde ($Kappa=0,290$) olduğu (Happell vd., 2003); Brown, Clarke, Spence (2015)’nın hemşirelere verilen eğitimin KTAS’ın güvenilirlik düzeyi üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada, eğitim öncesi,% 95 güven aralığında uyumun zayıf düzeyde ($kappa=0,312$) iken eğitim sonrasında iyi düzeyde ($Kappa=0,680$) olduğu belirtilmektedir (Brown vd., 2015).

Smart ve ark. (1999)’nın Avustralya Ruh sağlığı Triyaj Skalası eğitimi ve uygulaması sonrasında triyaj hemşireleri ve bir liyezon psikiyatri hemşiresi arasında triyaj kodu tutarlığına baktıkları çalışmada % 95 güven aralığında kappa skorunun 0,890 olduğu, çok iyi düzeyde uyum olduğu ve güvenilirliği artırmak için çalışmanın iki yıl sürdüğü saptanmıştır (Smart vd., 1999). Bununla birlikte RSTS’nin sadece tanıtılmasının triyaj hemşireleri ile psikiyatri hemşiresinin verdikleri triyaj kategorileri arasında bir uyum yaratmada etkili olmadığı, triyaj hemşirelerinin ruhsal sorunlara yaklaşım konusunda bilgi ve becerilerini geliştirecek eğitim programlarının tekrarlı bir şekilde yapılması gerektiği belirtilmiştir (Happell vd., 2003).

Buna göre araştırma ve literatür bulguları ışığında ruh sağlığı triyaj yaklaşımı konusunda verilecek olan eğitimin, hemşirelerin doğru triyaj kategorileri verebilmesi ve ruh sağlığı triyaj kategorilerinin güvenilirliğinin artırılması konusunda etkili olduğu aşıkardır. Araştırmada her ne kadar eğitim sonrasında uzman ve hemşirelerin verdikleri triyaj kategorisine göre RSTS’nin güvenilirlik düzeyi yüksek çıksa da, güvenilirlik düzeyinin artması ve sürekli yüksek düzeyde olması açısından eğitim programlarının tekrarlı bir biçimde yapılmasının gerekli ve önemli olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgu *“Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması güvenilirlidir”* hipotezini desteklemektedir.

5.3. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin Etkinliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3.1. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastalara Bakım Vermeye Yönelik Duygu, Düşünce ve Tutumuna Etkisinin Tartışılması

Çalışma sonucuna göre hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastaları değerlendirme ve bakım verme konusunda, eğitim öncesine göre özellikle eğitimden üç ay sonra kendilerine daha fazla güvenmektedir (Tablo 21).

Birçok çalışmada acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda kendilerine güvenmedikleri (Brown, & Clarke, 2014; Wand, & Happell, 2001; Jelinek, Weiland, Mackinlay, Gerdtz, & Hill, 2013; Küçükoğlu vd., 2017), ruhsal hastalıklara yaklaşım konusunda verilen eğitim ve ruh sağlığı triyajı uygulaması sonrasında kendilerine daha çok güvendikleri (Brown, Clarke, & Spence, 2015; Stuhlmiller vd., 2004) belirtilmiştir. Broadbent, Jarman ve Berk (2002) acil hemşireleri ile yaptıkları çalışmada RSTS uygulama öncesi hemşirelerin % 73,8'ünün bakım verme konusunda kendilerine güven düzeyinin düşük olduğu (hiç güvenmediği yada az güvendiği), RSTS uygulaması sonrasında ise % 96,2'sinin orta derecede kendilerine güvendikleri bulunmuştur (Broadbent vd., 2002). Stuhlmiller ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada alkol ve madde kullanımına yönelik verilen eğitimi sonrasında, acil servis çalışanlarının ruhsal bozukluklar konusuna daha dikkat çektikleri, bakım konusunda daha duyarlı oldukları, ruh sağlığı sorunlarının önemine inandıkları, hastaya yaklaşımda ve bakım sunarken kendilerine güvendikleri saptanmıştır (Stuhlmiller vd., 2004). Chan, Chien ve Tso (2009) 18 hemşirenin katılımı ile yaptıkları çalışmada da, 18 saatlik yansıtıcı öğrenme ilkelerine dayanan intihar önleme ve yönetimi konusunda verilen eğitimin, hemşirelerin intihar önleme ve yönetiminden kaynaklanan stres düzeylerine dair bilgi, yetkinlik ve stres düzeylerini olumlu yönde etkilediği ve hemşirelerin kendilerini intihar riskini

yönetmede daha yetkin olarak algıladıkları, kendilerine güvendikleri belirtilmiştir (Chan, Chien, & Tso, 2009).

Çalışmada eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin bakım verirken güçlük yaşama durumları arasında fark olmasa da eğitim öncesi dönemde yaşadıkları güçlük düzeyinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 21). Diğer taraftan eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemlerde hemşirelerin güçlük yaşama nedenlerine yönelik güçlük yaşama durumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim öncesi puan ortalamasının daha yüksek olduğu, yani eğitim öncesi dönemde daha çok güçlük yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 22). Çalışmada eğitim sonrasında hemşirelerin bakım verirken güçlük yaşamalarını etkileyen nedenlerle ilgili olarak *“bakımın çok zaman aldığı, hastaya nasıl yaklaşacağını bilemiyor olma, kendini yeterli hissetmiyor olma, diğer hastaların daha öncelikli/önemli olduğu”* düşüncelerinin azaldığı, ruh sağlığı çalışanları ile iletişim ve işbirliği yetersizliğinin önemli bir etken olduğu saptanmıştır. Ayrıca eğitim sonrasında hemşirelerde, bakım verirken yaşadıkları güçlüklerin hasta ile ilgili değil, acil servisin fiziki koşulları ile ilgili olduğu konusunda farkındalık gelişmiştir (Tablo 22).

Yapılan birçok çalışmada da benzer şekilde sıklıkla acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken güçlük yaşadıkları (Yıldırım vd., 2018; Broadbent vd., 2002; Jelinek vd., 2013), olumsuz basmakalıp düşüncelerinin olduğu (Happell vd., 2003; Clarke vd., 2014) ve fiziksel şikâyeti olan hastaların daha öncelikli olduğu (Jones, Howard, & Thornicroft, 2008; Clarke, Usick, Sanderson, Giles-Smith & Baker 2014) düşüncelerinin bakım vermeyi güçleştirdiği belirtilmektedir. Çalışmada eğitim öncesi dönemde güçlük yaşama algısı daha fazla iken, eğitim sonrası güçlük yaşama algısının azalması ve özellikle eğitim sonrası dönemde *“bakımın çok zaman aldığı, kendini yeterli hissetmiyor olma, hastaya nasıl yaklaşacağını bilemiyor olma ve diğer hastaların daha öncelikli olduğu”* düşüncelerinin oldukça azalmasının eğitimin etkinliği ve bakım kalitesi açısından oldukça önemli bir bulgu olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan hemşireler, ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken güçlük yaşamalarını etkileyen etmenlerin, eğitim öncesi dönemde ilk sırada *“hastalarla ilgili”* (saldırgan davranması, hasta ile iletişim kurulamaması gibi) olduğunu belirtirken, eğitim sonrası ve üç ay sonrasında *“acil servisin fiziki koşulları ile ilgili”*

(*şiddete maruz kalmayı kolaylaştıran güvenli olmayan fiziki ortam, hasta bekleme alanının uygun olmaması, özel görüşme odasının olmaması gibi*) olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada eğitim sonrasında eğitim öncesindeki ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik algının değişmesi ve acil servisin olumsuz koşullarına yönelik ve birçok konuda farkındalık oluşması önemli bir bulgudur. Diğer taraftan hemşireler hasta bakımını güçleştiren diğer etmenlerin “*hasta sayısının çok olması, sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması, hastanın yatış için uzun süre bekletilmesi, hastadan yetersiz öykü alma, psikiyatri konsültasyonunun geç yapılması, yataklı klinikte yatak sayısının az olması, hastaya uygun zamanı ayıramama, güvenlik elemanının yetersiz sayıda olması*” ile ilgili olduğunu ifade etmiştir (Tablo 23). Birçok çalışmada da genel acil servisin fiziki koşullarının uygun olmaması (Morphet vd., 2012; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; Smart vd., 1999), gürültülü, hızlı tempolu gergin ve stresli bir ortam olması, hasta mahremiyetinin önemsenmemesi (Marynowski-Traczyk & Broadbent 2011; Clarke vd., 2014; Cleaver, 2014), hasta güvenliği ile ilgili önlemlerin yetersizliği (Doyle, Keogh & Morrissey, 2007), ruh sağlığı protokollerinin ve triyaj araçlarının yetersiz olması (Kerrison, & Chapman, 2007; Doyle vd., 2007), hasta bekleme süresinin uzun olması (Pich, Hazelton, Sundin, & Kable, 2011; Clarke vd., 2007), hasta bakım ve tedavisi için ayrılan zamanın kısıtlılığı (Doyle vd., 2007); sağlık çalışanları arasında rol belirsizliği ve deneyimin az olması (Wright vd., 2003), acil vakanın karmaşık olması (*psikiyatrik ve fiziksel sorunun birlikte olması gibi*) (Jelinek vd., 2013), hastaların tekrarlı başvuruları nedeniyle yaşanan sıkıntı (Doyle vd., 2007) gibi etmenlerin sağlık çalışanlarının bakım vermelerini güçleştiren etmenler olduğu belirtilmiştir. Gerdtz, Weiland, Jelinek ve Hill (2012) 16 hemşire ve 20 doktorla nitel yöntemle yaptıkları çalışmada, bakım vermeyi güçleştiren etmenleri dört temel başlık altında belirtmişlerdir. Bunlar; çevresel faktörler (fiziksel yapı, sıkıştırılmış zaman aralığı), politika ve eğitim (kılavuzlar, eğitim ve kaynaklar), personel faktörü (bilgi, deneyim, tutum) ve hasta faktörü (polis varlığı, hasta davranışı, klinik durum) dır (Gerdtz, Weiland, Jelinek, & Hill, 2012).

Broadbent, Moxham, ve Dwyer (2014)’ın gözlemsel etnografik nicel yöntemle yaptıkları çalışmada, acil servis hemşirelerinin ruh sağlığı triyajını hızlı bir şekilde uyguladıkları, acil servisin çevresel özelliklerinin (*yoğun ve gürültülü bekleme odaları*) triyaj değerlendirme ve verilen hizmetin yönetimini etkilediği saptanmıştır (Broadbent, Moxham, ve Dwyer, 2014).

Bununla birlikte acil servise ruhsal sıkıntısı ile başvuran hastalara etkin ve güvenilir yaklaşım sağlayabilmek için; acil servis hemşirelerinin lisansüstü eğitim programını tamamlaması, kliniklerde düzenli olarak hizmet içi eğitim programının uygulanması (*saldırgan hasta yönetimi, istemsiz yatış, tedavi ve bakım yönetimi, triyaj yaklaşımı konusunda*), hemşirelerin doğru triyaj kategorisi verebilme ve uygun güvenlik önlemlerini alabilme becerisi kazanması gerektiği belirtilmektedir (Innes, Morphet, O'Brien, & Munro 2013). Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunun lisans mezunu olmasının ve lisansüstü eğitim programına devam eden hemşirelerinde olmasının eğitim sonrası saptanan bulguları olumlu anlamda etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşireler, bakım verirken sıklıkla güçlük yaşamalarını etkileyen acil başvuru nedenlerini eğitim öncesi ilk sıralarda, “*saldırgan olma, zarar verme riski*”, “*alkol/madde bağımlılığı*” ve “*konversiyon bozukluğu*”; eğitim sonrası dönemde “*İntihar girişimi, intihar düşüncesi*”, “*saldırgan olma, zarar verme riski*”, “*Akut psikoz, manik epizod gibi durumlar*” ve “*konversiyon bozukluğu*”, “*alkol/madde bağımlılığı*”; eğitimden üç ay sonra ise “*saldırgan olma, zarar verme riski*”, “*İntihar girişimi, intihar düşüncesi*” ve “*konversiyon bozukluğu*” şeklinde belirtmişlerdir (Tablo 23). Literatür bulguları da bu sonucu desteklemektedir. Jelinek ve arkadaşları (2013) hemşirelerin özellikle saldırgan davranış, kendine zarar verme riski, alkol ve madde kullanımı olan, psikiyatrik ve fiziksel sorunun birlikte olduğu hastalara bakım vermekte zorlandıklarını (Jelinek vd., 2013); Botega ve arkadaşları (2005)’ı acil servis hemşirelerinin intihar eden olgulara bakım vermekte zorlandıklarını (Botega vd., 2005; Wand, & Happel, 2001) belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin saldırgan hasta ile iletişim kurabilme, zehirlenme ve psikoz belirtilerini ayırt edebilme, tedaviyi reddeden hastayla işbirliği yapabilme, kendine zarar veren hastayı anlama ve psikiyatrik terminolojiyi uygun bir şekilde kullanabilme ile ilgili güçlük yaşadıklarını; bir psikiyatri hastasını değerlendirmenin fiziksel hastalıkları değerlendirmek kadar kolay olmadığını belirtmişlerdir (Wand, & Happel, 2001). Farklı olarak KTAS’ın ruh sağlığı kategorilerini test etmek için yapılan bir çalışmada, eğitim ve triyaj uygulaması sonrasında hemşirelerin saldırgan davranışları olan ve psikotik bulguları olan hastaya yönelik yaklaşımda güçlük yaşamadıkları ve kendilerine güvendikleri (Brown vd., 2015), bir çok çalışma da acil hemşirelerinin

kendine zarar vermek isteyen hastalara karşı olumlu tutum içinde oldukları (McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2007; McCarthy, ve Gijbels, 2010; Harris, Beurmann, Fagien, & Shattell, 2016) saptanmıştır. Ayrıca çalışmada, her üç dönemde de hemşirelerin sıklıkla tedaviyi reddeden ve küfürlü konuşan hastalara bakım verirken zorlandıkları saptanmıştır (Tablo 24). Buna göre çalışmada her üç dönemde de hemşirelerin benzer nedenlerle başvuran ve benzer davranışları (*tedaviyi reddeden ve küfürlü konuşan*) olan hastalara yönelik bakım verirken güçlük yaşamaları nedeniyle; hemşirelerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi düzeyleri yüksek olsa da öğrendiklerini davranışa dönüştürme konusunda zorlandıkları ortaya çıkmıştır. Bu nedenle Innes ve arkadaşlarının (2013) belirttiği gibi acil psikiyatrik bozukluklara yönelik iyileştirme programlarının (*çalışanların ruhsal bozukluklara yaklaşım ve triyaj uygulaması gibi*) sürekli ve farklı yöntemlerle (*rol play, grup çalışması gibi*) yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken hissettikleri üç duyguyu belirtmeleri istendiğinde eğitim öncesinde sıklıkla öfke, kaygı, çaresizlik eğitim sonrasında ise üzüntü, kaygı, çaresizlik ve acıma, eğitimden üç ay sonra ise kaygı, korku ve çaresizlik hissettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 24). Her üç dönemde de temel duyguların kaygı ve çaresizlik olduğu görülmektedir. Literatürde bu bulguları destekler niteliktedir. Yıldırım, Ersoysal ve Güler (2018)'in acil servis çalışanları (*doktor ve hemşire*) ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmada, çalışanların ruhsal hastalıklara yönelik orta düzeyde olumlu inanca sahip oldukları, "çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma", "tehlikelilik" "utanma" tutumunda oldukları, üzüntü ve kaygı hissettikleri belirtilmiştir (Yıldırım vd., 2018). Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntısı olan hastaya bakım verirken stres (Holdsworth, Belsha, & Murray 2001; McAllister vs., 2002) ve hastaların tekrarlı başvuruları nedeniyle (dönerkapı sendromu) umutsuzluk yaşadıkları (Clarke vd., 2014); saldırgan hastaya yönelik korku ve öfke (Kerrison, & Chapman, 2006), güçsüzlük (Wand, & Happel, 2001; Chapman, & Martin, 2014); kendine zarar verebilecek hastalara karşı hayal kırıklığı, öfke (Egan, Sarma, & O'Neill, 2012; Suokas, Suominen, & Lonnqvist, 2009), çaresizlik hissi (Doyle vd., 2007; Egan vd., 2012) kınayıcı bir tutum, karmaşık ve

kararsız duygular (Botega vd., 2005) yaşadıkları belirtilmektedir. Buna göre yurt içi ve yurt dışı çalışmalarda acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntıları olan hastaya yönelik ortak duygulara sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çalışmada eğitim sonrasında ruhsal sıkıntısı olan hastaya bakım verirken özellikle öfke ve çaresizlik duygusunun oldukça azalmış olması ve yerine üzüntü, acıma, kaygı duygularının artması, hemşirelerin daha empatik bir duygu içerisinde oldukları ve bakım vermeye yönelik farkındalıkları arttığı için kaygı duyduklarını düşündürmektedir. Bu durum hemşirelerin hasta bakım kalitesini artırmasını etkileyen önemli bir sonuç olabilir. Diğer taraftan eğitimden üç ay sonra korku, kaygı ve çaresizlik duygularının daha yoğun hissedilmesinin, hemşirelerin “zarar görebilirim” düşüncesi ile ilgili olabileceği gibi, kısa süreli eğitimsel müdahalelerin kişinin tutumu üzerine etkisinin kısa sürmesi ile ilgili (Clarke vd., 2014) olabileceği; bu nedenle eğitim programlarının tekrarlı bir şekilde yapılmasının gerekli olduğu ve hemşirelerin daha çok hasta ile karşılaşmalarının korku duygusunu azaltacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşireler eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra da hastaya bakım vermeleri gerektiğinde çoğunlukla hastaya yakın mesafede bulunmaktan çekindiklerini belirtmişlerdir (Tablo 24). Acil servis hemşireleri ile yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerin sakin, daha temkinli ve kontrollü davrandığı (Yıldırım vd., 2018), bir kriz dönemine kadar bakımdan kaçındıkları (Brown, & Clarke, 2014), çoğu zaman olumsuz tutum ve davranışlarının olduğu (McAllister vd., 2002; Holdsworth vd., 2001), ruhsal bozukluğu olan hastaların fiziksel hastalıklarının görmezden gelindiği (Jones vd., 2008; Clarke vd., 2014; Summer, & Happel, 2002) belirtilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda, eğitim programı sonrasında hemşirelerin hastalara yönelik olumsuz tutumunu azaldığı (Holdsworth vd., 2001; McAllister vd., 2002; Purves, & Sands, 2009; Huckson, & Davies, 2007; Clarke vd., 2006) ve örgütsel iklimin olumlu bir şekilde etkilendiği (Wright vd., 2003) belirtilmiştir. Broadbent ve arkadaşlarının (2002) acil hemşireleri ile yaptıkları çalışmada da RSTS uygulama öncesi hemşirelerin %65,2'si hastalara bakım verirken geciktiğini, RSTS uygulama sonrasında ise hemşirelerin % 88,8'i hastalara uygun zaman diliminde bakım verdiklerini belirtmiştir (Broadbent vd., 2002). Örgütsel iklimin iyileştirilmesi ve ruh sağlığı triyaj uygulamasının etkin bir şekilde uygulanabilmesinin eğitim uygulaması

ile olacağı aşıkardır. Çalışmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemlerde hemşirelerin hastalara yönelik tutumlarının değişmemesi, daha az bir sıklıkta da olsa hemşirelerin “*Hastanın yanına daha geç gittiğim oluyor*”, “*Bazen hastanın canını acıtmak istiyorum*”, *Hasta ile hiç konuşmak istemiyorum*” şeklinde ifadelerinin olması dikkat çekicidir. Eğitimsel müdahalelerin bireylerin tutumları üzerinde kısa süreli etkili olduğu ve eğitimin belli aralıklarla sürdürülmesi gerektiği (Clarke vd., 2014) bilgisi, araştırma bulgularını destekler niteliktedir. Bu nedenle eğitimin tutuma dönüştürülmesi sürecinde tekrarlı eğitimlerin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada, eğitim öncesi dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastaların acil psikiyatrik bakımın “*Psikiyatri kliniği, özel yapılandırılmış acil psikiyatrik birim*” de yapılması gerektiğini belirten hemşirelerin sayısı fazla iken; eğitim sonrası ve üç sonrası dönemde acil psikiyatrik bakımın “*Genel acil serviste (ruh sağlığı çalışanının veya bu konuda özel eğitim almış kişilerin olduğu, güvenli görüşme odasının bulunduğu, fiziksel koşulların uygun olan)*” yapılması gerektiğini belirten hemşire sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 25). Literatürde sıklıkla ruhsal sıkıntısı olan hastalarla yapılan çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmalarda hastalar damgalanmaktan çekindikleri için acil psikiyatrik bakım için psikiyatrik acil birimlere değil (Clarke vd., 2007), tek kişilik görüşme odalarının olduğu, hasta mahremiyetini koruyan, gerektiğinde acil müdahalenin yapılabileceği genel acil servislerine başvurmak istediklerini (Mavrogiorgou, Brune, & Juckel 2011; Clarke vd., 2007) ve acil servis içinde psikiyatri çalışanlarının görev alması gerektiğini belirtmektedir (Wynaden vd., 2003; Clarke vd., 2007). Buna göre eğitim programı sonrasında, ruhsal sıkıntısı olan hastaların acil başvurularda olması gereken bakım standartları konusunda hemşirelerde farkındalık oluştuğu; ayrıca hemşirelerin “*hastanın gereksinimleri doğrultusunda yapılandırılmış bir genel acil servis ortamının daha uygun olduğunu*” ifade etmelerinin, hasta bakım kalitesini artırmak ve damgalamayı önlemek açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgular “*Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik duygu, düşünce ve tutumlarının olumlu yönde gelişmesinde etkilidir*”

hipotezini (H2) genel olarak desteklemektedir. Eğitim programının etkinliğini belirlemeye yönelik çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

5.3.2. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastalara Bakım Vermeye Yönelik Bilgi Düzeyine Etkisinin Tartışılması

Çalışmada hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastalara yaklaşım ve acil psikiyatrik bakım konusunda bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu; hemşirelerin eğitim öncesi bilgi düzeyinin kısmen yeterli olduğu ve eğitim sonrası süreçte ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik bilgi düzeyinin arttığı saptanmıştır (Tablo 26). Yıldırım ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada özel bir eğitim almayan acil servis hemşireleri, ruhsal hastalıklar konusundaki bilgi düzeyinin kısmen yeterli olduğunu belirtmiştir (Yıldırım vd., 2018). Birçok çalışmada da sonuçların benzer olduğu (Egan, 2012; McAllister, 2002; Suokas, 2009), eğitim sonrasında hemşirelerin bilgi düzeyinin arttığı belirtilmektedir (Smart vd., 1999; Broadbent vd., 2002; Clarke vd., 2007). Reshetukha ve arkadaşlarının (2018) acil servis doktorları ile yaptıkları çalışmada da intihar riski değerlendirme ve yönetimi konusunda verilen eğitim sonrası ve altı ay sonrasında doktorların etkin değerlendirme becerisine sahip oldukları saptanmıştır (Reshetukha vd., 2018). Çalışma bulgularına göre eğitim sonrası hemşirelerin bilgi düzeyinin yüksek olması eğitim programının etkin ve verimli olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte eğitimden üç ay sonra bilgi düzeyinde kısmen bir düşüş olması, eğitim programının tekrarlı ve sürekli bir şekilde yapılması gerektiği konusunda önemli bir gösterge olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgu “Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik bakım verme bilgisini artırma yönünde etkilidir” hipotezini desteklemektedir.

5.3.3. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin Ruh Sağlığı Triyaj Uygulama Bilgisine Etkisinin Tartışılması

Çalışmada hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonrası dönemde ruh sağlığı triyaj uygulama konusunda bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu; hemşirelerin eğitim öncesine göre ruh sağlığı triyajı uygulama bilgi düzeyinin eğitim sonrası ve üç ay sonrasında arttığı saptanmıştır (Tablo 26). Literatürde eğitim öncesi süreçte triyaj hemşirelerinin fiziksel şikayetle başvuran hastaları doğru bir şekilde değerlendirirken, ruhsal sıkıntı ile başvuran hastaları değerlendirme doğruluğunun çok daha düşük olduğu (Happell, & Summers, 2002); hemşirelerin ruh sağlığı triyaj uygulaması konusunda bilgi ve becerisini artırmak için eğitim programının gerekli olduğu (Smart vd., 1999; Broadbent vd., 2002; Rockland-Miller, & Eells, 2006; Happell vd., 2003; Tobin vd., 1999; Bal, & Gürkan, 2018) belirtilmektedir. Birçok çalışmada da RSTS değerlendirme ve acil psikiyatrik yaklaşım konulu eğitim programı sonrasında ve RSTS kullanımı ile triyaj hemşirelerinin hastaları doğru ve etkin bir şekilde değerlendirme, aciliyeti belirleme, müdahale ve bakım verme konusunda becerilerinin arttığı (Clarke vd., 2006; Happell vd., 2003; Brown, & Clarke, 2014; Marynowski-Traczyk vd., 2013) belirtilmiştir. Ayrıca triyajda tanı koyma ve kategorize etmekte yaşanan aksaklıkları azaltmak için uzun süreli ve tekrarlı eğitim alması gerektiği belirtilmektedir (Smart vd., 1999; Broadbent vd., 2002).

Buna göre çalışmada eğitim sonrası hemşirelerin triyaj uygulama konusunda bilgi düzeyinin yüksek olması eğitim programının etkin ve verimli olduğunu gösterirken; eğitimden üç ay sonrası dönemde, eğitim sonrasına göre daha düşük olması eğitim programının tekrarlı ve sürekli yapılması gerektiğinin göstergesidir. Hemşirelerin triyaj bilgisini arttırmak için kurum yöneticileri tarafından düzenli ve sürekli hizmet içi eğitim programlarının uygulanması ve sertifikasyon programlarına katılımlarının desteklenmesi gerektiği önerilmektedir (Bal, & Gürkan, 2018).

Sonuç olarak bu bulgu “*Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisini artırma yönünde etkilidir*” hipotezini desteklemektedir.

5.3.4. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin İş Doyumu Algısına Yönelik Etkisinin Tartışılması

Çalışmada hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$) eğitim öncesi puan ortalamasının daha düşük olduğu, eğitim sonrası dönemde ise puan ortalamasının arttığı saptanmıştır. (Tablo 27). Literatürde acil serviste ruhsal bozukluklara yaklaşım ve RSTS konulu eğitimin çalışanların iş doyumuna etkisine yönelik bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Fakat çalışmada eğitim sonrası dönemde hemşirelerin iş doyumunun artmasının, acil hemşirelerinin ruhsal hastalıklara yönelik algılarının olumlu anlamda değiştiğinin göstergesi olduğu, iş doyumunu etkileyen farklı etmenlerde olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgu “*Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin iş doyumunu algısını artırma yönünde etkilidir*” hipotezini desteklememektedir. Buna karşın eğitim sonrasında iş doyumunu puan ortalamasının artması nedeniyle farklı örnekleme yapılacak çalışmalara gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

5.3.5. Acil Serviste Ruhsal Sıkıntısı Olan Hastaya Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Konulu Eğitimin, Hemşirelerin İş Yükü Algısına Yönelik Etkisinin Tartışılması

Çalışmada hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonrası dönemde ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken algıladıkları iş yükü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu; hemşirelerin eğitim öncesi iş yükü algısının eğitim sonrası ve üç sonrası iş yükü algısına göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 27). Araştırma bulgularına benzer şekilde Broadbent ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada da RSTS eğitimi ve uygulaması öncesinde acil hemşirelerinin ruh sağlığı değerlendirmesi yapmakta zorlanmaları, yanlış triyaj uygulaması, hastanın gerçek sorununu anlayamama ve değerlendirme için uzun zaman ayırma gibi nedenlerle iş yükü algısının fazla olduğu; eğitim programı ve RSTS uygulaması sonrasında iş yükü algısının olumlu anlamda değiştiği belirtilmiştir

(Broadbent vd., 2002). Diğer taraftan Happell ve arkadaşları (2003) çalışmalarında hemşirelerin triyaj sırasında yaşadığı güçlükleri iş yoğunluğu, hastanın işbirliği düzeyi ve hastayla ilişkide rahatlık düzeyi ile ilgili olduğunu belirtmelerine rağmen algılanan iş yoğunluğu ile triyaj kategorisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Happell vd., 2003). Yapılan pek çok çalışmada da acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntısı olan hasta ile ilgili iş yükü algısını azaltmak için; acil servis hemşirelerinin lisansüstü eğitim programını tamamlaması, kliniklerde düzenli eğitim programının uygulanması, saldırgan hasta yönetimi, istemsiz yatış ve tedavi ve bakım yönetimi ve triyaj yaklaşımı konusunda eğitim ve doğru triyaj kategorisi verebilme becerileri kazanmasının önemli olduğu; ayrıca acil serviste çalışan sayısının artması ve psikiyatri hemşiresinin istihdam edilmesi ve uygun güvenlik önlemlerinin alınması gerektiği belirtilmektedir (Innes vd., 2013; Broadbent vd., 2002). Buna göre literatür bilgi ve bulguları araştırma bulgusunu desteklediği; ruhsal bozukluklara yaklaşım ve RSTS konulu eğitim programının acil servis hemşirelerinin ruhsal bozukluklara yönelik algısını olumlu anlamda etkilediği ve hastalara bakım vermeye yönelik tutumunu değiştirerek iş yükü algısını azalttığı düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu bulgu “*Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitim, hemşirelerin iş yükü algısını azaltma yönünde etkilidir*” hipotezini desteklemektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulguların genel değerlendirilmesi yapılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

6.1. Sonuç

Avustralya Ruh sağlığı Triyaj Skalasının Türk kültürüne uygunluğu;

- ❖ Avustralya Ruh sağlığı Triyaj Skalası dil ve kapsam geçerliği açısından Türk kültürüne uygundur.
- ❖ Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası ile Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu'nun alt kategorilerinin içerik ve tanım olarak örtüştüğü, aralarında anlamlı ve iyi düzeyde bir uyum olduğu saptanmıştır.

Ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının geçerliliği ve güvenirliğine ilişkin sonuçlar;

❖ *Ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının geçerliliğine ilişkin sonuçlar;*

Çalışmada ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının geçerliliği; ruhsal sıkıntısı olan hastaların triyajda bekleme süresi, tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi, toplam acil serviste kalma süresi, hemşirelerin doğru triyaj kodu belirleyebilme (aciliyeti değerlendirme yeteneği) durumu, hasta bekleme süresinin hemşirelerin belirlediği triyaj koduna uygunluğu, hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumu ve tekrarlı başvuru sayısı değişkenleri ile değerlendirilmiştir.

- Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması hastaların triyaj bekleme süreleri üzerine etkilidir. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası triyajda bekleme süreleri arasında anlamlı bir fark olduğu; bekleme süresinin eğitim öncesi dönemde 18,21 dakika; eğitim sonrası dönemde 26,56 dakika olduğu saptanmıştır.
- Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması hemşirelerin doğru triyaj kodu belirleyebilme durumu üzerine etkilidir. Eğitim öncesi dönemde hemşireler uzmanlara göre hastalara daha düşük triyaj kategorisi verme eğiliminde iken; eğitim sonrasında hemşireler uzmanlara benzer şekilde triyaj kategorisi vermektedir.

- Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması sonrasında hastaların triyajda bekleme süresi hemşirelerin belirlediği triyaj kategorisine uygun değildir. Hastaların maksimum triyajda bekleme süresi hemşirelerin verdiği triyaj kategorisinden daha uzun sürelidir.
- Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması hastaların tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresi üzerine etkili değildir. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresine arasında anlamlı fark olmadığı; tedavi ve bakım için acil serviste kalma süresinin eğitim öncesi dönemde 6 saat 13 dakika; eğitim sonrası dönemde 6 saat 31 dakika olduğu saptanmıştır.
- Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması toplam acil serviste kalma süresi üzerine etkili değildir. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam acil serviste kalma süresi arasında anlamlı fark olmadığı; toplam acil serviste kalma süresinin eğitim öncesi dönemde 6 saat 30 dakika; eğitim sonrası dönemde 7 saat 10 dakika olduğu saptanmıştır.
- Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması hastaların hemşirelik hizmeti memnuniyeti üzerine etkili değildir. Hastaların acil servis hemşirelik hizmetlerinden düzeyi orta düzeyin üzerindedir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönem arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Hastalar, acil serviste sıklıkla kendileriyle acil servis doktorunun ilgilendiğini belirtmesine rağmen; eğitim öncesi ve sonrası dönemde hemşirelik hizmetlerinin yeterli olduğunu ve hemşirlerle ilgili güçlük yaşamadıklarını bildirmişlerdir.
- Ruh sağlığı triyaj skalası uygulaması hastaların tekrarlı başvuru sayısı üzerine etkili değildir. Hastaların acil servise eğitim sonrasında tekrar başvuru sayısı ve kliniği terk etme sayısının azaldığı, tekrarlı başvuruda intihar nedeniyle gelen sayısının %1,9 oranında daha fazladır.

❖ *Ruh sağlığı triyaj skalası uygulamasının güvenirliliğine ilişkin sonuçlar*

- Eğitim öncesi ve sonrası dönemde iki uzmanın verdiği triyaj kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir uyum olduğu ve iyi düzeyde önemli derecede uyuşma olduğu bulunmuştur (Kappa 0,679; Kappa 0,790).

- Eğitim öncesi dönemde hemşire ve bağımsız uzman olan Uzman2'nin verdiği triyaj kategorileri arasında tutarlılık durumunun eğitim öncesi dönemde zayıf düzeyde (Kappa 0,268), eğitim sonrası dönemde ise iyi düzeyde (Kappa 0,631) olduğu saptanmıştır. Buna göre ruh sağlığı triyaj skalasının güvenilirliği yüksektir.

Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası konulu eğitimin etkinliğine ilişkin sonuçlar

- ❖ Eğitim programı hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik duygu, düşünce ve tutumları üzerine olumlu etkiye sahiptir.
- Eğitim sonrası dönemde eğitim öncesine göre acil servis hemşirelerinin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken kendilerine güvenme durumları artmıştır ve daha az güçlük yaşamaktadırlar.
- Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde güçlük yaşamalarının temel nedenlerinin zarar görebilirim düşüncesi, ruh sağlığı çalışanları ile iletişim ve işbirliği yetersizliği olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrası dönemde hemşirelerin bakımın çok zaman aldığı, hastaya nasıl yaklaşacağını bilemiyor olma, kendini yeterli hissetmiyor olma, diğer hastaların daha öncelikli/önemli olduğu düşünceleri azalmıştır.
- Hemşirelerin güçlük yaşamasını etkileyen etmenler, eğitim öncesi dönemde ilk sırada hasta ve yakınları olarak belirtirken, eğitim sonrasında acil servisin fiziki koşulları ve hasta yakınları ile ilgili etmenler bildirilmiştir.
- Eğitim öncesi ve sonrası dönemde hemşireler sıklıkla saldırgan davranış ve zarar verme riski, intihar girişimi ve düşüncesi, alkol/madde bağımlılığı, konversiyon bozukluğu ve psikotik bozukluğu nedeniyle başvuran hastalara; özellikle hastaların küfürlü konuşma ve tedaviyi reddetme davranışı nedeniyle bakım verirken güçlük yaşamaktadır.
- Eğitim öncesi ve sonrası dönemde hemşirelerin bakım verirken hissettikleri temel duygular kaygı, çaresizlik ve üzüntüdür. Ayrıca eğitim sonrasında hemşirelerin öfke duygusu azalırken korku duygusu artmıştır.

- Eğitim öncesi ve sonrası dönemde hemşireler hastalara bakım vermeleri gerektiğinde sıklıkla, hastaya yakın mesafede olmaktan çekindiklerini belirtmiştir.
- Eğitim öncesinde hemşireler ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise gelen hastaların, sıklıkla psikiyatri kliniği ve özel yapılandırılmış acil psikiyatrik birimde bakım almaları gerektiği belirtirken, eğitim sonrası dönemde ise uygun koşulları olan genel acil serviste bakım alabileceklerini ifade etmişlerdir.
- ❖ Eğitim sonrası ve üç ay sonrası dönemde eğitim öncesine göre hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik bakım verme bilgi düzeyi ve ruh sağlığı triyaj uygulama bilgi düzeyi belirgin düzeyde artmıştır; eğitimden üç ay sonra ise bilgi düzeyleri azalma eğilimindedir.
- ❖ Eğitim öncesi ve sonrası dönemde hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken algıladıkları iş doyumu arasında anlamlı fark bulunmazken, eğitim sonrası iş doyumu puanı artmıştır.
- ❖ Eğitim öncesi ve sonrası dönemde hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken algıladıkları iş yükü anlamlı derecede farklıdır ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin iş yükü algısı eğitim öncesi ve sonrasına göre daha düşüktür.

6.2. Öneriler

❖ *Ruh sağlığı triyaj yaklaşımına ilişkin öneriler;*

- Ülkemizde Ruh Sağlığı Triage Skalasının etkinliğini saptamaya yönelik daha büyük bir örneklem grubunda çalışmaların yapılması
- Ruh sağlığı triyaj kategorisi ve hasta bekleme süreleri (*triyaj bekleme, nakil bekleme, taburculuk bekleme gibi*) arasındaki uyumun tesadüfi veya gerçek olup olmadığı konusunda tekrarlı çalışmalar yapılması
- Ruh sağlığı triyaj yaklaşımı konusunda tüm acil servis çalışanlarına (hemşire, doktor, güvenlik elemanı vd.) yönelik sürekli ve tekrarlı bir şekilde eğitim verilmesi
- Ruh sağlığı triyaj yaklaşımı ile ilgili çalışmalara ruh sağlığı çalışanlarının dahil edilmesi (*psikiyatri hemşiresi, psikiyatrist*)
- Ruh sağlığı triyaj yaklaşımının hasta memnuniyeti üzerine etkisine yönelik çalışmaların artırılması
- Ruh sağlığı triyaj yaklaşımının, hemşirelerin bakım verirken en çok zorlandıkları hasta grubuna (*saldırgan davranış, kendine zarar verme davranışı, alkol-madde kullanımı gibi*) etkisinin araştırılması
- Ruh sağlığı triyaj yaklaşımının, hastaların tekrarlı başvuruları üzerine etkisini saptamak için uzun süreli çalışmaların yapılması
- Ruh sağlığı triyaj yaklaşımının acil servis maliyet etkinliğine etkisi ile ilgili çalışmaların yapılması
- Ruh sağlığı triyaj yaklaşımının uygunluğu ve/veya geliştirilmesi ile ilgili ülkemiz sağlık bakanlığı bünyesinde çalışmalar yapılması
- Ruh sağlığı triyaj yaklaşımının kullanımı ve tüm çalışanlarca ortak dil oluşturulması için eğitici eğitimlerinin yapılması ve yaygınlaştırılması
- Ruh sağlığı skalası ile ilgili rehberlerin yaygınlaştırılması

❖ ***Ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastaların bakım kalitesini artırmaya yönelik genel öneriler***

Hemşirelere yönelik öneriler;

- Hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastaya bakım verirken yaşadıkları güçlükleri saptamaya yönelik ülke genelinde çalışmalar yapılması
- Hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik deneyim ve görüşleri ile ilgili niteliksel çalışmalar yapılması
- Hemşirelere yönelik acil serviste ruhsal bozukluklara yaklaşım konusunda verilecek eğitimlerin sürekli ve tekrarlı bir şekilde yapılması
- Hemşirelerin ruhsal sorunu olan hastalarla yaşadıkları güçlükleri ve duygularını ifade edebilecekleri, başetme becerisi kazanabilecekleri grup çalışmalarının yapılması
- Acil serviste triyaj hemşirelerinin görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması
- Hemşirelik lisans programı, psikiyatri hemşireliği yüksek lisans programı ve acil hemşireliği ders müfredatında acil psikiyatrik yaklaşım konulu ders saatinin artırılması
- Acil servis hemşirelerinin zor durumda kaldıklarında destek alabilecekleri bir Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresi'nin görevlendirilmesi
- Acil servis çalışanları için acil servise başvuran hastalara yaklaşım konusunda rehberler geliştirilmesi ve bu rehberlerin ulusal alanda yayılması

Acil servis işleyişine yönelik öneriler;

- Acil servis çalışanlarına(*doktor, hemşire, güvenlik elemanı, personel, bilgi işlem birimi çalışanı gibi*) ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım konusunda düzenli ve tekrarlı bir şekilde eğitim verilmesi

- Acil serviste ruhsal bozukluklara yaklaşım konusunda yazılı prosedürlerin olması ve tüm çalışanların (*doktor, hemşire, güvenlik elemanı, personel, bilgi işlem birimi çalışanı gibi*) bilgilendirilmesi
- Acil servis çalışanları ile ruh sağlığı çalışanları arasında olumlu iletişim ve etkileşimin artırılması
- Acil servise hastaların kabulü, doğru triyaj uygulaması, hastaya doğru yaklaşım, hastaların acilde uzun süre kalma nedenleri gibi konularla ilgilenecek denetim mekanizmasının oluşturulması
- Acil servisin fiziki koşullarının iyileştirilmesi (*triyaj bekleme alanlarının, görüşme odası ve diğer tedavi ve bakım alanlarının yeniden düzenlemesi*)
- Hastaların kaldıkları süre içerisindeki uzun bekleme algılarına yönelik; bekleme alanında arka plan müziği çalma, eğitim videolarını bildirme gibi uygulamalar geliştirilmesi
- Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaların bakım kalitesini artırmaya yönelik farklı bakım modellerine yönelik çalışmalar yapılması.
- Ülke genelinde acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastaların yaşadıkları sorunları ve etkileyen faktörleri saptamaya yönelik çalışmalar yapılması ve çalışma sonuçlarına yönelik önlemler alınması
- Ruh sağlığı yasasının onaylanması ve acil psikiyatri ile ilgili yönetmelikler geliştirilmesi

Kaynaklar

- Adeosun, I., Adegbohun, A., Akinjola, O., Jejeloye, A., Ajayi, B., ve Adenusi, T. (2017). Validity of the crisis triage rating scale among attendees of a psychiatric emergency department in Nigeria, *Int J Ment Health Psychiatry*, 3,4. DOI: 10.4172/2471-4372.1000151
- Aker, S., Böke, Ö., Pekşen, Y. (2006). Evaluation of psychiatric disorders among admittances to 112 emergency services in Samsun-2004. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 7, 211–7.
- Akıncı, Ö., (2009). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi Triyaj Skalası'nın Oluşturulması Ve Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi. T.C. dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Ttezi, İzmir.
- Alpar, R. (2012). Geçerlilik ve Güvenirlilik. Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlilik. Detay Yayıncılık, 2. Baskı, 412-432, 448-480. Ankara.
- Antai-Otong, D.(2001). Psychiatric emergencies - How to accurately assess and manage the patient in crisis. Wisconsin: Pesi Healthcare.
- Ataseven Tarhan, M., ve Akın, S. (2016). Triyaj uygulamalarında hemşirelerin rolleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 170-174.
- Atzema, C. L., Schull, M. J., Kurdyak, P., Menezes, N. M., Wilton, A. S., Vermuelen, M. J.,... Austin, P. C. (2012). Wait times in the emergency department for patients with mental illness. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 11,184(18), 969-76. doi: 10.1503/cmaj.111043
- Bal, S., ve Gürkan, A.(2018). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin triyaj bilgilerinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, *Gazi üniversitesi sağlık bilimleri dergisi* 1(1),1-12.
- Bağ, B., ve Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3, 107–27.

- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... Deveci, A. (2013). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24.
- Botega, N.J., Reginato, D.G., da Silva, S.V., Cais, C.F., Rapeli C.B., ; Mauro M. L. F. ... Stefanello S.(2005). Nursing personnel attitudes towards intihare: the development of a measure scale. *Rev Bras Psiquiatr*, 27, 315–8.
- Broadbent, M., Jarman, H., Berk, M. (2002). Improving competence in emergency mental health triage. *Accident and Emergency Nursing*, 10, 155 - 62. <https://doi.org/10.1054/aaen.2001.0377>
- Broadbent, M., Jarman, H., Berk, M. (2004). Emergency departmentmental health triage scales improve outcomes. *J Eval Clin Prac*, 10, 57-62.
- Broadbent, M., Moxham, L., ve Dwyer, T., (2007). The development and use of mental health triage scales in Australia, *Int J Ment Health Nurs*, 16,413–21. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00496.x>
- Broadbent, M., Moxham, L., Dwyer, T. (2010a). Issues associated with the triage of clients with a mental illness in Australian emergency departments. *Australas Emerg Nurs J*, 13:117-123. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2010.08.087>
- Broadbent, M., Creaton, A., Moxham, L.,ve Dwyer, T. (2010b). 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*, 19,712–5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02988.x>
- Broadbent, M., Moxham, L., Dwyer, T.(2014). Implications of the emergency department triage environment on triage practice for clients with a mental illness at triage in an Australian contex. *Australasian Emergency Nursing Journal*,17, 23—29. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.11.002>
- Brown, A.M., ve Clarke, D.E. (2014). Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: Examining triage decision-making. *International Emergency Nursing*, 22,47–51. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.01.005>

- Brown, A.M., Clarke, D.E., ve Spence, J. (2015). Canadian Triage and Acuity Scale: Testing the mental health categories, *Emergency Medicine*,13,7,79-84. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S74646>
- Büyükbayram, A., Baysan Arabacı, L., Başoğlu, C., Kaval, M., Pilge, E., Kılıçkaya, A. (2014). 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.
- Bulut, H. (2006). Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi, *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 12(4),288-298.
- Bost, N., Crilly, J., ve Wallen, K. (2015). The impact of a flow strategy for patients who presented to an Australian emergency department with a mental health illness, *International Emergency Nursing*, 23,265–273. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.005>
- Bost, N., Johnston, A., Broadbent, M., Crilly, J. (2018). Clinician perspectives of a mental health consumer flow strategy in an emergency department. *Collegian*, 25,415–420. <https://doi.org/10.1016/J.Colegn.2017.10.007>
- Care of the Psychiatric Patient in the Emergency Department.(04.07.2019). Erişim adresi:<https://www.ena.org/practiceresearch/research/Documents/WhitePaperCareofPsych.pdf> 20.05.2016
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R.,ve Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int*, 107 (50), 892–8. doi: [10.3238/arztebl.2010.0892](https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892)
- Clarke, Hughes, Brown, & Motluk, (2005). Psychiatric emergency nurses in the emergency department: the success of the Winnipeg, Canada experience. *J Emerg Nurs*, 31(4), 351-6.
- Clarke, D., Dusome, D., Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *Int J Ment Health Nurs*, 16, 126 – 131. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x>

- Clarke, D.E., Brown, A.M., Hughes, L., Motluk, L. (2006). Education to improve the triage of mental health patients in general hospital emergency departments. *Accid Emerg Nurs*, 14, 210–8. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2006.08.005>
- Clarke, D., Usick, R., Sanderson, A., Giles-Smith L, ve Baker J. (2014). Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis, *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 273 - 284. <https://doi.org/10.1111/inm.12040>
- Cleaver, K., (2014). Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: a scoping review. *Int Emerg Nurs*. 22(1), 52-61. doi: 10.1016/j.ienj.2013.04.001.
- Cleaver, K. (2014). Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: A scoping review, *International Emergency Nursing* 22,52–61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2013.04.001>
- Chang, G., Weiss, A.P., Orav, E.J., Jones, J.A., Finn, C.T., Gitlin, D.F., Haimovici, F., ... ve Rauch, S.L. (2011). Hospital variability in emergency department length of stay for adult patients receiving psychiatric consultation: a prospective study. *Annals of Emergency Medicine*, 58(2),127-136e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.12.003>
- Chan, G.B., Chien, W.T., ve Tso, S. (2009) . Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on intihare prevention, *Nurse Education Today*, 29 ,763–769. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.03.013>
- Chapman, R.,ve Martin, C. (2014). Perceptions of Australian emergency staff towards patients presenting with deliberate self-poisoning: a qualitative perspective, *International Emergency Nursing*, 22 140–145. <Http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Ienj.2014.03.002>
- Chepenik, L.G. (2017). The triage process for behavioral emergencies, *Curr Emerg Hosp Med Rep*, 5,149–156. DOI 10.1007/s40138-017-0140-7
- Creaton, A., Liew, D., Knott, J., ve Wright, M. (2008). Interrater reliability of the Australasian triage scale for mental health patients, *Emerg Med Australas*, 20(6),468-74. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2008.01131.x>

- Considine, Ung, & Thomas, (2000). Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency departments. *Accident and Emergency Nursing*, 8(4), 201-209.
- Çapık, C. (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17,4
- Daemi, A., ve Sheikhy-Chaman, M.R. (2016). Psychiatric emergency triage in Iran; the need for a specific tool. *Bull Emerg Trauma*, 4(2),116-117. PMID: [27331071](#)
- Downey, Zun, & Burke, (2015). Comparison of emergency nurses association Emergency Severity Triage and Australian emergency mental health triage systems for the evaluation of psychiatric patients. *J Ambul Care Manage*, 37(1), 11-9.
- Doyle L., Keogh B. & Morrissey J. (2007) Caring for patients with intiharal behaviour: an exploratory study. *British Journal of Nursing*, 16, 218-222.
- Duman, B., ve Özgüven, H.(2015). Acil psikiyatri biriminin özellikleri ve krize müdahale, *Psikiyatride Güncel*, 5(2),73-81.
- Egan, Sarma, & O'Neill, 2012; Factors influencing perceived effectiveness in dealing with self-harming patients in a sample of emergency department staff. *J Emerg Med*. 43 (6), 1084–1090.
- Ercan, İ., ve Kan, İ.(2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (3), 211-216.
- Elder, R., Neal, C., Davis, B.A., Almes, E., Whitledge, L., ve Littlepage. (2004). Patient satisfaction with triage nursing in a rural hospital emergency department, *Journal of nursing quality*, 19, 263–8. DOI: 10.1097/00001786-200407000-00013
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., ve Esin, M.N. (2014) (Eds.) Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik, 193-234, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Farrohknia, N., Castrén, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson H ...
Göransson, K.E. (2011). Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2011, 19, 42. doi: [10.1186/1757-7241-19-42](https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42)
- Fernandez, C.M.B., Wuerz, R.C., Clark, S., ve Djurdjev, O.(1999). How reliable is emergency department triage? *Ann Emerg Med*, 34, 41-7.
- Fitzgerald, G., Jelinek, G.A., Scott, D., ve Gerdtz, M.F. (2010). Emergency department triage revisited, *Emergency Medicine Journal*, 27 (2), 86-92 <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2009.077081>
- Fry, M., ve Brunero, S.(2004). The characteristics and outcomes of mental health patients presenting to an emergency department over a twelve month period, *Australian Emergency Nursing Journal*, 7, 2, 21-25. [https://doi.org/10.1016/S1328-2743\(05\)80027-6](https://doi.org/10.1016/S1328-2743(05)80027-6)
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., ve Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? *Int J Soc Psychiatry*, 59, 48–54. <https://doi.org/10.1177/0020764011423176>
- Happell, B., Summers, M., ve Pinikahana, J. (2003).Measuring the effectiveness of the national mental health triage scale in an emergency department, *International journal of mental health nursing*, 12(4),288-92. <https://doi.org/10.1046/j.1447-0349.2003.t01-7-.x>
- Happel, B., ve Summers, M. (2004). Satisfaction with psychiatric services in the emergency department, *Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, 1, 3-4. DOI: 10.1192/S1749367600006809
- Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S., ve Shattell, M.M. (2016) . Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: A secondary analysis, *International Emergency Nursing* 26, 14–19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.004>

- Heslop L., Elsom S. & Parker N. (2000) Improving continuity of care across psychiatric and emergency services: combining patient data within a participatory action research framework. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 135-143.
- Holdgate, A., Morris, J., Fry, M., ve Zecevic, M.(2007). Accuracy of triage nurses in predicting patient disposition. *Emerg Med Australas*, 19, 341–5. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2007.00996.x>
- Huckson, S., ve Davies, J. (2007). Closing evidence to practice gaps in emergency care: the Australian experience. *Acad Emerg Med*, 14, 1058–63. DOI: 10.1197/j.aem.2007.06.015
- Huckson, S. (2008). Implementation of the victorian emergency department mental health triage tool sue, *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11, 80—84. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2008.02.007>
- Holdsworth, Belsha, & Murray (2001). Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm: the provision and evaluation of a series of reflective workshops. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 8(5),449-58.
- Gerdtz, M.F., Weiland, T.J., Jelinek, G.A., Mackinlay, C., Hill, N.(2012). Perspectives of emergency department staff on the triage of mental health-related presentations: Implications for education, policy and practice, *Emergency Medicine Australasia* , 24, 492–500. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2012.01592.x>
- Gerdtz, M.F., Chu, M., Collins, M., Considine, J., Crellin, D., Sands, N.,... Pollock, W.E. Factors influencing consistency of triage using the Australasian Triage Scale: implications for guideline development. *Emerg Med Australas*, 21, 277–85. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2009.01197.x>
- Innes, K., Morphet, J., O'Brien, A.P, ve Munro, L.(2013). Caring for the mental illness patient in emergency departments – an exploration of the issues from a healthcare provider perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2003–2011. <https://doi.org/10.1111/jocn.12437>

- Jelinek, G.A., Weiland, T.J., Mackinlay, C., Gerdtz, M., ve Hill, N. (2013). Knowledge and confidence of Australian emergency department clinicians in managing patients with mental health-related presentations: Findings from a national qualitative study, *International Journal of Emergency Medicine*, 6,2. <https://doi.org/10.1186/1865-1380-6-2>
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). 'Diagnostic overshadowing': Worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169-171. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x>
- Karaçay, P., ve Sevinç, S. (2007). Acil Servislerde Triyaj Uygulaması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 4 (2), 9-15.
- Kerrison, S.A., ve Chapman, R.(2007). What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department, *Accid Emerg Nurs*, 15,48–55. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2006.09.003>
- Kılıç, S., (2015). Kappa Testi. *Journal of Mood Disorders*, 5(3),142-4 DOI: 10.5455/jmood.2015092011543
- Kısa, C., Aydın O.D., Cebeci, S., Aydemir Ç, ve Göka E. (2001). Acil Psikiyatrik başvuruların ve acil psikiyatrik hizmetlerin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium Dergisi*, 39, 174–80.
- Kirby MJL, Keon WJ. Mental health, mental illness and addiction: Overview of policies and programs in Canada. 2004. Retrieved from <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repintnov04-e.htm>.
- Kocaman, N. (2007). Acil psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3, 61 – 74.
- Küçükali, Ç., Üstün Güveneroğlu, N., Demirağlı Duman, H.B., Eradamlar, Alpkan L.R. (2015). 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*, 16,413–9. DOI: [10.5455/apd.178894](https://doi.org/10.5455/apd.178894)

- Küçüköğlu, K., Köse, S., Aytekin, A., ve Kılıç, T. (2017). Acil birimlerde çalışan hemşirelerin triyaj konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med*, 4, 116-122. DOI: 10.4274/cayd.42714
- Lofchy, J., Boyles, P., ve Delwo, J. (2013). Emergency psychiatry: clinical and training approaches. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (7), 1-7. PMID: [26753192](#)
- Marynowski-Traczyk, D. ve Broadbent, M. (2011). What are the experiences of emergency department nurses in caring for clients with a mental illness in the emergency department? *Australas Emerg Nurs J*, 14, 172-179. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2011.05.003>
- Marynowski-Traczyk, D., Moxham, L., ve Broadbent, M. (2013). A critical discussion of the concept of recovery for mental health consumers in the Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16, 96—102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2013.05.002>
- Mavrogiorgou, Brune, & Juckel (2011). The Management of Psychiatric Emergencies. *Dtsch Arztebl Int*, 108(13), 222-30. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0222
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., ve Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm, *J Adv Nurs*, 40, 578–86. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x>
- McCann, T.V., Clark, E., McConnachie, S., ve Harvey, I. (2007). Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1704–1711. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01555.x>
- McCarthy, L., ve Gijbels, H. (2010). An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital, *International Emergency Nursing*, 18, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.005>
- McDonough, S., Wynaden, D., Finn, M., McGowan, S., Chapman, R., Hood, S. (2004) Emergency department mental health triage consultancy service: an evaluation of the first year of the service. *Accid Emerg Nurs*, 12, 31–8.

Mental health triage. Emergency Triage Education Kit (ETEK), Department of Health and Ageing Australasian Government. Common wealth of Australia 2009. (04.07.2019) Erişim adresi:

<https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/casemix-ED-Triage+Review+Fact+Sheet+Documents>

Mental Health Triage, Health Policy Priorities Principal Committee Australian Triage Process Review 2011. (04.07.2019) Erişim adresi:

https://www.aci.health.nsw.gov.au/data/assets/pdf_file/0005/274073/

Mental health for emergency departments a reference guide (2015). Mental Health and Drug and Alcohol Office, Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. NSW: Ministry of Health. Erişim adresi: <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Pages/mental-health-ed-guide.aspx>

Molina-López, A., Cruz-Islas, J.B, Palma-Cortés, M., Guizar-Sánchez, D.P, Garfias-Rau, C.Y, , Ontiveros-Urbe, M.P, ve Fresán-Orellana A. (2016). Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department. *BMC Psychiatry*, 16 (30) <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0727-7>

Morphet., J, Innes, K., Munro, I., O'Brien, A., Gaskin, C.J., Reed, F., ...Kudinoff, T. (2012). 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*, 15,148–55.

Nicholls D, Gaynor N, Shafiei T, Bosanac P,ve Farrell, (2011). Mental health nursing in emergency departments: the case for a nurse practitioner role. *J Clin Nurs* 2011;20:530–6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03504.x>

Nicks, B. A., ve Manthey D. M. (2012). The Impact of Psychiatric Patient Boarding in Emergency Departments. *Emergency Medicine International*, 5 <http://dx.doi.org/10.1155/2012/360308>

- Olofsson, Gellerstedt, & Carlström. (2009). Manchester Triage in Sweden – Interrater reliability and accuracy. *International Emergency Nursing*, 17 (3), 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.11.008>
- O'Regan, C., ve Ryan, M. (2009). Patient satisfaction with an emergency department psychiatric service, 22(5),525-34. DOI 10.1108/09526860910975616
- Öner Şimşek, D. (2018). Triyaj sistemlerine genel bakış ve Türkiye’de acil servis başvurularını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon ile belirlenmesi. *Sosyal güvence dergisi*,7 (13), 84-115.
- Patel, A.S, Harrison, A.,ve Bruce-Jones, W. (2009). Evaluation of the risk assessment matrix: a mental health triage tool. *Emerg Med J.* 26, 11–4. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2007.058388>
- Purves, D., ve Sands, N.(2009). Crisis and triage clinicians' attitudes toward working with people with personality disorder, *Perspectives in Psychiatric Care*, 45, 208-15. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00223.x>
- Pich, Hazelton, Sundin, & Kable, 2011; Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *Int Emerg Nurs.* 19(1), 12-9. doi: 10.1016/j.ienj.2009.11.007.
- Ramadan, M. (2016). Managing psychiatric emergencies. *The Internet Journal of Emergency Medicine.* 4(1), 1-9. Erişim adresi: <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/13551>
- Raper, J., Davis, B.A., ve Scott, L. (1999). Patient satisfaction with emergency department triage nursing care: a multicenter study, *Journal of nursing care and quality*, 13,11–24.
- Reshetukha, T.R., Alavi, N., Prost, E., Kirkpatrick, R.H., Sajid, S., Patel, C., Groll, D.L.(2018). Improving intihare risk assessment in the emergency department through physician education and a intihare risk assessment prompt, *Gen Hosp Psychiatry*. 52,34-40. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.03.001>

- Rockland-Miller, & Eells, (2006). The Implementation of Mental Health Clinical Triage Systems in University Health Services. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20(4), 39-51
- Sæbye, D., Høegh, E.B., ve Knop J. (2017). Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: Results from a descriptive 1-year evaluation study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71 (7), 536-542. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1348540>
- Sands, N. & Gerdtz, M. (2008), Victorian (draft) area mental health triage scale pilot project evaluation. Final report, Department of Human Services Victoria, [Melbourne, Vic.]. <http://hdl.handle.net/10536/DRO/DU:30021753>
- Sands, N., (2009). An exploration of clinical decision making in mental health triage. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23,298–308. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.08.002>
- Sands, N., Elsom, S., Gerdtz, M., Henderson, K., Keppich-Arnold, S., Droste, N., ... ve Wereta, Z.W. (2011). Identifying the core competencies of mental health telephone triage. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04093.x>
- Sands, N., Elsom, S., Marangu, E., Arnold, S.K., ve Henderson, K. (2013). Mental health telephone triage: managing psychiatric crisis and emergency, *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1),65-72 . <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00346.x>
- Sands, N., Elsom, S., Berk. M., , Hosking, J., Prematunga, R., ve Gerdtz, M. (2014). Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool, *Nursing and health sciences* 16, 11–18. <http://hdl.handle.net/10536/DRO/DU:30059058>
- Sands, N., Elsom, S., ve Colgate, R. (2015). UK mental health triage scale guidelines. *UK Mental Health Triage Scale Project*, Wales, 1-15. Erişim adresi: <https://ukmentalhealthtriagescaledotorg.files.wordpress.com/2016/01/uk-mhts-guidelines.pdf>

- Sands, N., Elsom, S ., Colgate, R ., Haylor, H., ve Prematungar, R. (2016). Development and interrater reliability of the UK mental health triage scale. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 330–336. <https://doi.org/10.1111/inm.12197>
- Shafiei, T., Gaynor, N., ve Farrell, G. (2011). The characteristics, management and outcomes of people identified with mental health issues in an emergency department, melbourne, Australia, *J Psychiatr Ment Health Nurs* 18(1),9-16. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01632.x>
- Smart, D., Pollard, C., ve Walpole, B. (1999). Mental health triage in emergency medicine. *Aust N Z J Psychiatry*, 33, 57-66. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00515.x>
- Stuhlmiller, C.M., Tolchard, B., Thomas L., Crespigny, C.F., Kalucy, R.S., ve King, D. (2004). Increasing confidence of emergency department staff in responding to mental health issues: An educational initiative, *Australian Emergency Nursing Journal*,7,9-17. [https://doi.org/10.1016/S1328-2743\(03\)80073-1](https://doi.org/10.1016/S1328-2743(03)80073-1)
- Summer, M., ve Happell, B. (2003). Patient satisfaction with psychiatric services provided by a Melbourne tertiary hospital emergency department, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10,351–35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00600.x>
- Summer, M., ve Happell, B. (2002). The quality of psychiatric services provided by an australian tertiary hospital emergency department: a client perspective. *Accident And Emergency Nursing* 10, 205–213. [https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(02\)00158-3](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(02)00158-3)
- Suokas, Suominen, & Lonnqvist, (2009). The attitudes of emergency staff toward attempted intihare patients: a comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service. *Crisis*. 30(3), 161-5. doi: 10.1027/0227-5910.30.3.161.
- Sungur, E., Aksoy, B., Biçer, S., ve Aydoğan, G.(2009). Acil servis hemşireleri arasında triyaj bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *JOPP Derg*, 1,14–8.

- Şahingöz, M., Kendirli, K., Yılmaz, E., Sönmez, E.Ö., Satan Y., Aksoy, F...Kaya N. (2014). Bir üniversite hastanesindeki psikiyatrik aciller. *Selçuk Tıp Derg.* 30, 153 – 4.
- Şencan, H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şimşek, P., ve Gürsoy, A. (2015). Acil servislerin acil Sorunu: Uygunsuz kullanım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 312-317.
- Şentürk, E.S. (2011). Hemşirelik tarihi, 91-138. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- Tanner, R., Cassidy, E., ve O’Sullivan, L. (2014). Does using a standardised mental health triage assessment alter nurses assessment of vignettes of people presenting with deliberate self-harm. *Advances in Emergency Medicine Article*. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/492102>
- Tarhan, M., ve Akın, S. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin triyaj uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 28(2), 53-64.
- Taylor, C., Benger, J.R. (2004). Patient satisfaction in emergency medicine, *Emerg Med J*, 21,528-32. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2002.003723>
- TC. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Psikiyatri yatak sayısının düzenlenmesi. Erişim adresi: <http://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>
- Travers, D..A, Waller, A.E., Bowling, J.M., Flowers D, Flowers, D., Tintinalli. J. (2002). Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *J Emerg Nurs*, 28,395–400.
- Turner, P.M., Turner, T.J., (1991). Validation of the crisis triage rating scale for psychiatric emergencies. *Can J Psychiatry*, 36, 651-654. <https://doi.org/10.1177/070674379103600905>
- Tobin, M., Chen, L., ve Scott, E. (1999). Development and implementation of mental health triage guidelines for emergency departments.Sydney: South Eastern Sydney Area Mental Health Service.

- Twomey, M., Wallis, L., ve Myers, J. Limitations in validating emergency department triage scales, *Emerg Med J*, 24:477–479. doi: [10.1136/emj.2007.046383](https://doi.org/10.1136/emj.2007.046383)
- Wand, T., ve Happell, B. (2001). The mental health nurse: Contributing to improved outcomes for patients in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 9, 166-76. <https://doi.org/10.1054/aaen.2000.0248>
- Wand, L.V., Zun, L.S., ve Burke, T. (2015). Comparison of Canadian triage acuity scale to australian emergency mental health scale triage system for psychiatric patients. *International Emergency Nursing*, 23, 138–143. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.006>
- Wand, T., ve White, K. (2007). Examining models of mental health service delivery in the emergency department, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 784 –91. <https://doi.org/10.1080/00048670701579033>
- Wright, E.R, Linde, B., Rau, N.L, Gayman, M., ve Viggiano. T.(2003). The effect of organizational climate on the clinical care of patients with mental health problems. *J Emerg Nurs*, 29, 314–21. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12874552>
- Wynaden, D., Chapman, R., McGowan, S., McDonough, S., Finn, M. ve Hood S. (2003). Emergency department mental health triage consultancy service: A qualitative evaluation. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 158-165. [https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(02\)00237-0](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(02)00237-0)
- World Health Organisation (WHO) (2000). World health report 2000health systems: Improving performance. Geneva. Erişim adresi: <https://www.who.int/whr/2000/en/>
- Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11321/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-teblig.html>
- Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/15024,yatakli-saglik-tesislerinde->

[acil-servis-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-tebligde-degisiklik-yapilmasina-dair-tebligdocxpdf.pdf?0](#)

Yıldırım, S., Ersoysal, F., ve Güler, C.(2018). Acil servis çalışanlarını ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 21,380-388. DOI: 10.5505/kpd.2018.65477

Yurdugül, H., (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerli için Kapsam Geçerlik indekslerinin Kullanılması. Erişim adresi: <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/PamukkaleBildiri.pdf>

Zhu, J.M., Singhal, A., & Hsia R.Y. (2016). Emergency Department Length-OfStay For Psychiatric Visits Was Significantly Longer Than For Nonpsychiatric Visits, 2002–11. *Health Affairs*, 35 (9), 1698–1706.

Zimmermann, P.G. (2001). The case for a universal, valid, reliable 5-tier triage acuity scale for us emergency departments. *J Emerg Nurs*, 27, 246-54. <https://doi.org/10.1067/men.2001.115284>

Ekler

Ek 1. Birey Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu veri formu, *Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımının Etkinliği* değerlendirebilmek amacıyla planlanmış olan bir çalışmada tanımlayıcı bulguları elde edebilmek için oluşturulmuştur. Lütfen her bir soruyu boş bırakmadan yanıtlayınız. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmanın tekrarlı bir araştırma olması nedeniyle; kimliğinizi açık bir şekilde belirtmeyecek bir rumuz kullanmanızı rica ederim. Her bir soruya içtenlikle vereceğiniz yanıtlar, araştırma sonuçları açısından oldukça önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırmacı

1. Rumuz:

2. Kaç yaşındasınız?

3. Cinsiyetiniz?

- 1) Kadın 2) Erkek

4. Medeni durumunuz nedir?

- 1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış /Ayrı Yaşıyor

5. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Lise 2) Lisans 3) Yüksek lisans 4) Doktora

6. Var ise, devam eden veya mezun olduğunuz yüksek lisans/doktora programınızı yazınız....

7. Mesleki yaşamınızda kaçınıcı yılınızdasınız? ...

8. Acil serviste kaç yıldır çalışıyorsunuz? ...

9. Acil serviste çalışma şekliniz nedir?

- 1) Gündüz mesai nöbeti 2) Gece nöbeti 3) Gündüz mesai/Gece

10. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara yaklaşım konusunda eğitim aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır (12.soruya geçiniz)

11. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara yaklaşım konusundaki bilgilerinizi nereden aldınız?

- () Arkadaşlarımdan
() Öğrenimim sırasındaki derslerden
() Hizmet içi eğitim programlarından
() Radyo-televizyon-gazetelerden
() İnternet-kitap-dergilerden
() Diğer (Belirtiniz) ...

12. Acil serviste çalışırken ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verdiniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır

Ek 2. Mesleki Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu veri formu, *Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımının Etkinliği* değerlendirebilmek amacıyla planlanmış olan bir çalışmada, mesleki tanımlayıcı bilgileri elde edebilmek için oluşturulmuştur. Lütfen her bir soruyu boş bırakmadan yanıtlayınız. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmanın tekrarlı bir araştırma olması nedeniyle; kimliğinizi açık bir şekilde belirtmeyecek bir rumuz kullanmanızı rica ederim. Her bir soruya içtenlikle vereceğiniz yanıtlar, araştırma sonuçları açısından oldukça önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırmacı

RUMUZ:

1. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastaları en iyi şekilde değerlendirme ve bakım verme konusunda kendinize güveniyor musunuz?

1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

2. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken güçlük yaşıyor musunuz?

1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

3. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken güçlük yaşamınızı etkileyen etmenler nelerdir? (Sıralayınız)

() Hasta ile ilgili (Tanısı, hastanın başvuru şikayeti)

....

() Hasta yakınları ile ilgili

....

() Acil servisin fiziki koşulları

....

() Diğer

....

4. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken sıklıkla güçlük yaşamamanızı etkileyen acile başvuru nedeni nelerdir? (Sıralayınız)

() Saldırgan olma, zarar verme riski

() İntihar girişimi, intihar düşüncesi

() Akut psikoz, manik epizod gibi durumlar

() Alkol/madde bağımlılığı

() Konversiyon bozukluğu

() Diğer (Belirtiniz) ...

5. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken hasta ile ilgili sıklıkla güçlük yaşadığınız durumlar nelerdir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- () Küfürlü konuşması
() Tedaviyi reddetmesi
() Tepkisiz olması, konuşmaması
() Şüpheli düşünceleri
() Halüsinasyon/sanrıları
() Diğer (Belirtiniz) ...

6. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken güçlük yaşamanızın etkileyen nedenlerle ilgili olarak;

a. Bakımın çok zaman alması

- 1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

b. Hastaya nasıl yaklaşacağını bilemiyor olma

- 1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

c. Kendini yeterli hissetmiyor olma

- 1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

d. Kendine güvenmiyor olma

- 1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

e. “Zarar görebilirim” düşüncesi

- 1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

f. Diğer hastaların daha öncelikli/önemli olduğu düşüncesi

- 1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

g. Ruh sağlığı çalışanları ile iletişim yetersizliği

- 1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

h. Ruh sağlığı çalışanlarıyla işbirliği yetersizliği

- 1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

7. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken sıklıkla hissettiğiniz 3 duyguyu işaretleyiniz.

- | | | |
|---------------------------|---------------|-----------------------|
| () Çaresizlik | () Acıma | () Başkalarına güven |
| () Kaygı | () Güçsüzlük | () Özgüven |
| () Güçsüzlük | () Korku | () Keyif |
| () Umutsuzluk/ümitsizlik | () Öfke | () Gurur duyma |
| () Üzüntü | | () Huzur |
| () Diğer (belirtiniz)... | | () Diğer... |

8. Size göre aşağıdaki en uygun ifadeyi işaretleyiniz .(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermem gerektiğinde, birçok nedenden dolayı aşağıdakileri düşündüğüm yada yaptığım olur;

- ☐ Hastanın yanına daha geç gittiğim oluyor.
- ☐ Hastanın tedavisini geciktirdiğim oluyor.
- ☐ Hastaya yakın mesafede olmaktan çekiniyorum.
- ☐ Hasta ile hiç konuşmak istemiyorum.
- ☐ Bazen hastanın canını acıtmak istiyorum *(yeşil branül takma gibi)*
- ☐ Diğer.....

9. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verme süreci, diğer hastalarla karşılaştırıldığında iş yükünüzü artırıyor mu?

1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

10. Acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım verirken doyum alıyor musunuz?

1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

11. Sizce acil servise başvuran ruhsal sıkıntısı olan hastaların bakımı nerede yapılmalıdır? Belirtiniz.

.....

Ek 3. Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formu

Bu veri formu, acil serviste ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini ortaya çıkarmayı amaçlayan araştırma kapsamında acil servis hemşirelerine yönelik hazırlanan eğitim programı öncesinde ve sonrasında hemşirelerin ruhsal sorunları olan hastaları değerlendirme ve yaklaşım konusunda bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Lütfen her bir soruyu boş bırakmadan yanıtlayınız. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırma birkaç aşamada yapılacağından, unutmayacağınız bir rumuz belirtmenizi rica ederim. Her bir soruya içtenlikle vereceğiniz yanıtlar, araştırma sonuçları açısından oldukça önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmacı

Rumuz:

1. Ruhsal sıkıntısı nedeniyle acil servise başvuran hastaya yaklaşımla ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hemşire hastanın davranışlarının altında yatan mesajı anlamaya çalışmalı
- b) Hemşire daha çok dinleyici olmalı
- c) Hemşire neden ve niçin içeren sorular sormalı
- d) Hemşire hastayı kendisini ifade etmesi için cesaretlendirmeli
- e) Hemşire kendi duygularının ve tepkilerinin farkında olmalı

2. Aşağıdakilerden hangileri adli olgularda acil servis hemşiresinin yasal sorumluluklarıdır?

- I. Öykü alma
- II. Fiziksel muayene
- III. Kanıtın tanımlanması
- IV. Kanıtın toplanması
- V. Kanıtın saklanması
- VI. Kanıt koruma zincirinin sağlanması
- VII. Kanıtın kayıt edilmesi

- a) I-III-VII
- b) I-III-V-VI-VII-VIII
- c) I-II-III-IV-V
- d) I-II-III-V-VII
- e) Hepsi

3. Acil durumlarda fiziksel tespit (kısıtlama) uygularken dikkat edilmesi gereken durumlarla ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hasta dört ayrı noktadan sabitlenmeli
- b) Hastanın başı, sırtüstü (supine) yatış pozisyonunda 30° eleve olmalı
- c) Tespit bölgesi en fazla 60 dakika arayla kontrol edilmeli
- d) Yetişkin hastalar için tespit süresi en fazla 4 saat olmalı
- e) İdeal olarak tespit işlemi üç kişilik bir ekip ile yapılmalı

4. **İntihar girişimi sonrasında acile başvuran genç hasta, hemşiresine “Çok endişeleniyorum hemşire hanım, acaba kötü bir şey olur mu?” diye sorar. Hastasına, “Bunu daha önce düşünecektin..., daha önemli hastalarım var” diye yanıt veren hemşire aşağıdaki iletişim tekniklerinden hangisini kullanmıştır?**
- a) Konu değiştirme
 - b) Teselli etme
 - c) Duyguları azımsama
 - d) Belirsiz güvence verme
 - e) Onaylama
5. **Majör depresyon ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?**
- a) Toplumda en sık rastlanan ruhsal bozukluk major depresyondur.
 - b) Ölüm düşüncesi ve intihar riski yüksektir.
 - c) Hastanın düşünce, konuşma ve hareketlerinde hızlanma vardır.
 - d) Genel isteksizlik, zevk alamama vardır.
 - e) Ağır bunaltısı olan hastalarda psikomotor ajitasyon olabilir.
6. **Aşağıdakilerden hangisi bipolar bozukluk manik epizodunun belirtilerinden değildir?**
- a) Dikkat dağınıklığı
 - b) Aşırı konuşkan olma, baskılı konuşma
 - c) Öz saygıda artma, büyüklük düşünceleri (grandiyosite)
 - d) Fikir uçuşmaları
 - e) Uyku gereksiniminde artma
7. **Bipolar bozukluk manik epizodu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?**
- a) Manik dönemde intihar riski yüksektir.
 - b) Lityum; bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan temel ilaçlardan biridir.
 - c) Manik dönemde hastanın ve başkalarının güvenliğini sağlamak önceliktir.
 - d) Hastayı koruyup, sakinleştirmek için farmakolojik tedavi uygulanır ve fiziksel önlemler alınır.
 - e) Hastanın madde kullanma riski göz önünde bulundurulur.
8. **Aşağıdakilerden hangisi acil servise taşkın (çoşkulu) duygu durum ile gelen hastanın taşkınlık belirtisinin olası nedenlerinden değildir?**
- a) Uyarıcı madde kullanımı (kokain, amfetamin gibi) kullanımı
 - b) Histriyonik kişilik özelliği
 - c) Manik epizod
 - d) Psikoz
 - e) Somatizasyon bozukluğu
9. **Halüsinasyonu olan hastayı değerlendirirken aşağıdaki sorunlardan hangisinin sorulması uygun değildir?**
- a) Başkasının görmediği sadece sizin gördüğünüz şeyler var mı?
 - b) Gördüğünüz görüntüler sizi korkutuyor mu?
 - c) Odada hiç kimse yokken, sesler duyuyor musunuz?
 - d) Çevrede bir neden yokken, koku alıyor musunuz?
 - e) Sesler size ne söylüyor?

10. Şizofrenik bozukluğu olan hastaya yaklaşımla ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hemşire hastanın delir ve hallüsinasyonları derinlemesine sorgulamalıdır.
- b) Hemşire haber vermeden hastaya dokunmamalıdır.
- c) Hemşire hastanın güvenini kazanmak için, verdiği sözleri tutmalıdır.
- d) Hemşire içine kapanık hastalarla birebir iletişime girmelidir.
- e) Hemşire hastaya seçim yapmasını gerektirecek sorular sormamalıdır.

11. İntihar riski olan hastaya yaklaşım ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) İntihar riski olan hasta tek başına bırakılmamalıdır.
- b) Hasta ile intihar düşüncesi hakkında konuşulmamalıdır.
- c) Hastanın çevresindeki zarar verebilecek nesneler uzaklaştırılmalıdır.
- d) Hastanın sosyal destek sistemleri sorgulanmalıdır.
- e) Hasta ile intihar etmeme anlaşması yapılmalıdır.

12. İntihar riskinin en yüksek olduğu ruhsal bozukluk aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Panik bozukluk
- b) Bipolar bozukluk
- c) Depresif bozukluk
- d) Şizofrenik bozukluk
- e) Somatizasyon bozukluğu

13. Cinsel saldırıya uğrayan hastaya yaklaşım ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Hastaya vajinal bölgesini yıkaması söylenmelidir.
- b) Hastanın konuşmama isteğine saygı gösterilmelidir.
- c) Hasta ile ilgili gözlemler mutlaka kaydedilmelidir.
- d) Ciddi kanama olmadıkça genital muayene yapılmamalıdır.
- e) Hastanın mahremiyeti korunmalıdır.

14. Aşağıdakilerden hangisi acil servise konfüzyon belirtileriyle başvuran bir hasta için olası nedenlerden değildir?

- a) Deliryum
- b) Alkol madde zehirlenmesi
- c) İlaç yan etkisi
- d) Kafa travması
- e) Depresyon

15. Deliryumlu hastaya yaklaşım ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Hasta yalnız bırakılmamalıdır
- b) Sık sık kişi, yer, zaman oryantasyonu sağlanmalıdır.
- c) Neden olan tıbbi duruma yönelik müdahale yapılmalıdır
- d) Hasta kendisine ve çevresine zarar vermemesi için hemen tespit edilmelidir.
- e) Yapılan her işlem hakkında hasta/hasta yakınlarına bilgi verilmelidir.

16. 5-15 yıl ağır içmenin arkasından, alınan alkol miktarının azaltılmasından ya da tümüyle kesilmesinden sonraki ilk 7 gün içinde ortaya çıkan ciddi ve öldürücü problemlere yol açan tabloya ne denir?

- a) Alkol entoksikasyonu
- b) Deliryum tremens
- c) Alkol yoksunluk sendromu
- d) Korsakov psikozu
- e) Alkola bağlı amnestik bozukluk

17. “Eroin” ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Bir iki kez kullanmakla eroine bağımlılık gelişir.
- b) Eroinin aşırı doz alımında pupiller nokta görünümünde olur.
- c) Eroinin merkezi sinir sistemine uyarıcı etkisi vardır.
- d) Eroin antagonisti olarak doktor istemine göre naloxane uygulanır.
- e) Eroin, morfinden 2.5 kat daha güçlü analjezik etkiye sahiptir.

18. Acil servise madde kullanım şüphesiyle gelen bir hastada *pupil dilatasyonu, lakrimasyon, rinore, terleme, piloereksiyon, esneme* gibi belirtilerin olması durumunda aşağıdakilerin hangisi düşünülmelidir?

- a) Opioid yoksunluğu
- b) Opioid intoksikasyonu
- c) Esrar yoksunluğu
- d) Esrar intoksikasyonu
- e) Ekstazi yoksunluğu

19. Alkol intoksikasyonu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Acil müdahalede hasta hidrate edilmelidir.
- b) Acil müdahalede doktor istemine göre hastaya Tiamin verilebilir.
- c) Ajitasyonu önlemek için doktor istemine göre halloperidol, diazem verilebilir.
- d) Antagonist olarak doktor istemine göre Suboksane verilebilir.
- e) 400 mg/dl ve üzeri promil alkol alan kişilerde solunum depresyonu riskine karşı önlem alınmalıdır.

20. Aşağıdakilerden hangisi merkezi sinir sistemine (MSS) “Halüsinojen” etki eden psikoaktif bir maddedir?

- a) Alkol
- b) Eroin
- c) Esrar
- d) Kokain
- e) Morfin

21. Aşağıdakilerden hangisi alkol intoksikasyonu belirtilerinden değildir?

- a) Yüzde kızarma
- b) Konuşmada bozukluk (peltek konuşma)
- c) Huzursuzluk ve ajitasyon
- d) Gözlerde midriyazis
- e) Sanrılar ve geçici hallüsinasyonlar

22. Aşağıdakilerden hangisi antipsikotik ilaç kullananlarda sıklıkla görülen ekstraprimidal yan etkilerden değildir?

- a) Parkinsonizm
- b) Akatizi
- c) Distoni
- d) Konvülsiyon
- e) Nöroleptik malign sendrom

23. “Lityum” ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Lityum duygu durum bozukluklarının tedavisinde kullanılan bir tuzdur.
- b) Lityum kullanan hastaya tuzsuz yemesi önerilir.
- c) Terapötik serum lityum düzeyi 0,6 ile 1,2 mmol/l’tir.
- d) Bazı Antikonvülzan ilaçlar lityuma alternatif olarak kullanılır.
- e) Terapötik serum lityum düzeyi her hafta (2-3 günde bir) kontrol edilir.

24. Şizofrenik bozukluğu olan bir hasta, ilaç kullanımından iki gün sonra boyun, ense, sırt, yüz ve göz kapağı kaslarında kasılma, dilin dışarı sarkması gibi şikâyetlerle acile servise başvurmuştur. Bu durumun olası nedeni aşağıdakilerden hangisi olabilir?

- a) Antipsikotik ilacın yan etkisi- Distoni
- b) Antipsikotik ilacın yan etkisi- Konvülsiyon
- c) Antikolinergik ilaçların yan etkisi- Akatizi
- d) Nöroleptik ilaçların yan etkisi- Nöroleptik malign sendrom
- e) Nöroleptik ilaçların yan etkisi- Diskinezi

25. Aşağıdaki psikiyatrik ilaç gruplarından hangisinde tolerans ve fiziksel bağımlılık gelişmez?

- a) Sedatifler
- b) Benzodiazepinler
- c) Antipsikotikler
- d) Anksiyolitikler
- e) Hipnotikler

26. Saldırganlık riski olan hastaya yaklaşımla ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hasta mümkün olduğunca yalnız bırakılmamalıdır.
- b) Hasta ile basit bir dille, sakin ve kararlı bir ses tonu ile konuşulmalıdır.
- c) Hasta en kısa sürede tespit edilmelidir.
- d) Hastaya yardım etme isteği belirtilmelidir.
- e) Hastayla uzun süreli yoğun göz temasından kaçınılmalıdır.

27. Acil servise intihar girişimi nedeniyle gelen bir hasta ile görüşme yaparken aşağıdaki soruların hangisinin sorulması uygun değildir?

- a) Kendinize zarar vermeyi düşünüyor musunuz?
- b) Neden intihar etmeyi düşündünüz?
- c) Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?
- d) İntihar konusunda bir planınız var mı?
- e) Nasıl intihar etmeyi planlıyorsunuz?

28. Acil servise başvuran saldırgan hastaları yatıştırmak için sıklıkla uygulanan ilaçlar aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Antipsikotikler - Sedatifler
- b) Antipsikotikler - Anksiyolitikler
- c) Antidepresanlar - Antipsikotikler
- d) Antikolinerjikler - Anksiyolitikler
- e) Antikolinerjikler - Antidepresanlar

29. Anksiyete bozukluğu tedavisinde en sık kullanılan ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Lityum
- b) Carbamazepine
- c) Benzodiazepin
- d) Phenobarbital
- e) Phenytoin

30. Aşağıdakilerden hangisi “gerçekle ilgili algısı bozulması, olayları ve kişileri olduğundan farklı olarak yorumlaması ve garip, anlamsız davranışlarının olması” nedeniyle yakınları tarafından acil servise getirilen bir hasta için akla ilk gelen olası nedenlerden değildir?

- a) Psikoz
- b) Deliryum
- c) Bipolar bozukluk
- d) Madde intoksikasyonu
- e) Organik nedenler

31. Disosiyatif/Konversif bayılma ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Duygusal ve çevresel stresörler sonrası gelişir
- b) Bayılmaya karşı bir aldırmazlık durumu vardır.
- c) Bayılma en fazla 2-3 dakika sürer.
- d) Bayılma esnasında inkontinans gelişmez.
- e) Bayılma esnasında ağırlı uyarana karşı tepki vardır, sesleri duyar ama tepki veremez

32. Acil servise başvuran panik bozukluk hastasına yönelik aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hasta sıklıkla ölüm korkusu, denetimini yitirme korkusu şikâyetiyle başvurur.
- b) Hastada atağın, en fazla bir saate kadar düzelmesi beklenir.
- c) Hastanın intihar riski yüksektir ve intihar riski değerlendirilmelidir.
- d) Hasta ilk olarak tıbbi açıdan değerlendirilmelidir.
- e) Hastaya doktor istemine göre antikolinerjik bir ilaç verilebilir.

Ek 4. Ruh Sağlığı Triyajı Uygulama Bilgisi Değerlendirme Formu

Bu veri formu, acil serviste ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini ortaya çıkarmayı amaçlayan araştırma kapsamında acil servis hemşirelerinin ruh sağlığı triyajı uygulama bilgisini eğitim programı öncesinde değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Lütfen her bir soruyu boş bırakmadan yanıtlayınız. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırma birkaç aşamada yapılacağından, unutmayacağınız bir rumuz belirtmenizi rica ederim. Her bir soruya içtenlikle vereceğiniz yanıtlar, araştırma sonuçları açısından oldukça önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmacı

Rumuz:

1-Acil servise polis tarafından getirilen, 40 yaşındaki, bilinen bir ruhsal hastalık tanısı bulunmayan kadın hasta, eşiyile tartıştıktan iki saat sonra, eline geçirdiği cam kırığı ile vücudunun birçok yerinde derin çizikler oluşturmuş ve cam kırığını elinden bırakmak istemiyor. İletişim kurmaya direnç gösteriyor. Kendisine yaklaşılmaya tepkili davranıyor.

Triyaj kategorisi kaçtır?

A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5

2- Acil servise polis tarafından getirilen 24 yaşındaki bir saat önce yoldan geçen tanımadığı kişilere karşı tehditkâr davranışları, küfürlü konuşmaları olan erkek hastanın; acil serviste aşırı huzursuz, endişeli ve kafasının karışık olduğu, kendi kendine konuştuğu, iletişime kurmak istemediği, yerinde durmadığı, yardımı kabul etmediği gözlenir.

Triyaj kategorisi kaçtır?

A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5

3- Acil servise ailesi tarafından getirilen 18 yaşındaki madde bağımlısı erkek hastanın bilinen bir hastalığı bulunmamaktadır. Bir saat önce anlamsız konuşma ve davranışları, kardeşine yönelik düşmanca düşünceleri ve ona karşı saldırgan davranışları olan hasta odasının penceresinden düşmek üzere iken fark edilmiştir. Acil servisteki ilk değerlendirme de, hastanın göz bebeklerinin büyüdüğü, yüzünün kızarık olduğu, vücut ısısının arttığı, yerinde durmadığı, küfürlü konuştuğu, öfkeli olduğu, saldırganlık riskinin olduğu gözlenir.

Triyaj kategorisi kaçtır?

A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5

4- Acil servise arkadaşları tarafından getirilen 25 yaşında kadın hastanın bilinen bir ruhsal hastalık tanısı bulunmamaktadır. İşyerinde yalnız kaldığı bir ortamda ağlama nöbetleri olan, başkalarına hiç tepki vermeyen hastanın, sürekli “ölmeliyim, ölmeliyim” şeklinde söylemlerinin olduğu fark edilir. Acile getirilen hastanın endişeli ve huzursuz olduğu, iletişim kurmak istemediği ve duygu durumunun sürekli değiştiği gözlenir.

Triyaj kategorisi kaçtır?

A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5

5- Acil servise eşi tarafından getirilen 45 yaşındaki kadın hastanın bilinen bir ruhsal hastalık tanısı bulunmamaktadır. Eve gece yarısı gelen kızıyla tartışması sonrasında hasta kızgınlığının geçmediğini, rahatlayamadığını, yerinde duramadığını ifade ediyor. Acil servise getirilen hastanın sürekli kızına yönelik söylendiği, yerinde duramadığı, yüzünün kızarıklık olduğu, gergin olduğu fakat işbirliğine açık olduğu gözlenir.

Triyaj kategorisi kaçtır?

A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5

6- Acil servise oğlu tarafından getirilen 55 yaşındaki erkek hastanın şizofreni bozukluğu tanısı olduğu bilinmektedir. Uzun zamandır remisyon döneminde olan hastanın son bir haftadır komşusu tarafından öldürüleceği, eşinin komşularıyla işbirliği yaptığı gibi düşüncelerinin olduğu, son bir gündür kendisini odaya kapattığı, kimseyle konuşmadığı, çok az yemek yediği (*sadece oğlu verirse*) belirtiliyor. Acile getirilen hastanın huzursuz olduğu, iletişim kurmak istemediği, kendi kendine konuştuğu, uzun süre tek bir noktaya baktığı, hiçbir yere oturmadığı ve dokunmadığı gözlenir.

Triyaj kategorisi kaçtır?

A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5

7- Acil servise polis tarafından getirilen 25 yaşındaki kadın hastanın geçmiş öyküsü bilinmemektedir. Arkadaşı, hastanın içeceklerin içinde örümcek ve zehir olduğunu düşündüğü için dünden beri sıvı almak istemediğini, odasından çıkmak istemediğini, “*beni öldürecek*sin” şeklinde tekrarlarının olduğunu, kendisine dokunulduğunda bir anda saldırgan davranışlarının olduğunu söyler. Hastanın acil serviste huzursuz olduğu, göz teması ve iletişim kurmadığı, yerinde duramadığı gözlenir.

Triyaj kategorisi kaçtır?

A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5

8- Acil servise eşi tarafından getirilen 32 yaşındaki erkek hastanın bilinen bir ruhsal hastalık tanısı bulunmamaktadır. Acile başvuran hasta son bir haftadır çok mutsuz, hayata dair çok isteksiz, iştahında azalma ve uyku sorunu olduğunu ve rahatlamak istediğini ifade ediyor.

Triyaj kategorisi kaçtır?

A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5

9- Otuz üç yaşında kadın hasta eşiyle tartışması sonrasında huzursuzluk, yerinde duramama, nefes darlığı şikâyetleriyle yakınları tarafından acil servise getirilir. Acilde ilk değerlendirmede hasta rahatlamış ve bekleyebilecekmiş gibi görünür. Hastanın triyaj kategorisi belirlenip beklemeye alınır. Bekleme süresinin 10. dakikasında telefon görüşmesi yapan hastanın huzursuzluğunun arttığı, ağlama nöbetlerinin olduğu, yerinde duramadığı, iletişim kurmak istemediği, acilden taburcu olmak istediği gözlenir. Hastanın huzursuzluk düzeyi sorgulandığında 10 puan üzerinden 9 puan verir.

Bu durumda ilk olarak aşağıdakilerden hangisini yapmanız uygundur?

- A- Hastaya belirlenen triyaj kategorisindeki süre kadar beklemesi gerektiğini söylerim
- B- Hasta yeni bir şikâyet tariflediği için tekrar triyaj yaparım.
- C- Hastaya 30 dakikalık aralarla tekrar değerlendirme yapıldığını söylerim.
- D- Acil servis hekimini çağırırım.
- E- Hastanın yakınları gözetiminde biraz rahatlaması için acil servis dışına gönderirim.

10- Yirmi bir yaşındaki kadın hasta, bir yaşındaki bebeğiyle acil servise gelmiştir. Hasta huzursuz ve mutsuz olduğunu, sık sık ağlama nöbetlerinin olduğunu, kendisini çaresiz hissettiğini, kimsesinin olmadığını, ne yapacağını bilemediğini belirtir.

İlk izlenecek basamak ne olmalıdır?

- A- Hastaya belirlenen triyaj kategorisindeki süre kadar beklemesi gerektiğini söylerim.
- B- Acil servis hekimini çağırırım.
- C- Hastayı yüksek triyaj kategorisinde değerlendiririm.
- D- Psikiyatri polikliniğe gitmesi gerektiğini söylerim.
- E- Acil servis sorumlu hemşiresine bilgi veririm.



Ek 5. Acil Serviste Ruhsal Durum Değerlendirme Formu

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP KLİNİĞİ ANABİLİM DALI RUHSAL DURUM DEĞERLENDİRME FORMU	
BARKOD YAPIŞTIRINIZ	
Başvuru: ☐ Ayaktan ☐ 112 ☐ Sevk ☐ Polis Yakını var mı?: ☐ Evet ☐ Hayır	
ÖZGEÇMİŞ	
☐ KKY(I50) ☐ KAH (I25) ☐ HT(I10) ☐ DM (E11) ☐ PE(I26) ☐ Diğer....	☐ SVO(G46) ☐ KOAH(j44.8) ☐ KBY(N18.9) ☐ Pnömoni (I8.9) ☐ Astım (J45) ☐ Ruhsal sorunu yok ☐ Psikotik bozukluk ☐ Bipolar bozukluk ☐ Alkol bağımlılığı ☐ Panik bozukluk ☐ Konversiyon bozukluğu ☐ Diğer...
Hastanın başvuru nedeni: ☐ Saldırgan davranış ☐ Saldırganlık/şiddet riski ☐ İntihar girişimi ☐ İntihar riski ☐ Madde/alkol zehirlenmesi ☐ Madde/alkol yoksunluğu ☐ Akut manik dönem ☐ Akut psikotik atak ☐ Deliryum ☐ Panik atak ☐ Fobik bozukluk ☐ Diğer..... ☐ Durumsal kaygı (sınav kaygısı gibi) ☐ Durumsal krizler (travma, yas gibi) ☐ Konversiyon ☐ Hipokondriazis ☐ TSSB	
Hastanın geliş şikâyeti: Değerlendirme: - Görünüm/ Davranış: - Konuşma/İletişim: - Duygudurum: - Düşünce: Kendine ☐ veya başkalarına ☐ zarar verme düşüncesi var mı? Var ☐ Yok ☐ - Bilinç - Algı - Bellek - Dikkat: - Yönelim: - İşbirliği yapıyor mu? - İçgörü var mı?	Triyaj kodu ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Varsa kullandığı ilaçlar:	
Triyaj hemşiresi Ad Soyadı İmza	

Ek 6. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Formu

Bu veri formu, acil serviste başvuran ruhsal sorunları olan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumlarını saptamak amacıyla oluşturulmuştur. Lütfen her bir soruyu boş bırakmadan yanıtlayınız. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırma bilgi toplama amacıyla yapıldığından, adınızı ve soyadınızı yazmanıza veya kimliğinizi belirtecek herhangi bir işaret koymanıza gerek yoktur. Her bir soruya içtenlikle vereceğiniz yanıtlar, araştırma sonuçları açısından oldukça önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz

a) Kadın b) Erkek

3. Acil servise başvurunuzda sizinle sıklıkla ilgilenen sağlık çalışanı kimdir?

- a) Hemşire
- b) Acil servis doktoru
- c) Psikiyatrist
- d) Personel
- e) Diğer...

4. Acil serviste size verilen hemşirelik hizmetinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

5. Acil servise başvurunuzda hemşireler ile yaşadığınız güçlükler var mı?

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

6. Acil servise başvurunuzda hemşireler ile yaşadığınız güçlükler konusunda aşağıda görüşünüzü ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

I. Tedavi ve bakım için uzun süre bekletiliyor.

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

II. Yapılacak işlem hakkında bilgi verilmiyor

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

III. Benimle konuşmak, iletişim kurmak istenmiyor.

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

IV. Beni anlamadıklarını düşünüyorum.

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

V. Acil servise gelen diğer hastaları daha çok önemsiyorlar.

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

VI. Bana kötü davranıldığını düşünüyorum

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

VII. Yeterince ilgili ve nazik davranılıyor.

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

VIII. Yapılan görüşmelerde mahremiyete dikkat ediliyor.

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

Ek 7. Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası

Kod	Aciliyet	Tanım	Genel görünüm	Genel müdahale ilkeleri
1	Anında	Kendi ve/veya başkalarının hayatına yönelik belirgin tehlikenin olması Doğrudan tehlikeli şiddet tehdidi içeren, ciddi davranış bozukluğunun olması	Gözlenen durum - Şiddet davranışı - Silah bulundurma - Acil Servis içinde kendisine zarar verme - Aşırı ajitasyon ya da huzursuzluk - Tuhaf/dezoryante davranış Raporlanan durum - Kişinin karşı koyamadığı, kendine ve başkalarına zarar vermesine yönlendiren sözel komutlar aldığını belirtmesi (emir veren halüsinasyonlar) - Yakın geçmişte şiddet davranışının olması	Gözetim Sürekli gözlem veya birebir özel gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız) Müdahale - Acil servisteki sağlık çalışanlarını hemen uyarın - İlgili birime yönlendirin - Hasta ve diğerleri için güvenli bir ortam sağlayın - Tespit etmek/engellemek için yeterli sayıda personel sağlayın Göz önünde bulundurun - Personelin yada hastanın güvenliği tehlike de ise (hastane) güvenliğini arayın <i>Hastayı tutabilmek için birden fazla personele gereksinim olabilir.</i> - Birebir gözlem yapın DİKKAT: Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışları arturabilir
2	Çok Acil 10 dakika içinde	Kendine ve başkalarına yönelik tehlike riskinin olması Hasta, acil serviste fiziksel olarak tespit edilmiştir. ve/veya Hastada ciddi davranış bozukluğunun olması Şiddet ya da saldırganlık: - Kendisine ve/veya başkalarına yönelik doğrudan	Gözlenen durum - Aşırı ajitasyon/huzursuzluk - Fiziksel/sözel saldırganlık - Konfüze (bilinç sislenmesi) /iş birliği yapamama - Halüsinasyon/sanrı/paranoya - Tespit etme/kısıtlama gereksinimi - Kaçma ve tedaviyi bekleyememe riski yüksek Raporlanan durum - Kendine zarar verme girişimi/ kendine zarar verme tehdidi	Gözetim Sürekli gözlem veya birebir özel gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız) Müdahale - Acil servisteki sağlık çalışanlarını hemen uyarın - İlgili birime yönlendirin - Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlayın - Yatıştırıcı teknikleri kullanın (ağızdan tıbbi tedavi, sessiz bir alanda bekleme) - Tespit etmek/engellemek (fiziksel veya kimyasal) için yeterli sayıda personel sağlayın Göz önünde bulundurun

		tehdit içeren durum - Tespiti gereken veya gerektiren durum - Şiddetli ajitasyon veya saldırganlık durumu	- Başkalarına zarar verme tehdidi - Güvenli bir şekilde bekleyememe	- Eğer yatıştırıcı teknikler yeterli gelmedi ise, 1. kategoriye göre tekrar triyaj yapın (yukarıya bakınız) - Eğer gerekli ise hastaya sedasyon yapılınca kadar güvenlik ve eşdeğer bir görevliyi bulundurun DİKKAT: Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışları artırabilir
3	Acil 30 dakika içinde	Kendine veya başkalarına yönelik tehlike olasılığının olması - Orta derecede davranış bozukluğunun olması - Çok sıkıntılı, kendine zarar verme riskinin olması - Akut psikotik veya düşünce bozukluğunun olması - Durumsal kriz, kendine zarar vermeyi planlama - Gergin/içine kapalı olma	Gözlenen durum - Gerginlik/huzursuzluk - İntusif (kontrol edilemeyen, tekrarlayıcı, zorlayıcı) davranış - Konfüze (bilinç sislenmesi) - Tedavi konusunda ambivalan (zıt duygulanım/kararsız) olma - Tedavi için bekleme olasılığının olmaması Raporlanan durum - İntihar düşüncesi - Durumsal krizler Psikotik semptomların olması - Halüsinasyonlar - Sanrılar - Paranoid/şüpheli düşünceler - Düşünce bozukluğu - Tuhaf (Bizar)/ajite davranış Duygudurum bozukluğunun olması - Ciddi depresyon belirtileri - İçine kapanık/iletişim kurmama - ve/veya anksiyeteli olması - Taşkın(eleve) veya gergin(irritable) ruh hali	Gözetim - Yakın gözlem(Aşağıdaki tanıma bakınız) - Destek personel olmadan bekleme odasındaki hastayı yalnız bırakmayın Müdahale - İlgili birime yönlendirin - Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlayın Göz önünde bulundurun - Davranış bozukluğu vb. belirtilerde artma var ise yeniden triyaj yapın Huzursuzluk İntusif davranış Ajitasyon Saldırganlık Sıkıntıda artma DİKKAT: Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışları artırabilir.
4	Yarı acil 60 dk içinde	Orta derecede sıkıntının olması - Yarı acil ruh sağlığı problemi	Gözlenen durum - Ajitasyon /huzursuzluk yok - Saldırganlık olmaksızın gergin olma - İşbirlikçi - Tutarlı geçmiş öykü verme	Gözetim - Aralıklı gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız) Müdahale - İlgili birime yönlendirin Göz önünde bulundurun

		- Gözlem altında ve/veya kendine veya başkalarına yönelik acil bir şiddet riski yok	Raporlanan durum - Ruhsal bozukluk öyküsünün olması - İntihar düşüncesi olmaksızın depresyon veya anksiyete belirtilerinin olması - Beklemeye istekli	- Davranış bozukluğu vb. belirtilerde artma var ise yeniden triyaj yapın - Huzursuzluk - İntrusif olma - Ajitasyon - Saldırganlık - Sıkıntıda Artma DİKKAT: Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışları artırabilir
5	Acil değil 120 dakika	Kendine veya başkalarına yönelik tehlikenin olmaması - Akut sıkıntı yok - Davranış bozukluğu yok - Kronik semptomları bilinen hasta - Sosyal krizler, klinik olarak iyi görünen hasta	Gözlenen durum - İşbirlikçi - İletişime açık ve geliştirilen müdahale planını uygulayabilme - Endişelerini tartışabilme - Önerilere uyumlu Raporlanan durum - Kronik psikotik semptomları bilinen hasta - Önceden var olan, akut olmayan ruhsal bozukluk - Açıklanamayan, kronik somatik semptomları bilinen hasta - İlaçla tedavi olmayı isteme - İlaç tedavisinin önemsiz düzeyde istenmeyen yan etkisi - Ekonomik/sosyal/konaklama/ilişkisel sorunlar	Gözetim - Rutin gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız) Müdahale - İlgili birime yönlendirin - Eğer bilinen bir hasta ise, toplum ruh sağlığı hizmetlerine sevk edin - Sosyal sorunlara uygun olarak sosyal hizmetlere sevk edin - Aile hekimine sevk edin - Devlet organizasyonu olmayan toplumsal destek ağlarını (sivil toplum kuruluşları vb.) harekete geçirin

NOT:

Gözetim/Gözlem düzeyleri (yukarıdaki ruh sağlığı triyaj skalası ile kullanmak içindir). Bu tanımlar hastanenizde farklılık gösterebilir. Burada kullanılan tanımlar yukarıda ölçekte kullanılan gözlem seviyelerini açıklamak içindir.

- I. *Birebir 'Özel' gözlem:* Hasta daima kendisine tahsis edilmiş olan bir personelin fiziksel olarak yakınında, sürekli gözlem altındadır. Personel hastaya birebir bakım verirken diğer hastaların bakımından sorumlu tutulmaz.
- II. *Sürekli gözlem:* Hasta, her zaman doğrudan gözlem altındadır.
- III. *Yakın gözlem:* Hastanın en fazla 10 dakika aralıklarla düzenli olarak gözlenmesidir
- IV. *Aralıklı gözlem:* Hastanın en fazla 30 dakika aralıklarla düzenli olarak gözlenmesidir.
- V. *Rutin gözlem:* Hastanın en fazla bir saat aralıklarla düzenli olarak gözlenmesidir.

Ek 8. Hemşire Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmanın amacı nedir?

Ruh sağlığı triyajı acil servise ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hastaların kısa sürede değerlendirilmesini, bakım verme önceliğinin belirlenmesini, erken zamanda hızlı bir şekilde müdahale edilmesini ve hastanın gereksinimlerinin karşılanmasını kolaylaştıran bir yaklaşımdır. Araştırma ülkemizde, ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Katılma koşulları nedir?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği'nde en az bir yıldır çalışıyor olmanız, acil klinik hemşireliği ve triyaj hemşireliği yapıyor olmanız ve araştırmaya katılmayı kabul etmeniz gerekir.

Nasıl bir uygulama yapılacaktır?

Uygulama şu şekildedir:

- Öncelikle sizinle araştırmanın amacı, önemi, planı konusunda bilgilendirme toplantısı yapılacak ve “Tanıtıcı bilgi formu” ve “Mesleki bilgi formu” verilecektir.
- Daha sonra yapılacak olan eğitim programı öncesinde ve sonrasında mevcut durumu saptamaya yönelik “Acil serviste ruhsal durum değerlendirme formu”nu hastalara uygulamanız beklenmektedir.
- Ayrıca hastalara “Hemşirelik hizmetleri hasta memnuniyetini değerlendirme formu” uygulanacaktır.
- Yapılacak eğitim programı öncesinde öncesinde bilgi, beceri ve tutumunuzu belirlemeye yönelik “Eğitim programı değerlendirme soru formu” nu ve “Ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisi değerlendirme soru formu” nu doldurmanız istenecektir.
- Eğitim programı, araştırmacılar tarafından uygulanacaktır. Ruhsal bozukluklar, acil psikiyatrik durumlara yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalasının kullanımı konularında verilecek olan eğitim, sizin çalışma programınıza uygun saatlerde verilecektir (*Eğitim programına katılamadığınız takdirde, uygun olduğunuz bir zamanda eğitim konusu tekrar anlatılacak, hemşirelerin tüm oturumlara katılımı sağlanmaya çalışılacaktır*).
- Eğitim programı sonrası ve üç ay sonrası da “Mesleki bilgi formu”, “Eğitim programı değerlendirme soru formu” nu ve “Ruh sağlığı triyaj uygulama bilgisi değerlendirme soru formu” nu doldurmanız istenecektir.
- Ayrıca eğitim programı sonrası sizlere, “Acil serviste ruhsal sıkıntıları olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj uygulaması” konulu rehber kitapçık verilecektir.

Sorumluluklarım nedir?

- Araştırma ile ilgili olarak size verilen formları eksiksiz ve doğru şekilde doldurmak, eğitim programına katılmak ve çalışma programını aksatmamak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Katılımım ne kadar sürecektir?

- Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre bir yıldır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası yarar nedir?

- Bu araştırma, sizin ruhsal bozukluklar, ruhsal sıkıntıları nedeniyle acil servise başvuran hastalara yaklaşım, ruh sağlığı triyajı değerlendirme ve ruh sağlığı triyaj skalasını uygulama konularında bilgi, beceri ve tutumunuzu artıracaktır.
- Ayrıca var ise ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz duygu, düşünce ve tutumunuzda olumlu değişimler olması beklenmektedir.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası riskler nedir?

- Bu çalışmaya katılmanızın olası hiçbir riski yoktur.

Hangi koşullarda araştırma dışı bırakılabilirim?

- Araştırma ile ilgili olarak sizden doldurmanız beklenen formları eksik ve yanlış doldurmanız, çalışma programını aksatmanız durumunda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Araştırma süresince çıkabilecek sorunlar için kimi aramalıyım?

- Araştırma sürecinde çıkabilecek olası sorunlarınız için araştırmacı Ayşe BÜYÜKBAYRAM'ı (Tel: 0 505 220 42 00) arayabilirsiniz.

Çalışmaya katılmam nedeniyle herhangi bir ödeme yapılacak mıdır?

- Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmemem veya araştırmadan ayrılmam durumunda ne yapmam gerekir?

- Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma da size ait verilerin gizliliği sağlanacaktır.
- Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Katılmama ilişkin bilgiler konusunda gizlilik sağlanabilecek midir?

- Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren üç sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

Ek 9. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmanın amacı nedir?

Ruh sağlığı triyajı acil servise ruhsal sıkıntıları nedeniyle başvuran hastaların kısa sürede değerlendirilmesini, bakım verme önceliğinin belirlenmesini, erken zamanda hızlı bir şekilde müdahale edilmesini ve hastanın gereksinimlerinin karşılanmasını kolaylaştıran bir yaklaşımdır. Araştırma ülkemizde, ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Katılma koşulları nedir?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği'ne ruhsal sıkıntınız nedeniyle başvurmuş olmanız, soruları anlayıp doğru cevap verebilecek durumda olmanız ve araştırmaya katılmayı kabul etmeniz gerekir.

Nasıl bir uygulama yapılacaktır?

- Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği'ne ruhsal sıkıntısı nedeniyle başvuran toplam 108 hasta ile yürütülecektir.
- Acil servise ruhsal sıkıntınız nedeniyle başvurduğunuzda; ilk karşılamada triyaj hemşireleri sizin ruhsal durumunuzu değerlendirip, sizinle ilgili bilgileri “*Acil serviste ruhsal durum değerlendirme formu*”na kayıt edecekler ve sizi uygun bir şekilde yönlendireceklerdir.
- Uygun olduğu bir zaman içinde “*Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Formu*” nu doğru bir şekilde doldurmanız beklenmektedir.

Sorumluluklarım nedir?

- Araştırma ile ilgili olarak size verilen formları eksiksiz ve doğru şekilde doldurmaktır. Bu koşula uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Katılımım ne kadar sürecektir?

- Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre acil servise kabulünüz ve taburcu olduğunuz saatler arasındaki süre kadardır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası yarar nedir?

- Bu araştırma, acil servise ruhsal sıkıntılarınızla başvurduğunuzda sizin erken zamanda, doğru bir şekilde değerlendirilmenize, bakım ve tedavinizin daha hızlı bir şekilde yapılmasına, acil serviste kalma sürenizin kısılmasına, acil servis hemşirelerinin size yönelik yaklaşımlarının daha olumlu

olmasına, acil serviste bakım ve tedavi hizmetleri konusunda memnuniyet düzeyinizin artmasına yardımcı olacaktır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası riskler nedir?

- Bu çalışmaya katılmanızın olası hiçbir riski yoktur.

Hangi koşullarda araştırma dışı bırakılabilirim?

- Araştırma ile ilgili olarak sizden doldurmanız beklenen formları eksik ve yanlış doldurmanız, çalışma programını aksatmanız durumunda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Araştırma süresince çıkabilecek sorunlar için kimi aramalıyım?

- Araştırma sürecinde çıkabilecek olası sorunlarınız için araştırmacı Ayşe BÜYÜKBAYRAM'ı (Tel: 0 505 220 42 00) arayabilirsiniz.

Çalışmaya katılmam nedeniyle herhangi bir ödeme yapılacak mıdır?

- Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmemem veya araştırmadan ayrılmam durumunda ne yapmam gerekir?

- Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; **reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.**
- Araştırmacı, sizden doldurmanız beklenen formları eksik ve yanlış doldurmanız, çalışma programını aksatmanız gibi nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde, sizi araştırmadan çıkarabilir. **Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.**
- Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Katılmama ilişkin bilgiler konusunda gizlilik sağlanabilecek midir?

- Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **üç sayfalık** metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya

katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

Ek 10. Rehber Kitapçığı

*Acil Serviste Ruhsal Sıkıntıları Olan
Hastaya Yaklaşım
ve
Ruh Sağlığı Triyaj Uygulaması
Rehber Kitapçığı*

Hazırlayan
Öğr. Gör. Ayşe BÜYÜKBAYRAM
2018-İZMİR



Değerli Akademiçilerim,

Bu rehber kitapçığı, acil servise ruhsal sıkıntısı nedeniyle başvuran hastalara yaklaşım ve ruh sağlığı triyajı uygulaması konusunda sizlerin bilgi, beceri ve yetkinliğinizi artırmak amacıyla geliştirilmiştir.

Kitapçık, acil servise farklı ruhsal sorunları nedeniyle başvuran hastalara yardımcı olmak istediğinizde elinizin altında kolayca ulaşabileceğiniz şekilde tasarlanmıştır.

Özellikle acil psikiyatrik durumlara yönelik kısa net şekilde ifade edilmiş ve pratik bilgilere sahip olan bu rehber kitapçık ile; hastalara daha hızlı, etkin, kaliteli bir bakım hizmeti sunmanızda yol gösterici olması hedeflenmektedir.

Windows'u Etkinleş
Windows'u etkinleştirin

Sevgili Cemile Akbınar'a...
Ruhu şad olsun

İçindekiler	
Psikiyatrik aciller sağlığı triyajı	4
Ruh sağlığı triyaj yaklaşımının uygulanması	5
1. Ruh sağlığı triyajında risk faktörlerinin tanınması	5
2. Acil psikiyatrik başvuruda güvenlik önlemlerinin alınması	6
3. Acil psikiyatrik başvuruda değerlendirme	7
4. Ruh sağlığı triyaj kodunun belirlenmesi	9
5. Genel müdahale ilkelerinin uygulanması	13
Acil psikiyatrik durumlarda hastaya yaklaşım ve müdahale	17
Kriz durumunda acil yaklaşım	17
Psikotik bozukluklarda acil yaklaşım	18
Duygudurum bozukluklarında acil yaklaşım	20
Anksiyete ve anksiyete bozukluklarında acil yaklaşım	22
Konfüzyonu olan hastaya acil yaklaşım	25
Alkol - madde kullanan hastaya acil yaklaşım	27
Alkol kullanan hastaya acil yaklaşım	27
Madde kullanan hastaya acil yaklaşım	30
İntihar (özkıym) davranışı ile başvuran hastaya acil yaklaşım	34
Ajite ve saldırgan davranış ile başvuran hastaya acil yaklaşım	38
Acil serviste sıklıkla kullanılan ilaçlar	41
Acil başvuruda antipsikotik ilaçların yan etkileri	43
Kaynakça	45
Tablo 1. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası	10
Tablo 2. Psikoaktif maddelerin merkezi sinir sistemine etkilerine sınıflandırılması	27
Tablo 3. İntihar riski değerlendirme tablosu	36
Şekil 1. Ruh sıkıntıları nedeniyle acil servise başvuran hastalar için triyaj yaklaşımı işleyiş akış şeması	14-15

Ek 11. Eğitim Rehberi İçerik Değerlendirme Formu

Sayın Uzman,

Araştırmacı tarafından hazırlanan “Rehber Kitapçık” ile ilgili görüş, beklenti ve önerilerinizi aşağıdaki değerlendirme kriterleri göz önünde bulundurarak belirtmeniz, kitapçığın geliştirilmesi konusunda yarar ve katkı sağlayacaktır. İlginiz ve emeğiniz için teşekkür ederim.

	Çok katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Gereksiz	Fikrim yok	Görüşler
Kurgusal Özellikler							
1- Alt başlıklar organize bir şekilde, mantıklı bir biçimde düzenlenmiş ve bölümler arasında bağ ve uyum kurulabiliyor							
2- Dikkatlice yazılmış							
3- Şekiller anlaşılır biçimde hazırlanmış, sayıca yeterli							
4- Genel olarak okuyucunun kavrayıp anlayabileceği biçimde ele alınmış, yazılmış							
İçerik ile ilgili özellikler							
5- Okuyucuyu konuyla ilgili başka kaynaklar okuma ve düşünme açısından motive edici biçimde yazılmış							
6- Verilen bilgiler aydınlatıcı, işe yarar, kullanılabilir							
7- Kaynaklar güncel ve konuyla ilgili							
Türkçe anlatım ile ilgili özellikler							
8- Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor							
9- Gereksiz tekrarlar ve uzatmalar yok							
10- Anlamayı güçleştiren sözcükler yok							
11- Yabancı dildeki terimlerin Türkçe karşılığı verilmiş							
12- Yazım dili yalın, anlaşılır							
13- Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış							
Basım niteliği ile ilgili özellikler							
14- Yazının diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkımsıyor							
15- Basım hatası ile yanlış yazılmış sözcükler yok							
16- Kitapçık kapağının organizasyonu ve kompozisyonu ilgi çekici hazırlanmış							
Diğer öneriler:							

Ek 12. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Dil Geçerlilik Uzman Değerlendirme Formu

İngilizce orjinal metin		Türkçe metin		Puanlama	
MENTAL HEALTH TRIAGE SCALE		RUH SAĞLIĞI TRIYAJ SKALASI		☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum	
Varsa Öneri:					
İngilizce orjinal	Türkçe metin	Puanlama			
Triage code	Trijaj kodu	☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum	1		
Varsa Öneri:					
İngilizce orjinal	Türkçe metin	Puanlama	İngilizce orjinal metin	Türkçe metin	Puanlama
Treatment acuity	Tedavi aciliyeti	☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum	Immediate	Anında	☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum
Varsa Öneri:					
Description	Tanım	☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum	Definite danger to life to self and/or others Severe behavioural disorder with immediate threat of dangerous violence	Kendi ve/veya başkalarının hayatına yönelik belirgin tehlike Doğrudan tehlikeli şiddet tehditti içeren, ciddi davranış bozukluğu	☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum
					☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum
Varsa Öneri:					
Typical presentation	Tipik görünüm	☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum	Observed	Gözlenen	☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum
			Violent behaviour	Şiddet davranışı	☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum
			Possession of weapon	Silah bulundurma	☐ Katılmıyorum ☐ Kararsızım ☐ Katılıyorum

			Self-harm in ED	Acil Servis içinde kendine zarar verme	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Displays extreme agitation or restlessness	Aşırı ajitasyon yada huzursuzluk	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Bizarre/disoriented behaviour	Tuhaf(bizar)/dez organize davranış	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Reported	Raporlanan	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Verbal commands to do harm to self or others that the person is unable to resist (command hallucinations)	Kişinin karşı koyamadığı kendine ve başkalarına zarar vermesine yönlendiren sözel komutların olması (emir veren halüsinasyonlar)	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Recent violent behaviour	Yakın zamanda şiddet davranışının olması	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
General principles of management	Genel müdahale ilkeleri	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum	Supervision	Gözetim	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Continuous visual observation, or 1:1 special observation (see definition below)	Sürekli gözlem veya birebir özel gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Action	Eylem	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum

			Alert ED medical staff immediately	Acil servisteki sağlık çalışanlarını hemen uyarın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Alert mental health liaison/service	Ruh sağlığı liyezon/hizmeti ni uyarın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Provide safe environment for patient and others	Hasta ve diğerleri için güvenli bir ortam sağlayın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Ensure adequate personnel to provide restraint/detention	Tespit etme/engellem e için yeterli sayıda personel sağlayın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Consider	Göz önünde bulundurun	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Calling security +/- police if staff or patient safety compromised.	Personelin yada hastanın güvenliği tehlike de ise (hastane) güvenliğini ve/veya polisini arayın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			May require several staff to contain patient	Hastayı tutabilmek için birden fazla personele gereksinim olabilir	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			1:1 observation	Birebir gözlem yapın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management.	Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışlarda artışa neden olabilir	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					

Triage code	2				
İngilizce metin orjinal	Türkçe metin	Puanlama	İngilizce orijinal metin	Türkçe metin	Puanlama
Treatment acuity	Tedavi aciliyeti	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum	Emergency Within 10 minutes	Çok Acil 10 dakika içinde	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
Descripti on	Tanım		Probable risk of danger to self or others AND/OR	Kendine ve başkalarına yönelik tehlike ihtimali riski VE/VEYA	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Client is physically restrained in the Emergency Department AND/OR	Hasta, acil serviste fiziksel olarak tespit edilmiştir. VE/VEYA	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Severe behavioural disturbance	Ciddi davranış bozukluğu	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Violent or aggressive:	Şiddet yada saldırganlık:	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			– Immediate threat to self or others	- Kendisine ve/veya başkalarına yönelik doğrudan tehdit	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			– Requires or has required restraint	- Tespiti gerekli olan veya gerektiren	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			– Severe agitation or aggression	- Şiddetli ajitasyon veya saldırganlık	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
Typical presenta tion	Tipik görünü m		Observed	Gözlenen	
			Extreme agitation/ restlessness	Aşırı ajitasyon /huzursuzluk	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Physically/verbally aggressive	Fiziksel/sözel saldırganlık	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum

			Confused/unable to cooperate	Konfüze (bilinç sislenmesi) /iş birliği yapamama	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Hallucinations/delusions/ paranoia	Halüsinasyon/sanrı/paranoya	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Requires restraint/containment	Tespit etme/tutma gereksinimi	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			High risk of absconding and not waiting for treatment	Kaçma ve tedaviyi bekleyememe riski yüksek	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Reported	Raporlanan	
			Attempt at self harm/threat of self harm	Kendine zarar verme girişimi/kendine zarar verme tehdidi	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Threat of harm to others	Başkalarına zarar verme tehdidi	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Unable to wait safely	Güvenli bir şekilde bekleyememe	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
General principles of management	Genel müdahale ilkeleri		Supervision	Gözetim	
			Continuous visual observation or 1:1 special observation (see definition below)	Sürekli gözlem veya birebir özel gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Action	Eylem	
			Alert ED medical staff immediately	Acil servisteki sağlık personellerini hemen uyarın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Alert mental health liaison/service	Ruh sağlığı liyezon/hizmeti ni uyarın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum

			Provide safe environment for patient and others	Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlayın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Use defusing techniques (oral medication, time in quieter area)	Yatıştırıcı teknikleri kullanın (ağızdan tıbbi tedavi, sessiz bir alanda bekleme)	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Ensure adequate personnel to provide restraint/ detention	Tespit etme/engellem e için yeterli sayıda personel sağlayın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Consider	Göz önünde bulundurun	
			If defusing techniques ineffective, re-triage to category 1 (see above)	Eğer yatıştırıcı teknikler yeterli gelmedi ise, 1. kategoride tekrar triyaj yapın (yukarıya bakınız)	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Security/police/equivalent in attendance until patient sedated if necessary	Eğer gerekli ise hastaya sedasyon yapılınca kadar hazırda güvenlik/ polis/ eşdeğer görevli bulundurun	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management	Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışlarda artışa neden olabilir	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri					
Triage code	3				
İngilizce orijinal metin	Türkçe metin	Puanlama	İngilizce orijinal metin	Türkçe metin	Puanlama
Treatment acuity	Tedavi aciliyeti		Urgent Within 30 minutes	Acil 30 dakika içinde	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum

Varsa Öneri:					
Descripti on	Tanım		Possible danger to self or others	Kendine veya başkalarına yönelik tehlike olasılığı	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Moderate behaviour disturbance	Orta derecede davranış bozukluğu	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Severe distress	Ciddi sıkıntı	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Very distressed, risk of self-harm	Çok sıkıntılı, kendine zarar verme riski	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Acutely psychotic or thought disordered	Akut psikotik veya düşünce bozukluğu	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Situational crisis, deliberate self-harm	Durumsal kriz, kasıtlı kendine zarar verme	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Agitated/ withdrawn	Ajite /içine kapalı	()Katılmıyorum () Kararsızım ()Katılıyorum
Varsa Öneri:					
Typical presenta tion	Tipik görünü m		Observed	Gözlenen	
			Agitated/restless	Ajite /huzursuz	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Intrusive behaviour	İntrusif (Kontrol edilemeyen, tekrarlayıcı, zorlayıcı) davranış	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Confused	Konfüze (bilinç sislenmesi)	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Ambivalence about treatment	Tedavi konusunda ambivalan (zıt	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum

			Not likely to wait for treatment	duygulanım/kararsız) olma Tedavi için bekleme olasılığı yok	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Reported	Raporlanan	
			İntihar ideation	İntihar düşüncesi	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Situational crisis	Durumsal krizler	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Presence of Psychotic symptoms	Psikotik semptomların varlığı	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Hallucinations	Halüsinasyonlar	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Delusions	Sanrılar	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Paranoid ideas	Paranoid/şüpheli düşünceler	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Thought disorder	Düşünce bozukluğu	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Bizarre/agitated behaviour	Tuhaf(Bizar)/ajite davranış	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Presence of Mood Disturbance	Duygudurum bozukluğu varlığı	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Severe symptoms of depression	Ciddi depresyon belirtileri	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Withdrawn/uncommunicative mood	İçine kapalı/iletişim kurmayan bir duygudurum	()Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum

			And/or anxiety	ve/veya anksiyete	() Katılıyorum
			Elevated or irritable	Taşkın(eleve) ruh hali veya sinirli	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
General principles of management	Genel müdahale ilkeleri		Supervision	Gözetim	
			Close observation (see definition below)	Yakın gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Do not leave patient in waiting room without support person	Destek personel olmadan bekleme odasındaki hastayı yalnız bırakmayın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Action	Eylem	
			Alert mental health liaison/service	Ruh sağlığı liyezon/hizmeti ni uyarın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Ensure safe environment for patient and others	Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlayın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Consider	Göz önünde bulundurun	
			Re-triage if evidence of increasing behavioural disturbance i.e.	Davranış bozukluğu vb. belirtilerde artma var ise yeniden triyaj yapın	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			-Restlessness - Intrusiveness -Agitation -Aggressiveness -increasing distress	-Huzursuzluk - intrusif olma - Ajitasyon -Saldırganlık -Sıkıntıda Artma	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum

			-Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management	- Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışlarda artışa neden olabilir	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
Triage code	4				
İngilizce orjinal	Türkçe metin	Puanlama	İngilizce orjinal	Türkçe metin	Puanlama
Treatment acuity	Tedavi aciliyeti		Semi-urgent Within 60 min	Yarı acil 60 dk içinde	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
Description	Tanım		Moderate distress	Orta derecede sıkıntı	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Semi-urgent mental health problem	Yarı acil ruh sağlığı problemi	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Under observation and/ or no immediate risk to self or others	Gözlem altında ve/veya kendine veya başkalarına yönelik acil bir risk yok	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
Typical presentation	Tipik görünüm		Observed	Gözlenen	
			No agitation/ restlessness	Ajitasyon /huzursuzluk yok	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Irritable without aggression	Saldırganlık olmaksızın sinirli	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Cooperative	İşbirlikçi	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum

			Gives coherent history	Geçmiş dair tutarlı öykü verme	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Reported	Raporlanan	
			Pre-existing mental health disorder	Önceden var olan ruhsal bozukluk	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Symptoms of anxiety or depression without intihar ideation	İntihar düşüncesi olmaksızın depresyon veya anksiyete belirtileri	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
			Willing to wait	Beklemeye istekli	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
General principles of management	Genel müdahale ilkeleri		Supervision	Gözetim	
			Intermittent observation (see definition below)	Aralıklı gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Action	Eylem	
			Consult mental health liaison service	Ruh Sağlığı liyezon hizmetine konsültasyon isteyin	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					
			Consider	Göz önünde bulundurun	
			Re-triage if evidence of increasing behavioural disturbance i.e. -restlessness -intrusiveness -agitation - aggressiveness - increasing distress	Davranış bozukluğu vb. belirtilerinde artma var ise yeniden triyaj yapın -huzursuzluk -intrusif olma - Ajitasyon -saldırganlık -sıkıntıda artma	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum

			Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management	Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışlarda artışa neden olabilir.	() Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum
Varsa Öneri:					



Ek 13. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Yüzey Geçerliği Değerlendirme Formu

		Puan
Trijaj kodu 1		
	ANINDA	
	Kendi ve/veya başkalarının hayatına yönelik belirgin tehlike · Doğrudan tehlikeli şiddet tehdidi içeren, ciddi davranış bozukluğu	
Genel görünüm	Gözlenen	
	· Şiddet davranışı	
	· Silah bulundurma	
	· Acil Servis içinde kendisine zarar verme	
	· Aşırı ajitasyon ya da huzursuzluk	
	· Tuhaf(Bizar) / dezoryante davranış	
	Raporlanan	
	· Kişinin karşı koyamadığı kendine ve başkalarına zarar vermesine yönlendiren sözel komutların olması (emir veren halüsinasyonlar)	
· Yakın zamanda şiddet davranışının olması		
Genel müdahale ilkeleri	Gözetim	
	· Sürekli gözlem veya birebir özel gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	
	Müdahale	
	· Acil servisteki sağlık çalışanlarını hemen uyarın	
	· Psikiyatri konsültasyonu isteyin	
	· Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlayın	
	· Tespit etme/engelleme için yeterli sayıda personel sağlayın	
	Göz önünde bulundurun	
	· Personelin ya da hastanın güvenliği tehlike de ise (hastane) güvenliğini ve/veya polisini arayın	
	<i>Hastayı tutabilmek için birden fazla personele gereksinim olabilir.</i>	
	· Birebir gözlem yapın	
	<i>Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışları artırabilir.</i>	
Trijaj kodu 2		
Tanım	ÇOK ACİL -10 dakika içinde	
	Kendine ve başkalarına yönelik tehlike riski	
	· Kendisine ve/veya başkalarına yönelik doğrudan tehdit	
	· <i>Hasta, acil serviste fiziksel olarak tespit edilmiştir.</i>	
	· Tespiti gereken veya gerektiren durum	
	· Ciddi davranış bozukluğu	
Genel görünüm	· Ciddi ajitasyon veya saldırganlık	
	Gözlenen	
	· İleri derecede ajitasyon /huzursuzluk	
	· Fiziksel/sözel saldırganlık	
	· Konfüze (bilinç sislenmesi)/iş birliği yapamama	
	· Halüsinasyon/sanrı/paranoya	
	· Tespit etme/kısıtlama gereksinimi	
	· Kaçma ve/veya tedaviyi bekleyememe riski yüksek	
	Raporlanan	
	· Kendine zarar verme tehdidi/girişimi	
· Başkalarına zarar verme tehdidi		
· Güvenli bir şekilde bekleyememe		
Genel müdahale	Gözetim	
	· Sürekli gözlem veya birebir özel gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	
	Müdahale	

	· Acil servisteki sağlık çalışanlarını hemen uyarın	
	· Psikiyatri konsültasyonu isteyin	
	· Hasta ve diğerleri için güvenli bir ortam sağlayın	
	· Tespit etme/engelleme için yeterli sayıda personel sağlayın	
	Göz önünde bulundurun	
	· Personelin yada hastanın güvenliği tehlike de ise (hastane) güvenliğini ve/veya polisini arayın	
	<i>Hastayı tutabilmek için birden fazla personele gereksinim olabilir.</i>	
	· Birebir gözlem yapın	
Triyaj kodu 3		
Tanım	ACİL -30 dakika içinde	
	Kendine veya başkalarına yönelik tehlike olasılığı	
	· Orta derecede davranış bozukluğu	
	· Çok sıkıntılı, kendine zarar verme riski var	
	· Akut psikotik durum veya düşünce bozukluğu	
	· Durumsal kriz	
	· Gergin/içine kapalı	
Genel görünüm	Gözlenen	
	· Gerginlik/huzursuzluk	
	· İntrusif davranış (kontrol edilemeyen, tekrarlayıcı, zorlayıcı)	
	· Konfüze (bilinç sislenmesi)	
	· Tedavi konusunda ambivalan (zıt duygulanım/kararsız) olma	
	· Tedavi için bekleme olasılığı yok	
	Raporlanan	
	· İntihar düşüncesi	
	· Durumsal krizler	
	Psikotik semptomların olması	
	· Halüsinasyonlar	
	· Sanrılar	
	· Paranoid/şüpheli düşünceler	
	· Düşünce bozukluğu	
	· Tuhaf (Bizar)/ajite davranış	
	Duygudurum bozukluğunun olması	
	· Ciddi depresyon belirtileri	
	· İçine kapanık/iletişim kurmama ve/veya anksiyete	
	· Taşkın(eleve) veya gergin (irritable) ruh hali	
Genel Müdahale ilkeleri	Gözetim	
	· Yakın gözlem(Aşağıdaki tanıma bakınız)	
	· Destek personel olmadan bekleme odasındaki hastayı yalnız bırakmayın	
	Müdahale	
	· Psikiyatri konsültasyonu isteyin	
	· Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlayın	
	Göz önünde bulundurun	
	· Davranış bozukluğu vb. belirtilerde artma var ise yeniden triyaj yapın	
	· Huzursuzluk , İntrusif davranış ,Ajitasyon, Saldırganlık ,Sıkıntıda artma	
<i>Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışları artırabilir</i>		
Triyaj kodu 4		
Tanım	YARI ACİL 60 dk içinde	
	Orta derecede sıkıntı	
	· Yarı acil ruh sağlığı problemi	
	· Gözlem altında ve/veya kendine veya başkalarına yönelik acil bir risk yok	

Genel görünüm	Gözlenen	
	· Ajitasyon /huzursuzluk yok	
	· Saldırganlık olmaksızın gergin (irritabl)	
	· İşbirlikçi	
	· Tutarlı geçmiş öykü verme	
	Raporlanan	
	· Ruhsal bozukluk öyküsünün var	
	· İntihar düşüncesi olmaksızın depresyon veya anksiyete belirtileri	
	· Beklemeye istekli	
Genel müdahale ilkeleri	Gözetim	
	· Aralıklı gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	
	Müdahale	
	· Psikiyatri konsültasyonu isteyin	
	Göz önünde bulundurun	
	· Davranış bozukluğu vb. belirtilerde artma var ise yeniden triyaj yapın · Huzursuzluk , İntusif davranış ,Ajitasyon, Saldırganlık ,Sıkıntıda artma <i>Alkol ve madde zehirlenmeleri, müdahale gerektiren davranışları artırabilir</i>	
Triyaj kodu 5		
Tanım	ACİL DEĞİL 120 dakika içinde	
	Kendine veya başkalarına yönelik tehlike	
	· Akut sıkıntı yok	
	· Davranış bozukluğu yok	
	· Kronik semptomları bilinen hasta	
	· Sosyal krizler, klinik olarak iyi görünen hasta	
Genel görünüm	Gözlenen	
	· İşbirlikçi	
	· İletişime açık ve geliştirilen müdahale planını uygulayabilme	
	· Endişelerini tartışabilme	
	· Önerilere uyumlu	
	Raporlanan	
	· Kronik psikotik semptomları bilinen hasta	
	· Önceden var olan, akut olmayan ruhsal bozukluk	
	· Açıklanamayan kronik somatik semptomları bilinen hasta	
	· İlaçla tedavi olmayı isteme	
	· İlaç tedavisinin önemsiz düzeyde istenmeyen yan etkisi	
	· Ekonomik/sosyal/konaklama/ ilişkisel sorunlar	
Genel müdahale ilkeleri	Gözetim	
	· Rutin gözlem (Aşağıdaki tanıma bakınız)	
	Müdahale	
	· Psikiyatri konsültasyonu isteyin	
	· Eğer bilinen bir hasta ise, toplum ruh sağlığı hizmetlerine sevk edin	
	· Sosyal sorunlara uygun olarak sosyal hizmetlere sevk edin	
	· Aile hekimine sevk edin	
	· Devlet organizasyonu olmayan toplumsal destek ağlarını (sivil toplum kuruluşları vb.) harekete geçirin	

Ek 14. Ruh Sağlığı Triyaj Skalası ve Sağlık Bakanlığı Triyaj Kategorilerini Eşleştirme Uzman Görüşü Formu

Ruh Sağlığı Triyaj Skalası (5'li triyaj uygulaması)		Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulama Tablosu göre eşleştiriniz.
Tanım	Genel görünüm	
Kendine ve başkalarına <u>YÖNELİK BELİRGİN TEHLİKE RİSKİNİN OLMASI</u> Hasta, acil serviste fiziksel olarak tespit edilmiştir. ve/veya Hastada ciddi davranış bozukluğunun olması Şiddet ya da saldırgan davranış: - Kendisine ve/veya başkalarına yönelik doğrudan tehdit içeren durum - Tespiti gereken veya gerektiren durum - Şiddetli ajitasyon veya saldırganlık durumu	Gözlenen durum - Aşırı ajitasyon/huzursuzluk - Fiziksel/sözel saldırganlık - Konfüze (bilinç sislenmesi) /iş birliği yapamama - Halüsinasyon/sanrı/paranoya - Tespit etme/kısıtlama gereksinimi - Kaçma ve tedaviyi bekleyememe riski yüksek Raporlanan durum - Kendine zarar verme girişimi/ kendine zarar verme <i>tehdidi</i> - Başkalarına zarar verme tehdidi - Güvenli bir şekilde bekleyememe	() Yeşil () Sarı 1. Kategori () Sarı 2. Kategori () Kırmızı 1. Kategori () Kırmızı 2. Kategori
VARSA ÖNERİNİZ:		
Kendi ve/veya başkalarının hayatına yönelik <u>BELİRGİN TEHLİKENİN OLMASI</u> Doğrudan tehlikeli şiddet tehdidi içeren, ciddi davranış bozukluğu	Gözlenen durum - Şiddet davranışı - Silah bulundurma - Acil servis içinde kendisine zarar verme - Aşırı ajitasyon ya da huzursuzluk - Tuhaf/dezoryante davranış Raporlanandurum - Kişinin karşı koyamadığı, kendine ve başkalarına zarar vermesine yönlendiren sözel komutlar aldığını belirtmesi (emir veren halüsinasyonlar) - Yakın geçmişte şiddet davranışının olması	() Yeşil () Sarı 1. Kategori () Sarı 2. Kategori () Kırmızı 1. Kategori () Kırmızı 2. Kategori
VARSA ÖNERİNİZ:		
Kendine veya başkalarına <u>YÖNELİK TEHLİKESİ OLMAYAN HASTALAR</u> - Akut sıkıntı yok - Davranış bozukluğu yok - Kronik semptomları bilinen hasta - Sosyal krizler, klinik olarak iyi görünen hasta	Gözlenen durum - İşbirlikçi - İletişime açık ve geliştirilen müdahale planını uygulayabilme - Endişelerini tartışabilme - Önerilere uyumlu Raporlanan durum - Kronik psikotiksemptomları bilinen hasta	() Yeşil () Sarı 1. Kategori () Sarı 2. Kategori () Kırmızı 1. Kategori () Kırmızı 2. Kategori

	- Önceden var olan, akut olmayan ruhsal bozukluk - Açıklanamayan, kronik somatik semptomları bilinen hasta - İlaçla tedavi olmayı isteme - İlaç tedavisinin önemsiz düzeyde istenmeyen yan etkisi Ekonomik/sosyal/konaklama/ilişkisel sorunlar	
VARSA ÖNERİNİZ:		
Hastada ORTA DERECEDE SIKINTININ OLMASI - Yarı acil ruh sağlığı problemi - Gözlem altında ve/veya kendine veya başkalarına yönelik acil bir şiddet riski yok	Gözlenen durum - Ajitasyon /huzursuzluk yok - Saldırganlık olmaksızın gergin olma - İşbirlikçi olma - Tutarlı geçmiş öykü verme Raporlanan durum - <i>İntihar düşüncesi olmaksızın depresyon veya anksiyete belirtilerinin olması</i> - Ruhsal bozukluk öyküsünün olması - Beklemeye istekli olma	() Yeşil () Sarı 1. Kategori () Sarı 2. Kategori () Kırmızı 1. Kategori () Kırmızı 2. Kategori
VARSA ÖNERİNİZ:		
Kendine veya başkalarına YÖNELİK TEHLİKE OLASILIĞININ OLMASI - Orta derecede davranış bozukluğunun olması - Çok sıkıntılı, kendine zarar verme riskinin olması - Akut psikotik veya düşünce bozukluğunun olması - Durumsal kriz, kendine zarar vermeyi planlaması - Gergin/içine kapalı olması	Gözlenen durum - Gerginlik/huzursuzluk - İntusif (kontrol edilemeyen, tekrarlayıcı, zorlayıcı) davranış - Konfüze (bilinç sislenmesi) - Tedavi konusunda ambivalan (zıt duygulanım/kararsız) olma - Tedavi için bekleme olasılığının olmaması Raporlanan durum - <i>İntihar düşüncesi</i> - Durumsal krizler Psikotiksemptomların olması - Halüsinasyonlar - Sanrılar - Paranoid/şüpheli düşünceler - Düşünce bozukluğu - Tuhaf (Bizar)/ajite davranış Duygudurum bozukluğunun olması - Ciddi depresyon belirtileri - İçine kapanık/iletişim kurmama ve/veya anksiyeteli olma - Taşkın(eleve) veya gergin(irritable) ruh hali	() Yeşil () Sarı 1. Kategori () Sarı 2. Kategori () Kırmızı 1. Kategori () Kırmızı 2. Kategori
VARSA ÖNERİNİZ:		

Ek 15. Acil Serviste Ruhsal Durum Değerlendirme Geçerlilik Formu

TRİYAJ RUHSAL DURUM DEĞERLENDİRME FORMU	EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP KLİNİĞİ ANABİLİM DALI		
	RUHSAL DURUM DEĞERLENDİRME FORMU		
	BARKOD YAPIŞTIRINIZ		
	Yukarıdaki alanı değerlendiriniz. ☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun	Varsa Öneri:	
	ÖZGEÇMİŞ		
	☐ KKY(I50) ☐ KAH (I25) ☐ HT(I10) ☐ DM (E11) ☐ PE(I26) ☐ Diğer....	☐ SVO(G46) ☐ KOAH(j44.8) ☐ KBY(N18.9) ☐ Pnömoni (18.9) ☐ Astım (J45)	☐ Ruhsal sorunu yok ☐ Psikotik bozukluk ☐ Bipolar bozukluk ☐ Alkol bağımlılığı ☐ Panik bozukluk ☐ Konversiyon bozukluğu ☐ Diğer...
Yukarıdaki alanı değerlendiriniz. ☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun	Varsa Öneri:		
Hastanın başvuru nedeni:			
☐ Saldırgan davranış ☐ Saldırganlık/şiddet riski ☐ İntihar girişimi ☐ İntihar riski ☐ Madde/alkol zehirlenmesi ☐ Madde/alkol yoksunluğu			☐ Akut manik dönem ☐ Akut psikotik atak ☐ Deliryum ☐ Panik atak ☐ Fobik bozukluk ☐ Diğer.....
☐ Durumsal kaygı (sınav kaygısı gibi) ☐ Durumsal krizler (travma, yas gibi) ☐ Konversiyon ☐ Hipokondriazis ☐ TSSB			
Yukarıdaki alanı değerlendiriniz. ☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun	Varsa Öneri:		

Hastanın geliş şikâyeti: Değerlendirme: - Görünüm/ Davranış: - Konuşma/İletişim: - Duygu durum: - Düşünce: - Bilinç , Algı, Bellek - Dikkat: - Yönelim: - İşbirliği yapıyor mu? - İçgörü var mı?	Triyaj kodu ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
	Yukarıdaki alanı değerlendiriniz. ☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun	Varsa Öneri:
	Varsa kullandığı ilaçlar:	
	Triyaj hemşiresi Ad Soyadı İmza	
	Yukarıdaki alanı değerlendiriniz. ☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun	Varsa Öneri:

Ek 16. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Memnuniyetini Değerlendirme Geçerlilik Formu

Sayın uzman, Bu form, acil serviste ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini ortaya çıkarmayı amaçlayan araştırma kapsamında, acil servise ruhsal sıkıntıları olan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumunu değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Araştırma kapsamında oluşturulan bu formun kapsam geçerliliğinin yapılması konusunda yapacağınız katkılardan dolayı teşekkür ederim	
SORULAR	DEĞERLENDİRME
1. Kaç yaşındasınız? (.....)	☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekle getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
2. Cinsiyetiniz 1) Kadın 2) Erkek	☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekle getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
3. Acil servise başvurunuzda sizinle sıklıkla ilgilenen sağlık çalışanı kimdir? 1- Hemşire 2-Acil servis doktoru 3-Psikiyatrist 4-Personel 5-Diğer...	☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekle getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
4. Acil serviste aldığınız hizmeti genel olarak nasıl değerlendirirsiniz? 1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4)Kötü 5)Çok kötü	☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekle getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
5. Acil serviste size verilen hemşirelik hizmetinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır	☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekle getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
6. Acil servise başvurunuzda güçlük/zorluk yaşıyor musunuz? 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır	☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekle getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
7. Eğer güçlük/zorluk yaşıyorsanız, sıklıkla güçlük yaşadığınız durum aşağıdakilerden hangisidir? (birden çok işaretleyebilirsiniz) 1) Triage değerlendirme 2) Triage değerlendirme sonrası bekleme 3) Psikiyatrik görüşme odasında bekleme	☐ Uygun değil ☐ Sorunun uygun şekle getirilmesi gerekir ☐ Uygun ancak küçük değişiklik gerekir ☐ Çok uygun

4) Psikiyatrik görüşme 5) Psikiyatrik tedavi ve bakım 6) Diğer...	
VARSA ÖNERİ:	
8. Acil servis başvurunuzda hemşireler ile yaşadığınız güçlükler var mı? 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır	() Uygun değil () Sorunun uygun şekle getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
9. Acil servise başvurunuzda hemşireler ile yaşadığınız güçlükler konusunda aşağıda görüşünüzü ifade eden seçeneği işaretleyiniz. I. Tedavi ve bakım için uzun süre bekletiliyorum. 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır II. Yapılacak işlem hakkında bilgi verilmiyor 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır III. Benimle konuşmak, iletişim kurmak istenmiyor. 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır IV. Beni anlamadıklarını düşünüyorum. 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır V. Acil servise gelen diğer hastaları daha çok önemsiyorlar. 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır VI. Bana kötü davranıldığını düşünüyorum 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır VII. Yeterince ilgili ve nazik davranılmıyor. 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır VIII. Yapılan görüşmelerde mahremiyete dikkat ediliyor. 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır	() Uygun değil () Sorunun uygun şekle getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	

Ek 17. Eğitim Programı Değerlendirme Geçerlilik Formu

Sayın uzman,

Bu form, **acil serviste ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini** ortaya çıkarmayı amaçlayan araştırma kapsamında, **acil servis hemşirelerine yönelik hazırlanan eğitim programı öncesinde ve sonrasında hemşirelerin ruhsal sorunları olan hastaları değerlendirme ve yaklaşım konusundaki** bilgilerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur.

Araştırma kapsamında oluşturulan bu formun kapsam geçerliliğinin yapılması konusunda yapacağınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

SORULAR	DEĞERLENDİRME
1. Aşağıdakilerden hangisi başkalarının yaşamını tehdit eden psikiyatrik acil durumdur? a) İntihar girişimi b) Homisid c) Depresyon d) Anksiyete e) Konversiyon	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
2. Acil servise ruhsal sıkıntısı nedeniyle başvuran hastaya yaklaşımla ilgili bilgilerden hangisi yanlıştır? a) Hemşire hastanın davranışların altında yatan mesajı anlamaya çalışmalı b) Hemşire daha çok dinleyici olmalı c) Hemşire neden ve niçin içeren sorular sormalı d) Hemşire hastanın kendini ifaade etmesi için cesaretlendirmeli e) Hemşire kendi duygularının ve tepkilerinin farkında olmalı	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
3. Hastasına “Sizce tedaviye gereksiniminiz var mı?”, “Burada ne nedenle bulunduğunuzu düşünüyorsunuz?” sorularını yönelten bir psikiyatri hemşiresi hastasının hangi yetisini değerlendirmektedir? a) Soyutlama ve kavramlaştırma yetisini b) içgörüsü olup olmadığını c) Düşünce içeriğini d) Yargılama yetisini e) Gerçeği değerlendirme yetisi	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
4. Aşağıdakilerden hangisi bir davranışın ruhsal hastalık belirtisi olduğunu gösteren özelliklerden değildir? a) Sürekli ya da yineleyici olması b) Bireyin verimli çalışmasını bozması c) Kişilerarası ilişkilerini bozması d) İşlevselliğini bozması e) İlaç almayı reddetmesi	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
5. İntihar girişimi sonrasında acile başvuran genç hasta, hemşiresine “Çok endişeleniyorum hemşire hanım, acaba kötü bir şey olur mu?” diye sorar. Hastasına, “Bunu daha önce düşünenecektin..., daha önemli hastalarım var” diye yanıt veren hemşire aşağıdaki iletişim tekniklerinden hangisini kullanmıştır? a) Konu değiştirmek b) Belirsiz güvence vermek c) Teselli etmek d) Duyguları azımsama e) Onaylamak	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
6. Aşağıdaki majör depresyonla ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır? a) En sık rastlanan ruhsal bozukluk majör depresyondur. b) Ölüm düşüncesi ve intihar riski yüksektir. c) Hastanın düşünce, konuşma ve hareketlerinde hızlanma vardır.	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir

d) Belirtiler sabahları daha kötüdür, gün içinde değişim gösterebilir. e) Şehir merkezlerinde depresyon görülme riski daha yüksektir.	() Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
7. Aşağıdakilerden hangisi bipolar bozukluk/manik epizod tanı ölçütlerinden değildir? a) Dikkat dağınıklığı b) Aşırı konuşkan olma, baskılı konuşma c) Öz saygıda artma, büyüklük düşünceleri (grandiyosite) d) Fikir uçuşmaları e) Uyku gereksiniminde artma	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
8. Aşağıdaki bipolar bozukluk/manik epizod ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır? a) Manik dönemde intihar riski yüksektir. b) Lityum; bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan temel ilaçtır. c) Manik dönemde hastanın ve başkalarının güvenliğini sağlamak önceliklidir. d) Hastayı koruyup, sakinleştirmek için farmakoloji ve fiziksel önlemler alınır. e) Hastanın ajitasyonu devam ederse haloperidol amp. uygulanabilir	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
9. Aşağıdakilerden hangisi acil servise taşkın (çoşku) duygu durum ile gelen hasta için olası nedenlerden değildir? a) Uyarıcı madde kullanımı (kokain, amfetamin gibi) kullanımı b) Histriyonik kişilik özelliği c) Manik epizod d) Psikoz e) Somatizasyon bozukluğu	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
10. Aşağıdaki şizofrenik bozuklukla ilgili ifadelerden hangisi doğrudur? a) Şizofreni bozukluğu olan bireylerde en sık görsel halüsinasyonlar görülür. b) Şizofreninin ortalama başlangıç yaşı 15-25'li yaşlardır. c) Şizofreni bozukluğu olan bireylerin zekâ düzeyi düşüktür. d) Şizofrenik bireylerin tedavisinde temel olarak anksiyolitikler kullanılır. e) Stresli ve kritik yaşam olayları şizofreni bozukluğunun temel nedenidir.	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
11. Aşağıdaki şizofreni hastasına yaklaşımla ilgili bilgilerden hangisi yanlıştır? a) Hemşire hastanın delir ve hallüsinasyonlarını derinlemesine sorgulamalıdır b) Hemşire haber vermeden hastaya dokunulmamalıdır c) Hemşire hastanın güvenliğini kazanmak için, verdiği sözleri tutmalıdır. d) Hemşire içine kapanık hastalarla birebir iletişime girilmelidir. e) Hemşire hastanın seçim yapmasını gerektirecek sorular sormamalıdır.	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
12. Aşağıdaki intihar riski olan hastaya yaklaşımla ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır? a) İntihar riski olan hasta tek başına bırakılmamalıdır. b) Hastaya intihar düşüncesi ile ilgili sorgulanmamalıdır. c) Hastanın çevresindeki zarar verebilecek nesneler uzaklaştırılmalıdır. d) Hastanın sosyal destek sistemleri sorgulanmalıdır. e) Hasta ile intihar etmeme anlaşması yapılmalıdır.	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
13. Aşağıdakilerden hangisi intihar riskinin en yüksek olduğu ruhsal rahatsızlıktır? a) Panik atak b) Manik epizod c) Majör depresyon d) Şizofreni	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir

e) Somatizasyon bozukluğu	() Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
14. Aşağıdaki cinsel saldırıya uğrayan hastaya yaklaşım ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır? a) Hastaya vajinal bölgesini yıkaması söylenmelidir. b) Hastanın konuşmama isteğine saygı gösterilmelidir. c) Hasta ile ilgili gözlemler mutlaka kaydedilmelidir. d) Ciddi kanama olmadıkça genital muayene yapılmamalıdır. e) Hastanın mahremiyeti korunmalıdır.	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
15. Aşağıdakilerden hangisi acil servise konfüzyon belirtileriyle başvuran hasta için olası nedenlerden değildir? a) Deliryum b) Alkol madde zehirlenmeleri c) İlaçların yan etkisi d) Kafa travması e) Depresyon	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
16. Aşağıdaki deliryumlu hastaya yaklaşım ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır? a) Hasta yalnız bırakılmamalıdır b) Sık sık kişi, yer, zaman oryantasyonu sağlanmalıdır. c) Neden olan etken yöneltici müdahale yapılmalıdır d) Hasta kendisine ve çevresine zarar vermemesi için mutlaka tespit edilmelidir. e) Yapılan her işlem hakkında hasta/hasta yakınlarına bilgi verilmelidir.	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
17. 5-15 yıl ağır içmenin arkasından, alınan alkol miktarının azaltılmasından ya da tümüyle kesilmesinden 2-4 gün sonra ortaya çıkan ciddi ve öldürücü problemlere yol açan tabloya ne denir? a) Alkol entoksikasyonu b) Deliryum tremens c) Alkol yoksunluk sendromu d) Korsakov psikozu e) Demans	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
18. Aşağıdaki "Eroin" ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır? a) Eroin, 1-2 defa kullanmakla bağımlılık gelişir b) Eroinin aşırı doz alımında pupiller nokta görünümündedir. c) Eroinin merkezi sinir sistemine uyarıcı etkisi vardır. d) Eroin antagonisti olarak doktor istemine göre naloxone uygulanır. e) Eroin, morfinden 2.5 kat daha güçlü analjezik etkiye sahiptir.	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
19. Aşağıdaki madde bağımlılığı ile ilgili tanı kriterlerinden hangisi yanlıştır? a) Maddeyi bırakmak için sürekli istek duyma veya boşa çıkan çabaların olması b) Maddeyi bırakmaya yönelik çabaların olması c) Maddenin kullanım dozunun sürekli olarak azaltılması d) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için aynı ya da benzeri maddenin alınması e) Madde kullanımının toplumsal ve mesleki sorunlara yol açması	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
20. Aşağıdaki alkol intoksikasyonu ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır? a) Acil müdahalede hasta hidrate edilmelidir. b) Acil müdahalede doktor istemine göre hastaya Tiamin verilebilir. c) Ajitasyonu önlemek için doktor istemine göre haloperidol, diazem verilebilir. d) Hastaya tedavinin devamında doktor istemine göre metadon verilebilir.	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir

c) Hasta en kısa zamanda tespit edilmelidir.	() Uygun ancak küçük değişiklik gerekir
d) Hastaya yardım etme isteği belirtilmelidir.	() Çok uygun
e) Hasta ile uzun süre, yoğun göz temasından kaçınılmalıdır.	
VARSA ÖNERİ:	
28. Aşağıdakilerden hangisi acil servise başvuran saldırgan hastaları yatıştırmak için sıklıkla uygulanan ilaçlardır? a) Antipsikotikler - Sedatifler b) Antipsikotikler - Anksiyolitikler c) Antidepresanlar - Antipsikotikler d) Antikolinerjikler - Anksiyolitikler e) Antikolinerjikler - Antidepresanlar	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
29. Anksiyete bozukluğunun tedavisinde en sık kullanılan ilaç aşağıdakilerden hangisidir? a) Lityum b) Carbamazepine c) Benzodiazepinler d) Phenobarbital e) Phenytoin	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
30. “Organik bir patoloji saptanmadığı halde sürekli olarak hastalığa yakalandığı ya da yakanacağı endişesini taşıması ve çeşitli bedensel yakınmalarının olmasıyla” karakterize bozukluk aşağıdakilerden hangisidir? a) Hipokondriasis b) Ağrı Bozukluğu c) Somatizasyon d) Deperonalizasyon e) Konversiyon Bozukluğu	
31. Aşağıdaki konversif bayılma ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır? a) Hastada bayılmaya karşı bir aldırmaçlık durumu vardır. b) Duyusal ve çevresel stresörler sonrası gelişir c) Bayılma en fazla 2-3 dakika sürer. d) Sıklıkla başka insanların yanında olur. e) Bayılma sırasında ağırlı uyarana karşı tepki vardır	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
32. Aşağıdaki acil servise başvuran panik atak hastasına yönelik bilgilerden hangisi yanlıştır? a) Hasta sıklıkla ölüm korkusu, denetimini yitirme korkusu şikayetiyle başvurur. b) Hastada atağın, en fazla bir saate kadar düzelmesi beklenir. c) Hastada intihar riski yüksektir, değerlendirilmelidir. d) Hastada ilk değerlendirme tıbbi açıdan incelenmelidir. e) Hastaya tedavide antikolinerjik bir ilaç uygulanmalıdır.	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	

Ek 18. Ruh Sağlığı Triyaj Uygulama Bilgisi Değerlendirme Geçerliliği Formu

Sayın uzman,

Bu form, **acil serviste ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini** ortaya çıkarmayı amaçlayan araştırma kapsamında, acil servis hemşirelerine yönelik hazırlanan eğitim programı öncesinde ve sonrasında **hemşirelerin ruhsal sağlığı triyajı uygulama konusunda bilgisini** değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur.

Araştırma kapsamında oluşturulan bu formun kapsam geçerliliğinin yapılması konusunda yapacağınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

SORULAR	DEĞERLENDİRME
1- 40 yaşında, acil servise ambulansla getirilen hasta kadın hastanın bilinen bir ruhsal hastalık tanısı yok. 2 saat önce eşiyle tartışması sonrasında eline geçirdiği cam kırığıyla, vücudunun birçok yerinde derin çizikler oluşturmuş, cam kırığını elinden bırakmak istemiyor. İletişim kurmaya direnç gösteriyor. Kendisine yaklaşılmasına tepkili davranıyor. Trijaj kategorisi kaçtır? A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
2- 24 yaşında acil servise polis tarafından getirilen erkek hasta. 1 saat öncesi yoldan geçen tanımadığı kişilere karşı tehditkar davranışları, küfürlü konuşmaları olmuş, acil serviste aşırı huzursuz ve endişeli, kafası karışık olduğu ve iletişime kurmak istemediği, yerinde duramadığı, yardımı kabul etmediği gözleniyor. Trijaj kategorisi kaçtır? A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
3- 18 yaşında acil servise ailesi tarafından getirilen erkek hastanın sadece madde bağımlısı olduğu biliniyor, başka bir rahatsızlığı yok. 1 saat önce annesi tarafından anlamsız konuşmalarının ve davranışlarının olduğu, odanın penceresinden düşmek üzere olduğu fark edilmiş. Acile servise getirilen hastanın anlamsız bakışları, konuşmaları ve davranışlarının devam ettiği, göz pupillerinin küçüldüğü gözleniyor. Trijaj kategorisi kaçtır? A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
4- 25 yaşında acil servise arkadaşları tarafından getirilen kadın hastanın bilinen bir ruhsal hastalık tanısı yok. İşyerinde yalnız kaldığı bir ortamda ağlama nöbetleri olmuş, başkalarını hiç tepki vermediği, sürekli “ölmeliyim, ölmeliyim” şeklinde tekrarlarının olduğu fark edilmiş. Acile getirilen hastanın endişeli, huzursuz olduğu, iletişim kurmak istemediği, duygu durumunun sürekli değiştiği gözleniyor. Trijaj kategorisi kaçtır? A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun

VARSA ÖNERİ:	
5- 55 yaşında acil servise oğlu tarafından getirilen erkek hastanın şizofreni hastası olduğu biliniyor. Uzun zamandır remisyonda olan hastanın son bir haftadır komşusu tarafından öldürüleceği, eşinin komşularıyla işbirliği yaptığı gibi düşünceleri artmış. Son bir gündür kendisini odaya kapattığı, kimseyle konuşmadığı, çok az yemek yediği (sadece oğlu verirse) belirtiliyor. Acile getirilen hastanın endişeli, huzursuz olduğu, iletişim kurmak istemediği, kendi kendine konuştuğu, uzun süre tek bir noktaya baktığı, hiçbir yere oturmadığı ve dokunmadığı gözleniyor. Triyaj kategorisi kaçtır? A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
6- 45 yaşında acil servise eşi tarafından getirilen kadın hastanın bilinen ruhsal bir hastalık tanısı yok. Eve gece yarısı gelen kızıyla tartışması sonrasında hasta kızgınlığının geçmediğini, rahatlayamadığını, yerinde duramadığını ifade ediyor. Acil servise getiren hastanın sürekli kızına yönelik söylendiği, yerinde duramadığı, yüzünün kızark olduğu, gergin olduğu gözleniyor. Triyaj kategorisi kaçtır? A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
7- 75 yaşında erkek hastanın bilinen ruhsal bir hastalık tanısı yok. Hasta gün içinde ara ara kendi kendine konuşma, yerinde duramama, anlamsız cevaplar verme, engellendiğinde saldırgan davranışlarda bulunma gibi şikâyetlerle kızı tarafından acil servise getiriliyor. Acil servise getirilen hastanın huzursuz olduğu, bakışlarının anlamsız olduğu ve iletişime kurmaya direnç gösterdiği, yerinde duramadığı gözleniyor. Triyaj kategorisi kaçtır? A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
8- 32 yaşında acil servise eşi tarafından getirilen erkek hastanın bilinen ruhsal bir hastalık tanısı yok. Acile başvuran hasta son bir haftadır çok mutsuz olduğunu, hayata dair çok isteksiz olduğunu, iştahının azaldığını, uyku sorunu olduğunu ve rahatlamak istediğini ifade ediyor. Triyaj kategorisi kaçtır? A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	
9- 33 yaşında kadın hasta eşiyle tartışması sonrasında huzursuzluk, yerinde duramama, nefes darlığı şikâyetleriyle yakınları tarafından acil servise getiriliyor. Acilde ilk değerlendirmede hasta kısmen rahatladığını ifade ediyor. Hastanın triyaj kategorisi belirlenip beklemeye alınıyor. Bekleme süresinin 10. dakikasında telefon görüşmesi yapan hastanın huzursuzluğunun attığı, ağlama nöbetlerinin olduğu, yerinde duramadığı, iletişim kurmak istemediği, acilden taburcu olmak istediği gözleniyor. Hastanın huzursuzluk hissi sorgulandığında 9/10 puan veriyor.	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun

İlk izlenecek basamak ne olmalıdır? A- Hastaya belirlenen triyaj kategorisindeki bekleme süresini beklemesi gerektiğini söylerim B- Hasta yeni bir şikayet tariflediği için tekrar triyaj yaparım. C- Hastaya 30 dakikalık aralarla tekrar değerlendirme yapıldığını söylerim. D- Acil servis hekimini çağırırım. E- Hastanın yakınları gözetiminde biraz rahatlaması için acil servis dışına gönderirim	
VARSA ÖNERİ:	
10- 21 yaşındaki kadın hasta bir yaşındaki bebeğiyle acil servise gelmiştir. Hasta huzursuz ve mutsuz olduğunu, sık sık ağlama nöbetlerinin olduğunu, kendisini çaresiz hissettiğini, kimsesinin olmadığını, ne yapacağını bilemediğini belirtiyor. İlk izlenecek basamak ne olmalıdır? B- Hastaya belirlenen triyaj kategorisindeki bekleme süresini beklemesi gerektiğini söylerim. B- Acil servis hekimini çağırırım. C- Hastayı yüksek triyaj kategorisinde değerlendiririm. D- Psikiyatri polikliniğe gitmesi gerektiğini söylerim. E- Acil servis sorumlu hemşiresine bilgi veririm. Trijaj kategorisi kaçtır? A- 1 B-2 C-3 D-4 E-5	() Uygun değil () Sorunun uygun şekilde getirilmesi gerekir () Uygun ancak küçük değişiklik gerekir () Çok uygun
VARSA ÖNERİ:	



**Acil Servise Ruhsal Sıkıntılarıyla
Başvuran Hastalara Yaklaşım
ve
Ruh Sağlığı Triyajı
«Hizmet İçi Eğitim Programı»**

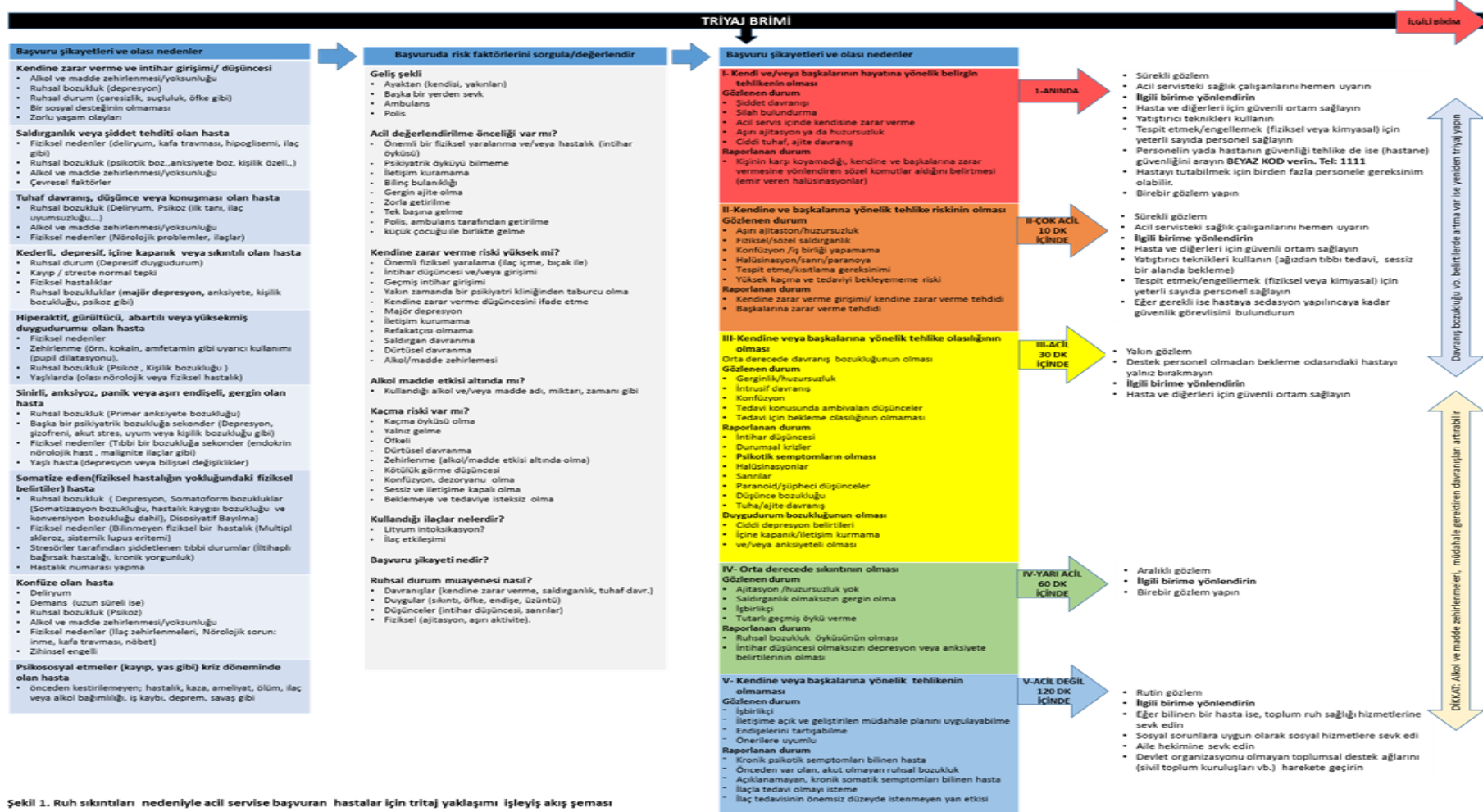
Öğr. Gör. Ayşe Büyükbayram

6-7 Ekim 2018
13-14 Ekim 2018
20-21 Ekim 2018
27-28 Ekim 2018
Saat: 09.00-17.00

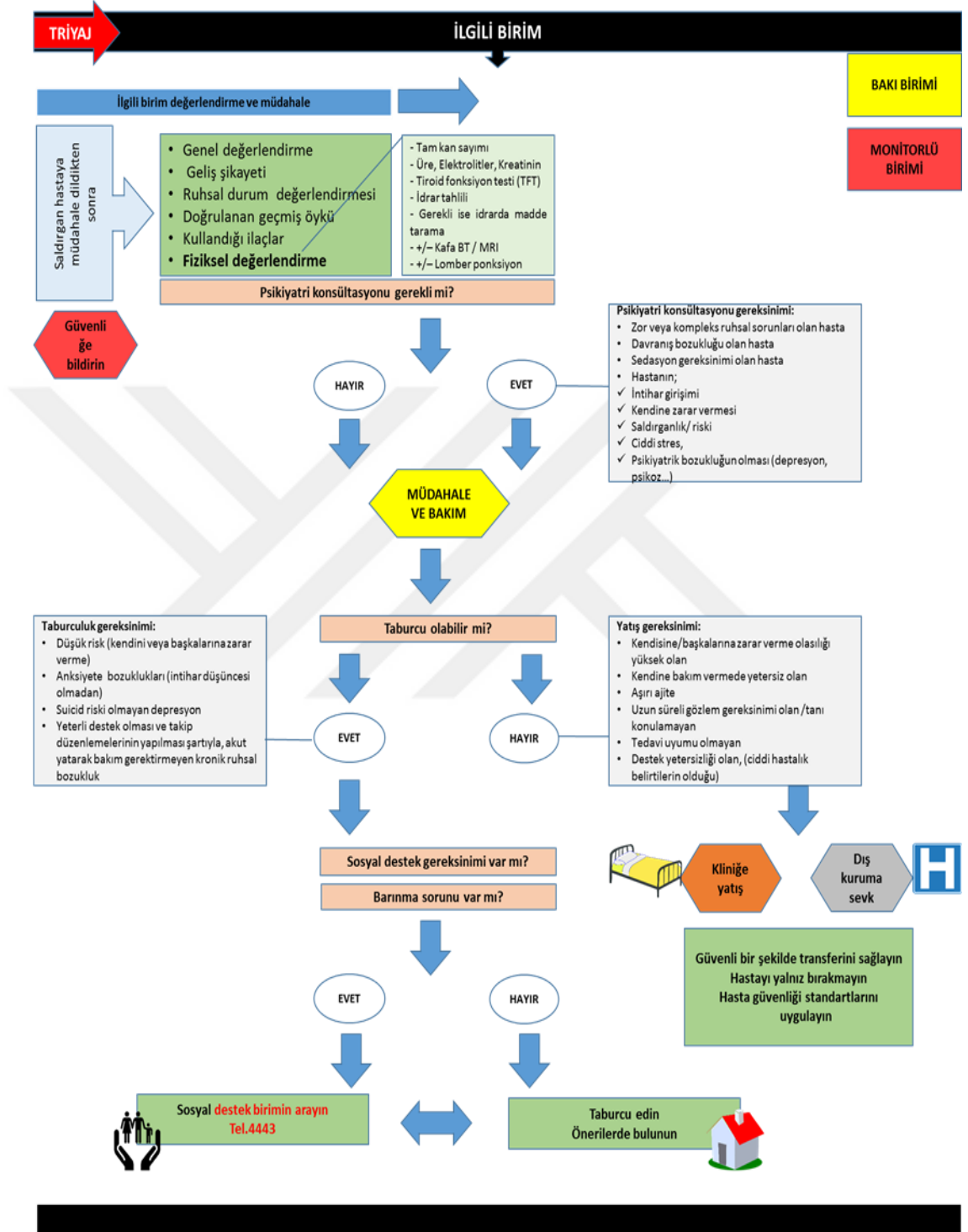
Ege Üniversitesi
Hastanesi Acil Servis
Cemile Akbınar
Eğitim Salonu



Ek 20. Ruh Sıkıntıları Nedeniyle Acil Servise Başvuran Hastalar İçin Triyaj Yaklaşımı İşleyiş Akış Şeması



Ek 21. Ruhsal Sıkıntıları Nedeniyle Acil Servise Başvuran Hastalar için Klinik İşleyiş Akış Şeması



Ek 22. Hemşirelere Yönelik Eğitim Kitapçığı



Acil Servise Ruhsal Sıkıntılarıyla Başvuran Hastalara Yaklaşım ve Ruh Sağlığı Triyajı
«Hizmet İçi Eğitim Programı»

Öğr. Gör. Ayşe Büyükbayram

6-7 Ekim 2018
13-14 Ekim 2018
20-21 Ekim 2018
27-28 Ekim 2018
Saat: 09.00-17.00

Ege Üniversitesi
Hastaneleri Acil Servisi
Cerrahi AKBİS
Eğitim Salonu

EĞİTİM KİTAPÇIĞI

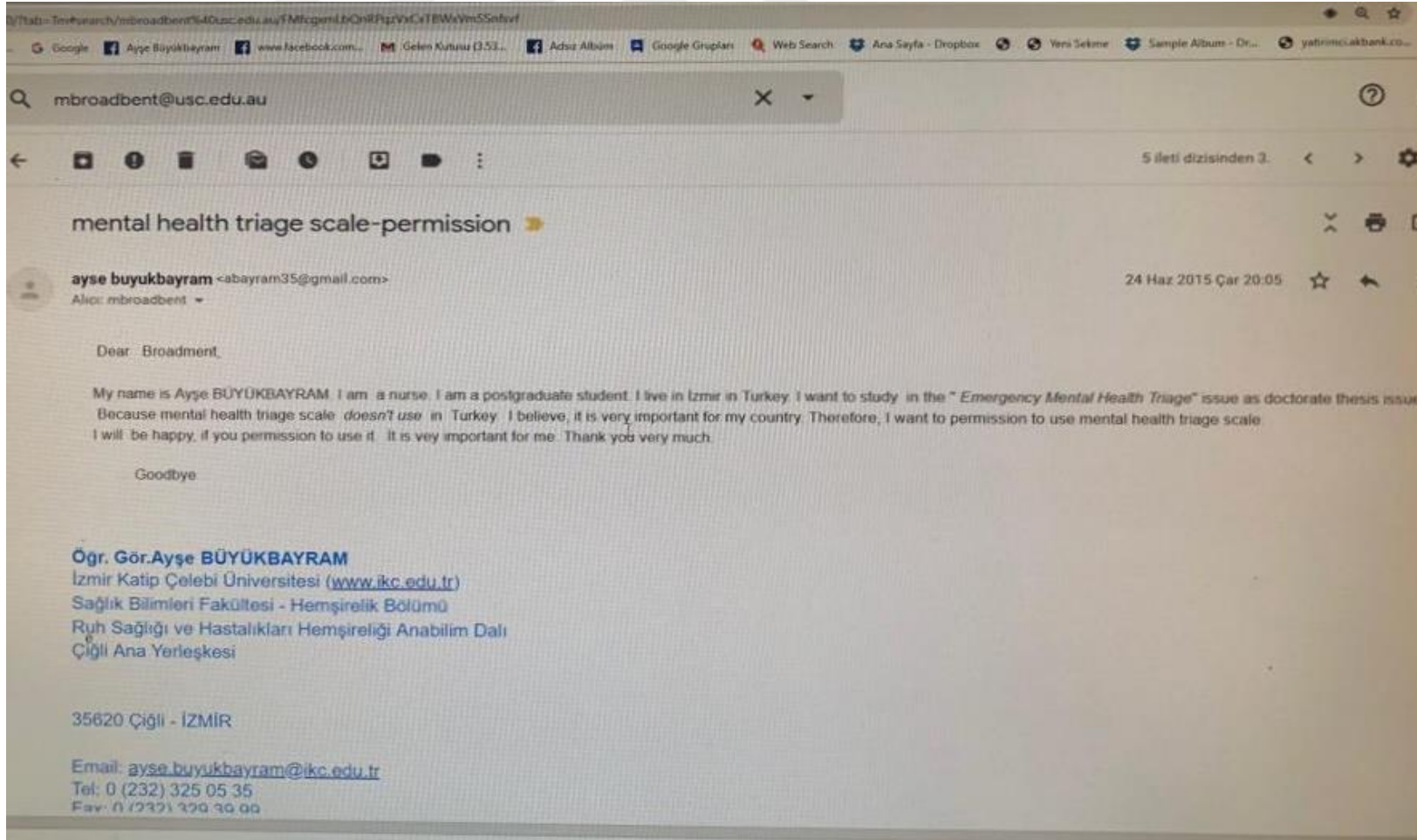
İÇERİK

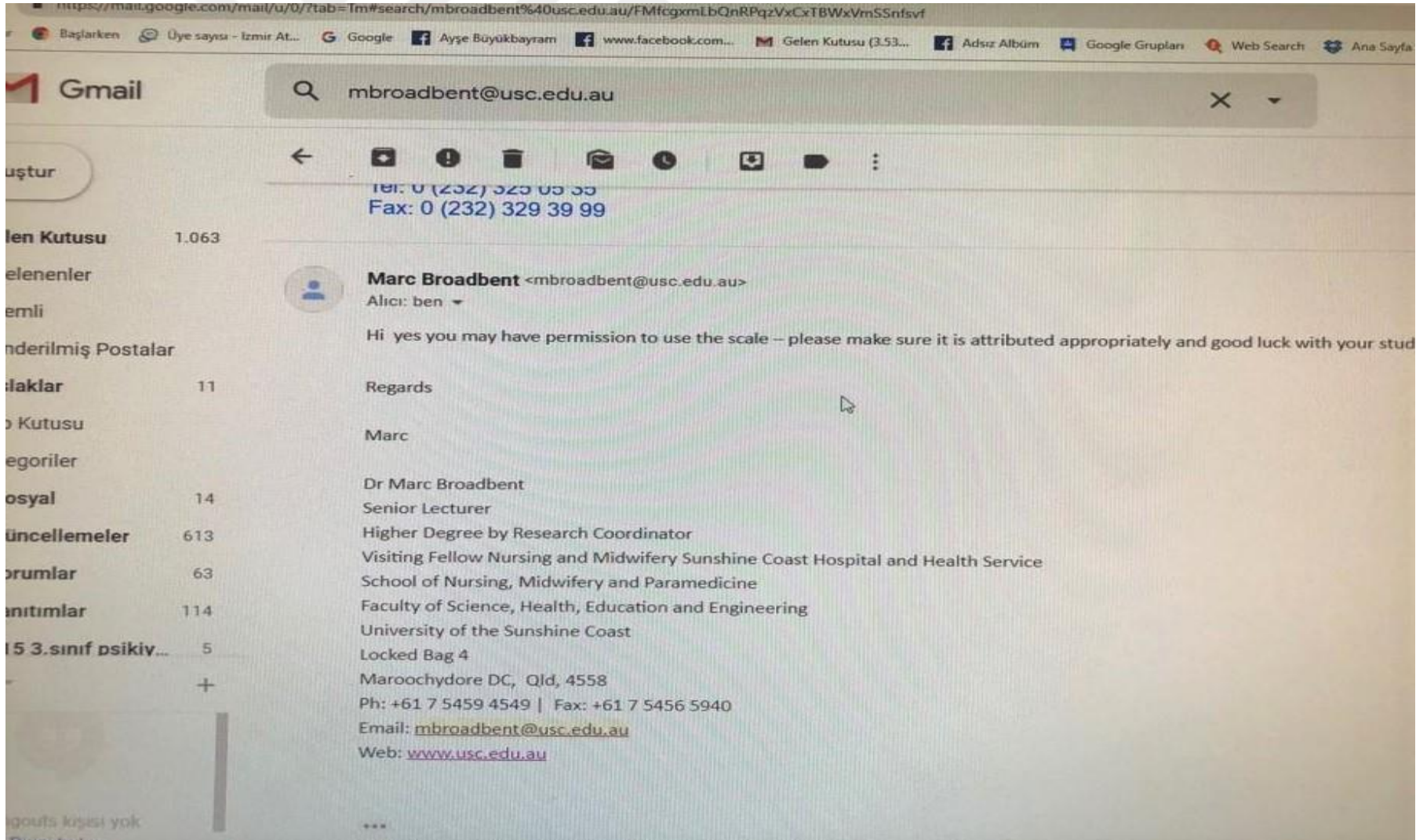
- Acil serviste iletişim
- Acil başvuruda ilk ruhsal göstergeleri değerlendirme
- Ruhsal durum değerlendirmesi
- Ruhsal sorunları ile başvuran hastalara genel yaklaşım
- Psikotik bozukluklara yaklaşım
- Nörobilişsel bozukluklara yaklaşım
- Anksiyete bozuklukları
- Obsesif-kompulsif bozukluk
- Bedensel belirti (somatoform) bozuklukları
- Dissosiyatif bozukluklar
- Duygudurum bozukluklarına yaklaşım
- Kriz ve intihar durumlarında yaklaşım
- Alkol-madde kullanım bozuklukları ve acil başvurularda yaklaşım
- Psikofarmakoloji ve acil durumlarda müdahale
- Acil serviste saldırgan hastaya yaklaşım
- Acil servis hemşirelerinin adli olgulara yaklaşımı

Ek 23. Eğitime Katılım Belgesi

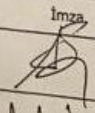
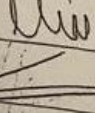
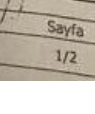


Ek 24. Avustralya Ruh Sağlığı Triyaj Skalası Kullanım İzni





Ek 25. Etik Kurul İzin Belgesi

 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR Tel: 0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34 e-mail: aetikkk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr						
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ						
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımının Etkinliği				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Esra ENGİN				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı				
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐ FAZ 2 ☐ FAZ 3 ☐ FAZ 4 ☐ Gölemsel İlaç Çalışması ☐ Tıbbi Cihaz Klinik Araştırması ☐ In Vitro Tıbbi Tanı Cihazları ile Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları ☐ İlaç Dışı Klinik Araştırma ☒ Diğer ise belirtiniz:				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	05.01.2017	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	HEMŞİRE İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒ İmza tarihi: 05.03.2018				
	DİĞER	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 18-3.1/28	Tarih: 20.03.2018				
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu oy birliği ile karar verilmiştir.					
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Kılavuzu,					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşe EROL					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşe EROL Başkan	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Mine HEKİMGİL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Patoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşe EROL	İmza	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu: 22	Rev. Tarihi / No.su: 17.10.2017/06	Sayfa: 1/2	



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımının Etkinliği
ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 18-3.1/28				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyesi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayça Arzu SAYINER Üye	Mikrobiyoloji	D.E.Ü. Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Mikrobiyoloji AD. Tıbbi Viroloji BD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Şebnem PIRILDAR Üye	Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Mine DÜNDAR ÇÖMLEKOĞLU Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Nevin ORUÇ Üye	Gastroenteroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Sema KALKAN UÇAR Üye	Çocuk Metabolizma Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yard. Doç. Dr. Candide ŞENTÜRK	Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku	Yaşar Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
Sumru FESİHOĞLU
EÜTF Klinik Araştırmaları
Etik Kurulu Sekreteri

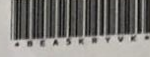
Etik Kurul Başkanı'nın Unvanı / Adı / Soyadı	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
		33	30.06.2018/05	3/3

Ek 26. Kurum İzin Belgesi

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 10/04/2018-E.104885



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 25712064-044
Konu : Tez Çalışması Hk.- Ayşe
Büyükbayram

Ege Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği
(Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü)

İlgi : 06/04/2018 tarihli ve 102616 sayılı yazı.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Ayşe BÜYÜKBAYRAM'ın "Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımının Etkinliği" konulu tez çalışmasını 20.03.2018 – 20.09.2019 tarihleri arasında anabilim dalımızda başhemşiremiz denetiminde yapması uygundur. Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Güçlü Selahattin KIYAN
Anabilim Dalı Başkanı

Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu:35100 Bornova İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 2318 Faks No: +90 (232) 388 38 05
E-Posta: acilip@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Sibel DURAY
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 3902318

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Teşekkür

Eğitimimde ve tezimin her aşamasında bilimsel ve manevi katkılarıyla rehberlik eden, bu süreçte akademik deneyimlerini ve bilgi birikimini paylaşan, yaşadığım her zorlukta desteklerini esirgemeyen; çalışma düzeni ve disiplini ile örnek aldığım değerli danışmanım *Sayın Prof. Dr. Esra ENGİN'e*

Desteğini tüm eğitim yaşıntım boyunca hissettiğim, bilgi ve tecrübelerinden her zaman yararlandığım, sevgi ve şefkat dolu yaklaşımı ile değerli hocam *Sayın Prof. Dr. M. Olcay ÇAM'a*,

Eğitim yaşıntım boyunca akademik ve kişisel anlamda desteğini her zaman hissettiğim, tez sürecimin başından itibaren değerli katkılarıyla bana yol gösteren sevgi ve şefkat dolu yaklaşımı ile değerli hocam *Sayın Prof. Dr. Aynur TÜREYEN'e*,

Tez sürecim boyunca bilimsel bilgi ve deneyimiyle değerli katkıları olan ve desteğini esirgemeyen Ege Üniversitesi Acil Tıp Kliniği Anabilim Dalı Başkanı *Sayın Prof. Dr. Selahattin KIYAN'a*

Eğitim ve akademik yaşıntım boyunca bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen, tez konumun ortaya çıkmasında değerli katkıları olan değerli hocam *Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI'ya*,

Tez sürecimde uzman görüşlerini sunarak değerli katkılar sağlayan Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri *Sayın Prof. Dr. Ayşegül BİLGE'ye*, *Prof. Dr. Nazmiye KOCAMAN'a* *Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI'ya*, , *Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER'e*, *Doç. Dr. Gülseren KESKİN'e*, *Dr. Öğt. Üyesi Gül OBAN DİKEÇ'e*, *Dr. Öğt. Üyesi Pınar ÇİÇEKOĞLU'na*, *Dr. Öğt. Üyesi Gülbin YILMAZ'a*,

Tez sürecimde uzman görüşlerini sunarak değerli katkılar sağlayan Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri ve Psikiyatri Kliniği Doktorları *Sayın Prof. Dr. Lütfüallah BEŞİROĞLU'na*, *Prof. Dr. Özen Önen SERTÖZ'e*, *Doç. Dr. Almıla EROL STENSTAD'a*, *Doç. Dr. Şeref GÜLSEREN'e*, *Öğretim Üyesi Dr. Damla İŞMAN HAZNEDAROĞLU'na*, *Uzm. Dr. Özlem KUMAN TUNÇEL'e*, *Uzm. Dr. Hakan DELİBAŞ'a*, *Uzm. Dr. Esin ERDOĞAN'a*, *Uz. Dr. Pelin KURTGÖZ ZORLU'ya*, *Uzm. Dr. Arzu DALMIŞ'a*, *Uz. Dr. Ali Rıza ÖZEN'e*, *Uz. Dr. Çiğdem ÖZEN BİLGİN'e*, *Uz. Dr. Hatice Esra SEVEN'e*, *Uz. Dr. Didem DİKİCİ'ye*, *Uz. Dr. Şahut DURAN'a*, *Uz. Dr. Hasan Semih BİLGİN'e*, *Uz. Dr. Hatice VEDİN'e*, *Uz. Dr.*

Mustafa Kaan TOKSÖZ' e, Uz. Dr. İlhan ESLEK' e, Uzm. Dr. Çiğdem KIRCI DALLIOĞLU' na, Uzm. Dr. Özgür Ahmet YÜNCÜ' ye, Uzm. Dr. Adem BAYRAKÇI' ya, Uzm. Dr. Beyza TOP' a, Uzm. Dr. Özlem TAŞKAYNATAN'a,

Tez sürecimde uzman görüşlerini sunarak değerli katkılar sağlayan Acil Tıp Kliniği Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri ve Acil Kliniği Doktorları Sayın Prof. Dr. Murat ERSEL' e, Prof. Dr. Güçlü Selahattin KIYAN' a, Doç. Dr. Funda KARBEK AKARCA' ya, Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Ali ALTUNCI' ya, Dr. Öğt. Üyesi UMUT PAYZA' ya, Uzm. Dr. İlhan UZ' a, Uz. Dr. Vermir DEĞERLİ' ye, Uz. Dr. Caner SAĞLAM' a, Uz. Dr. Arif AKKAYA' ya, Uz. Dr. Serhat AKAYUZ' a, Dr. Pınar Hanife KARA' ya, Uzm. Dr. SERKAN HACAR' a, Acil Tıp Dr. Merve GÜNEŞ' e, Uzm. Dr. Pınar Yeşim AKYOL' a, Uzm. Dr. Gizem AYDINOK AKÇAY' a, Uzm. Dr. İsmail Eren AKÇAY' a, Uzm. Dr. Güldehen ŞENTÜRK' e, Uzm. Dr. Rezan TAHTACI KARAALİ' ye, Uzm. Dr. AHMET UZUN' a, Uzm. Dr. AHMET KAYALI' ya,

Tezimin analizleri ile ilgili konularda, hiçbir sorumu cevapsız bırakmayan ve katkılar sunan Sayın Doç. Dr. Ferhan ELMALI' ya,

Tezimin veri toplama aşamasında kazandığım, çalışmamın yol almasında önemli katkıları olan, desteklerini her an hissettiğim değerli arkadaşlarım Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği Hemşirelerine ve Bilgi İşlem Birimi çalışanlarına,

Acil servise başvurduğu en zor ve sıkıntılı anlarında araştırmaya katılmayı kabul eden, sorularımı çekinmeden cevap veren değerli hastalarım,

Tezim sürecimde manevi desteklerini, bir ihtiyacım olduğunda yardımlarını esirgemeyen İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde başta Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki hocam ve değerli arkadaşlarım olmak üzere tüm arkadaşlarıma,

Birçok zorluğa karşı mücadele ruhu, yaratıcılığı ve kendini geliştirmeye açık yönü ile takdir ettiğim, desteğini her anlamda hissettiğim, yılların eskitemediği can dostum Öğr. Gör. Fatma İLTUŞ' a teşekkür ederim.

Ve canım ailem...

Hayatımın her aşamasında, yaşadığım her zorlukta ve keyifli anımda yanımda olduğunuz, sevginizi ve desteğinizi hep hissettirdiğiniz için size minnettarım.

Kazandığım her başarının altında imzanız olduğunu bilerek, yine ve yeniden, bu sürecimde de gösterdiğiniz ilgi, anlayış, destek ve özellikle sabrınız için sonsuz teşekkür ederim, iyi ki varsınız...

Zor durumda kalıp, imdat dediğim her anda yetişen sevgili yeğenlerim *Beyza DİKİCİ*, *Semiha ÖZÇAKAL* ve *Tuğba SEKİTAŞ'a*,

Ayrıca doktora sürecimin her aşamasında verdiği destek ve gösterdiği sabır için, hayatımın kalan kısmında her daim yanımda olmasını istediğim ve umut ettiğim sevgili yol arkadaşım *Hakan ARSLAN' a* teşekkür ederim.

İzmir, 2019

Ayşe BÜYÜKBAYRAM

Özgeçmiş

1980 yılında İzmir’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini İzmir’de tamamladı. 1998 yılında İzmir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümü’nde lise eğitimini, 2005 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu’nda lisans eğitimini, 2009 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2012-2013 Eğitim ve öğretim güz döneminde Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda doktora eğitimine başladı.

1998- 2000 yılları arasında Adıyaman’da bir sağlık ocağında ebe olarak; 2000-2012 yılları arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Birimi’nde, Kadın Doğum Kliniği’nde, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi’nde, Kapalı psikiyatri Kliniği’nde ve Kardiyoloji Kliniği’nde klinik hemşiresi olarak; Nöroloji Klinikleri’nde sorumlu hemşire olarak çalıştı. Aralık 2012 tarihinde İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Öğretim Görevlisi olarak göreve başladı, halen bu görevine devam etmektedir.

E-mail: abayram35@gmail.com