

Psikiyatri Hemşireliği: Teori, Metodoloji ve Uygulama

**Editör
Dr. Öğr. Üyesi Orkun Erkayıran**

Psikiyatri Hemşireliği Teori, Metodoloji ve Uygulama

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Orkun Erkayıran

İmtiyaz Sahibi Platanus Publishing®

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Orkun Erkayran

Kapak & Mizanpaj & Sosyal Medya

Platanus Yayın Grubu

Birinci Basım

Ekim, 2025

Yayımcı Sertifika No

45813

ISBN

978-625-8513-01-1

©copyright

Bu kitabın yayım hakkı Platanus Publishing'e aittir. Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin alınmadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Adres: Natoyolu Cad. Fahri Korutürk Mah. 157/B, 06480, Mamak,
Ankara, Türkiye.

Telefon: +90 312 390 1 118

web: www.platanuspublishing.com

e-mail: platanuskita@gmail.com



Platanus Publishing®

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1----- 5

Kanıtı Dayalı Psikiyatri Hemşireliği: Sistematiik Derleme ve Meta-Analiz Perspektifi

Hacer Alemdar & Fatma Boğan

BÖLÜM 2-----13

Adli Psikiyatri Hemşireliği ve Travma Bilgili Bakım: Geleceğe Yön Veren Uygulamalar

Elif Oral

BÖLÜM 3-----37

Acil Serviste Ruh Sağlığı Triaji

Fatma Boğan & Hacer Alemdar & Esra Bekircan



BÖLÜM 1

Kanıtı Dayalı Psikiyatri Hemşireliği: Sistematik Derleme ve Meta-Analiz Perspektifi

Hacer Alemdar¹ & Fatma Boğan²

American Psychological Association (APA) tarafından yapılan tanıma göre, psikiyatri hemşireliği; ruhsal bozukluklar ya da davranışsal sorunlar yaşayan bireylerin fiziksel ve psikososyal iyilik hâlini desteklemeye yönelik bütüncül bakım sunan hemşirelik uzmanlık alanlarından biridir (1). Psikiyatri hemşireleri, özellikle kriz durumlarında ve risk altındaki gruplarda ruhsal hastalıkların önlenmesi, mevcut ruhsal belirtilerin değerlendirilip tanınması, uygun bakım ve tedavi yaklaşımlarının uygulanması gibi süreçlerde görev alırlar. Bu uzmanlık alanı; hemşirelik bilgi ve becerilerinin yanı sıra biyolojik ve sosyal bilimlerden elde edilen veriler, mesleki deneyim ve hemşirenin kişisel yeterliklerini içeren, bilimsel temellere dayalı aynı zamanda sanatsal yönleri bulunan disiplinler arası bir yapıya sahiptir (2).

Psikiyatri hemşireliği, toplum ruh sağlığının güçlendirilmesinde çok boyutlu ve hayati bir görev üstlenmektedir. Bu alandaki hemşireler; vaka yönetimi, bakımın koordinasyonu, ilaç uygulamalarının denetimi, danışmanlık, ruh sağlığı eğitimi ile iyileşme odaklı programların hayata geçirilmesi gibi işlevlerle toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin verimliliğini artırmaktadır (3, 4). Özellikle karmaşık gereksinimleri olan ve yüksek risk grubundaki bireylerin bakımında ekip içi iş birliğini sağlayarak tedavinin sürekliliğini ve bütüncül yaklaşımın sürdürülmesini desteklemektedirler (5). Psikiyatri hemşirelerinin mesleki pratikleri geniş bir yelpazeye yayılmakta olup; doğrudan klinik bakım süreçleri, vaka yönetimi, psikososyal destek hizmetleri, eğitsel müdahaleler, danışmanlık rolleri, liderlik işlevleri ve bilimsel araştırma faaliyetlerini içermektedir (6). Özellikle psikiyatri servislerinde güvenlik ve risk yönetiminin sağlanması, akut kriz durumlarına yönelik müdahale, farmakolojik tedavi uygulamalarının yürütülmesi, klinik gözlem, yasal zorunluluk içeren tedavi süreçlerinin sürdürülmesi ve bakım koordinasyonunun sağlanması psikiyatri hemşirelerinin sorumluluklarındandır (7, 8, 9). Bunun yanı sıra, terapötik hemşire-hasta ilişkisinin inşası, bireysel gereksinimlere duyarlı bakım planlarının yapılandırılması ve mesleki özerklik ile etik sorumluluk temelinde bakım

¹ Öğr. Gör. Dr., Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
ORCID ID: 0000-0001-8599-3213

² Öğr. Gör., Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
ORCID ID:0000-0002-1356-787X

hizmetlerinin sürdürülmesi, çağdaş ve nitelikli hemşirelik uygulamalarının özünü oluşturmaktadır (10).

Psikiyatri hemşireliğinde yüksek bakım standartlarının sürdürülmesi açısından bilimsel araştırmalar temel bir rol oynamaktadır; zira bu araştırmalar, etkili müdahalelere yönelik kanıta dayalı bir zemin oluşturarak klinik rehberlerin geliştirilmesini sağlamakta ve hasta sonuçlarının sürekli olarak iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır (11). Psikiyatri hemşireleri, araştırma yoluyla hem hastane hem de toplum temelli ortamlarda terapötik ilişki kurma ve hasta katılımını güçlendirme gibi kanıta dayalı uygulamaları değerlendirme ve uygulama fırsatı bulmaktadır. Nicel ve nitel yöntemleri içeren araştırma yaklaşımları özellikle eylem araştırması ve katılımcı modeller hemşirelerin bakım önceliklerini saptamalarına, müdahaleleri analiz etmelerine ve uygulamaları hasta ihtiyaçlarına uygun biçimde uyarlamalarına olanak tanımaktadır. Bu süreç, hem bireysel hem de kolektif düzeyde bakım kalitesinin artırılmasını desteklemektedir (12, 13).

Kanıta dayalı uygulama bağlamında araştırma odaklı girişimler, ölçülebilir çıktılar üreterek bakım modellerinin geliştirilmesine yön vermekte ve klinik standartların protokoller aracılığıyla sistematik biçimde benimsenmesini teşvik etmektedir; bu süreç, hasta güvenliğinin sağlanması, memnuniyetin artırılması ve iyileşme süreçlerinin desteklenmesi açısından kritik bir rol üstlenmektedir (14, 15). Araştırma bulgularının klinik uygulamaya etkin biçimde aktarılması, bakım hizmetlerinin şeffaf, verimli ve ruh sağlığı alanındaki değişen gereksinimlere duyarlı kalmasını mümkün kılmakta; böylece klinik karar verme süreçleri bilimsel veriler ışığında temellendirilmektedir (15). Hemşirelik araştırmacıları, klinisyenler ve eğitimciler arasında süreklilik arz eden bilimsel üretim ve iş birliği, psikiyatri hemşireliğinde kanıta dayalı bakım anlayışını güçlendirerek, hızla dönüşen sağlık hizmeti ortamında yüksek kalite standartlarının sürdürülebilirliğini güvence altına almaktadır (16).

Psikiyatri hemşireliği müdahaleleri genellikle subjektif sayılabilecek psikososyal, eğitimsel ve davranışsal stratejiler içerdiğinden, bu müdahalelerin etkililiğini belirlemek için güçlü kanıt temelli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (17). Bu bağlamda, sistematik incelemeler ve meta-analizler kanıta dayalı sağlık hizmetlerinde en yaygın kullanılan ve en çok değer verilen yöntemlerdendir.

Sistematik incelemeler, açıkça formüle edilmiş bir araştırma sorusunu ele alan tüm ilgili çalışmaları belirlemek, değerlendirmek ve sentezlemek için titiz ve şeffaf yöntemler kullanan kanıt temeli yüksek araştırmalardır (18, 19). Seçici ve önyargıya yatkın olabilen geleneksel anlatı incelemelerinin aksine, sistematik incelemeler açık protokolleri, yapılandırılmış literatür taramalarını ve dahil edilen çalışmaların eleştirel değerlendirmesini içerir. Psikiyatri hemşireliğinde, SR'ler özellikle şizofreni için hemşire liderliğindeki psikoeğitim, bipolar

bozukluğu olan hastalar için uyum desteği veya demanslı bireylerin bakıcıları için başa çıkma becerileri eğitimi gibi müdahaleleri değerlendirmek için faydalı olabilmektedir (20).

Meta-analizler ise sistematik incelemeler sonucunda elde edilen çalışmalardaki nicel verileri birleştirerek, etki tahminleri üreten ve böylece istatistiksel gücü, kesinliği ve heterojenliği keşfetme becerisini arttıran çalışmalardır (18). Psikoeğitim, terapötik iletişim, uyum desteği veya başa çıkma becerileri eğitimi gibi müdahalelerin genellikle küçük veya çeşitli çalışmalarda değerlendirildiği psikiyatri hemşireliği için, sistematik incelemeler ve meta-analizler tek başına bireysel çalışmalardan daha güvenilir kanıtlar sağlamaktadır (19).

Sistematik İnceleme ve Meta-Analiz Süreci

Sistematik inceleme, belirli bir araştırma sorusuna yönelik kanıt temelli yanıt üretmek amacıyla literatürdeki mevcut çalışmaların yapılandırılmış, şeffaf ve tekrarlanabilir yöntemlerle tanımlanması, metodolojik açıdan değerlendirilmesi ve bütüncül biçimde sentezlenmesidir. Sistematik inceleme, önyargıyı azaltmayı ve belirli bir araştırma alanına ilişkin mevcut kanıtların bütüncül sentezini sağlamayı amaçlayan, Cochrane metodolojisine dayalı yapılandırılmış ve tekrarlanabilir bir süreçtir. Bu süreç, PRISMA kılavuzuna uygun olarak geliştirilen bir inceleme protokolü ile başlar; burada araştırma soruları PICO – PICOS çerçevesi kullanılarak netleştirilir (20).

PICOS çerçevesi, sistematik derlemelerde araştırma sorularının yapılandırılması ve dahil edilme/dışlanma kriterlerinin tanımlanmasında yaygın olarak kullanılan standart bir metodolojik yaklaşımdır. Bu kısaltma; Population (hedef popülasyon veya hasta grubu), Intervention (uygulanan tedavi veya müdahale), Comparison (karşılaştırma grubu ya da alternatif yaklaşım), Outcomes (önceden belirlenmiş klinik veya metodolojik sonuç ölçütleri) ve Study design (çalışma tasarımı) bileşenlerini kapsamaktadır (21). Cochrane Handbook'da da vurgulandığı üzere, bu yapı, literatür taramasının kapsamını sistematik biçimde sınırlandırarak hem araştırma sorusunun odak noktasını hem de dahil edilecek çalışmaların özelliklerini netleştirmektedir. Sistematik incelemelerde PICOS'un uygulanması, araştırma sorularının PRISMA protokolleri doğrultusunda şeffaf bir şekilde tanımlanmasını, uygun çalışmaların seçimini ve bulguların güvenilirliğinin artırılmasını sağlar.

Dahil edilme/dışlanma kriterleri belirlendikten sonrasında araştırmacılar, hem elektronik veritabanları (örn. PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library) hem de gri literatür kaynaklarında (örn. tezler, konferans bildirileri, kayıtlı klinik araştırmalar) kapsamlı arama stratejileri yürütür. İlerleyen aşamalar, en az iki bağımsız değerlendirici tarafından yürütülen çalışma seçimini, Cochrane

Risk of Bias Tool (RoB 2.0) veya Newcastle-Ottawa Scale (NOS) gibi geçerliliği doğrulanmış ölçüm araçlarıyla gerçekleştirilen metodolojik kalite değerlendirmesini ve standartlaştırılmış veri çıkarımını içerir. Dahil edilen çalışmaların bulguları, sonuçların güvenilirliğini ve tutarlılığını belirlemek, ayrıca literatürdeki boşluk ve metodolojik heterojenlikleri saptamak amacıyla nicel (meta-analiz) veya nitel (anlatı sentezi, meta-sentez) yöntemlerle bütünleştirilir. Son aşamada, elde edilen kanıtlar uluslararası kabul görmüş raporlama kılavuzlarına uygun olarak PRISMA 2020 raporlama yönergeleri doğrultusunda şeffaf biçimde sunulur (22).

Elde edilen bulguların kanıt gücü ve kesinliği GRADE yaklaşımı kullanılarak değerlendirilir. GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) yaklaşımı, sistematik derlemeler ve klinik uygulama kılavuzlarında kanıtların kalitesini ve önerilerin gücünü değerlendirmek için kullanılan uluslararası kabul görmüş bir yöntemdir. Bu yaklaşım, kanıt kalitesini “yüksek, orta, düşük ve çok düşük” düzeylerde sınıflandırır. Değerlendirme sürecinde çalışma tasarımı, yanlılık riski, tutarlılık, doğrudanlık, kesinlik (precision) ve yayın yanlılığı gibi faktörler dikkate alınır. GRADE ayrıca, kanıta dayalı önerilerin gücünü “güçlü” veya “zayıf/koşullu” olarak derecelendirir (23). Böylece klinisyenler, politika yapıcılar ve araştırmacılar için kanıtların yalnızca istatistiksel anlamlılığı değil, aynı zamanda klinik uygulanabilirliği ve güvenilirliği de sistematik biçimde ortaya konur.

Sistematik derlemeler ve meta-analizler, mevcut araştırmaların tümünü bir araya getirerek önyargıyı azaltmaları ve klinik karar süreçlerine yön vermeleri nedeniyle, psikiyatri hemşireliğinde yüksek düzeyde kanıt sağlayan çalışmalar olarak kabul edilmektedir. Psikiyatri hemşireliği alanında bu yöntemlerin kullanımı; müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek, kanıta dayalı uygulamaları şekillendirmek ve eğitim programlarının geliştirilmesine katkı sağlamak açısından kritik öneme sahiptir (24). Bunun yanı sıra, sistematik derlemeler araştırma boşluklarının saptanmasına ve ileri çalışmalara ihtiyaç duyulan alanların belirlenmesine yardımcı olur. Titiz metodolojisi sayesinde, kapsamlı literatür taramaları, sıkı katılım ölçütleri ve bağımsız veri çıkarımı içeren sistematik derlemeler, güvenilir sonuçlar üretir ve bu sonuçlar klinik kılavuzların geliştirilmesinde ve hasta bakımının iyileştirilmesinde kullanılabilir. Psikiyatri hemşireliği bağlamında bu yaklaşım, ruhsal sorunların karmaşıklığı göz önünde bulundurulduğunda daha da önem kazanmaktadır. Etkili ve hasta merkezli müdahalelere olan gereksinim sağlık hizmetlerinde her geçen gün artmaktadır. Dolayısıyla, psikiyatri hemşireliği alanında sistematik derleme ve meta-analizlere verilen önem, kanıta dayalı uygulamaların temelini güçlendirmekte ve ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini artırmaktadır.

Kaynaklar

1. American Psychological Association. (t.y.). APA dictionary of psychology. Erişim: 8 Mayıs 2024, <https://dictionary.apa.org/>
2. Yıldırım, N., & Oflaz, F. (2020). Psikiyatri birimlerinde hemşire olmak. İçinde Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları (ss. 3-11). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
3. Aekwarangkoon, S., Noonil, N., & Negarandeh, R. (2024). Understanding Thai community nurses' experiences of caring for psychiatric patients in primary care units: A phenomenological study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 12, 150–161. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2024.101442.2436>
4. Liu, W., & Hsieh, W. (2023). [Community psychiatric mental health nursing: Practice and challenges]. *Hu li za zhi The Journal of Nursing*, 70(4), 7–14. [https://doi.org/10.6224/JN.202308_70\(4\).02](https://doi.org/10.6224/JN.202308_70(4).02)
5. Teshima, T., & Yamakawa, M. (2024). P39: The effect of home-visit nursing in preventing readmission of patients with mental disorders to psychiatric hospitals: A literature review. *International Psychogeriatrics*. <https://doi.org/10.1017/s1041610224002722>
6. Scheydt, S., & Hegedüs, A. (2020). Tasks and activities of advanced practice nurses in the psychiatric and mental health care context: A systematic review and thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 103759. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103759>
7. Pariseau-Legault, P., Pelosse, D., Bernheim, E., Goulet, M., Ouellet, G., Labrecque-Lebeau, L., Jacob, J., & Holmes, D. (2025). When psychiatric services become a waiting room: Situational analysis of involuntary commitment and treatment as experienced by patients and nurses. *Clinical Nursing Research*, 34, 168–178. <https://doi.org/10.1177/10547738251321067>
8. Slemon, A., Jenkins, E., & Bungay, V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry*, 24. <https://doi.org/10.1111/nin.12199>
9. Molloy, L., Beckett, P., Chidarikire, S., Cutler, N., Isobel, S., Murphy, G., & Zugai, J. (2025). Mental health nurses' enforcement of involuntary care in inpatient settings: A meta-ethnography. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34. <https://doi.org/10.1111/inm.70044>
10. Gabrielsson, S., Sävénstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing

- practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434–443. <https://doi.org/10.1111/inm.12230>
11. Moreno-Poyato, A., Subías-Miquel, M., Tolosa-Merlos, D., Ventosa-Ruiz, A., Pérez-Toribio, A., Abidi, K., Navarro-Maldonado, R., Suárez-Pérez, R., Valera-Fernández, R., Romeu-Labayen, M., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J., & Puig-Llobet, M. (2022). A systematic review on the use of action research methods in mental health nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 79, 372–384. <https://doi.org/10.1111/jan.15463>
 12. Slater, P. (2024). Fundamentals of quantitative research methods in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32, 457–460. <https://doi.org/10.1111/jpm.13130>
 13. Moreno-Poyato, A., Delgado-Hito, P., Leyva-Moral, J., Casanova-Garrigós, G., & Montesó-Curto, P. (2019). Implementing evidence-based practices on the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A participatory action research. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1614–1622. <https://doi.org/10.1111/jocn.14759>
 14. Desmet, K., Vrancken, B., Bergs, J., Van Hecke, A., Deproost, E., Bracke, P., Debyser, B., Cools, O., De Fruyt, J., Muylaert, S., & Verhaeghe, S. (2024). Patient-reported outcomes of psychiatric and/or mental health nursing in hospitals: A systematic review protocol. *BMJ Open*, 14. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085808>
 15. Curtis, K., Fry, M., Shaban, R., & Considine, J. (2016). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 862–872. <https://doi.org/10.1111/jocn.13586>
 16. Willis, D., Beeber, L., Mahoney, J., & Sharp, D. (2010). Strategies for advancing psychiatric-mental health nursing science relevant to practice: Perspectives from the American Psychiatric Nurses Association research council co-chairs. *Contemporary Nurse*, 34, 136–139. <https://doi.org/10.1080/10376178.2010.11002421>
 17. Cleary, M., Visentin, D., West, S., & Kornhaber, R. (2023). Research methods for mental health nursing: Current issues and future directions. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(1), 1–7. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2077698>
 18. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

19. Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2023). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2nd ed.). Wiley.
20. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. (t.y.). Erişim: 14 Eylül 2025, <https://training.cochrane.org/handbook/current>
21. Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., et al. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 14, 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
22. Page, M. J., Higgins, J. P. T., & Sterne, J. A. C. (2019). Assessing risk of bias due to missing results in a synthesis. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.0. Erişim: www.training.cochrane.org/handbook
23. Pollock, A., Farmer, S., Brady, M., Langhorne, P., Mead, G., Mehrholz, J., Van Wijck, F., & Wiffen, P. (2016). An algorithm was developed to assign GRADE levels of evidence to comparisons within systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 70, 106–110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.08.013>
24. Lim, C., Caan, M., Kim, C., Chow, C., Leff, H., & Tepper, M. (2021). Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000473>



BÖLÜM 2

Adli Psikiyatri Hemşireliği ve Travma Bilgili Bakım: Geleceğe Yön Veren Uygulamalar

Elif Oral¹

1. GİRİŞ

Adli psikiyatri hemşireliği (APH), ruhsal bozukluğu olan bireylerin adalet sistemiyle karşılaştığı ortamlarda klinik bakım, etik–yasal uyum ve topluma yeniden entegrasyon süreçlerini birlikte ele alan bir uzmanlık alanıdır (Dikeç & Kurçovali, 2017; Polat, 2020). Son yıllarda biriken kanıtlar, erken ve yinelenen travmaların ruhsal sağlık ve suç döngüsü üzerindeki kalıcı etkilerini ortaya koyarak bakımın **travma bilgili** ilkelerle yeniden yapılandırılmasını gerektirmiştir (Felitti et al., 1998; SAMHSA, 2014; SAMHSA, 2024).

Bu bölüm, APH'nin temel işlev ve kuramsal dayanaklarını (Peplau, Orem, RNR, iyileşme odaklı yaklaşım) kısaca çerçeveleyip, travma bilgili bakımın (TBB) ilkelerini ve travma-suç ilişkisindeki rolünü özetleyerek; iki alanın kesişiminde güvenlik, güçlendirme ve en az kısıtlayıcı uygulama gibi ortak prensiplerin klinik pratikte nasıl bütünleştiğini göstermektedir (Andrews & Bonta, 2011; Fallot & Harris, 2009; NHS England, 2024). Ayrıca Türkiye ve dünyadaki güncel duruma kısaca değinilerek gelişim gereksinimleri belirlenerek bu gereksinimlerle uyumlu **geleceğe yönelik öneriler** ile **gelecek perspektifi** (dijital sağlık/telepsikiyatri, yapay zekâ ve insan hakları odaklı standartlar) için bir yol haritası sunulmaktadır (WHO Regional Office for Europe, 2022, 2023; Council of Europe, 2025; AHRQ, 2023; Goldstein et al., 2024).

2. ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ (APH)

Adli psikiyatri hemşireliği, ruhsal bozukluğu olan bireylerin adalet sistemiyle karşılaştığı tüm ortamlarda (gözaltı merkezleri, cezaevleri, yüksek güvenlikli servisler, adli tıp kurumları) bakım, değerlendirme ve rehabilitasyon süreçlerini kapsar. Literatürde hemşirelerin bu ortamlardaki temel işlevleri üç ana eksende açıklanır: klinik bakım, etik ve yasal süreçlerle uyum, topluma yeniden entegrasyonun desteklenmesi (Dikeç & Kurçovali, 2017; Polat, 2020).

2.1. Klinik Bakım

Adli psikiyatri hemşireliğinin en temel işlevlerinden biri klinik bakımdır. Hemşireler, ruhsal bozukluğu olan bireylerin hem psikiyatrik hem de genel sağlık gereksinimlerini biyopsikososyal bir yaklaşım çerçevesinde karşılamakla

¹ Öğretim Görevlisi, Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü Evde Hasta Bakımı Programı Bingöl/Türkiye
ORCID: 0000-0002-9896-307X

yükümlüdür. Bu bağlamda değerlendirme, tanılama, bakım planlama, ilaç yönetimi ve terapötik iletişim gibi süreçler öne çıkar (Dikeç & Kurçovali, 2017; Polat, 2020). Cezaevinde bulunan bir şizofreni hastasının düzenli antipsikotik tedavisinin sürdürülmesi ve yan etkilerinin izlenmesi, kendine zarar verme riski yüksek bireylerde gözlem protokollerinin uygulanması ya da anksiyete ve öfke kontrolü için kısa süreli bilişsel-davranışçı tekniklerin kullanılması bu bakımın somut örneklerindendir (WHO Europe, 2022; 2023).

Son yıllarda yapılan araştırmalar, özellikle madde kullanım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve kişilik bozuklukları olan mahpuslarda bakımın sürekliliğini sağlamada hemşirelerin kritik rol üstlendiğini göstermektedir (Aslan et al., 2025; Wolf & Hopkin, 2020; WHO Europe, 2022; Seppänen et al., 2018).

2.2. Etik ve Yasal Süreçlerle Uyum

Klinik bakımın yanı sıra adli psikiyatri hemşireliğini diğer alanlardan ayıran özgün boyutlardan biri, hemşirelerin görevlerini yerine getirirken adalet sisteminin yasal ve etik gereklilikleriyle uyumlu hareket etme zorunluluğudur. Mahkeme için hazırlanan ruhsal durum raporlarında hemşirenin gözlemlerinin resmi belgeler olarak kullanılması veya zorunlu ilaç uygulamaları sırasında bireyin bilgilendirilmiş onam hakkı, insan onuru ve en az kısıtlayıcı önlem ilkesi ile kurum güvenliği arasında hassas bir denge kurulması bu süreçte örnek teşkil eder (NHS England, 2024; Wrightington, Wigan and Leigh NHS Foundation Trust, 2024). Bu durum, hemşirelerin sıklıkla etik ikilemlerle karşılaşmasına ve mesleki tükenmişlik riskinin artmasına yol açabilmektedir (Dikeç & Kurçovali, 2017; Polat, 2020). Nitekim uluslararası insan hakları belgeleri ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararları, bu tartışmaların teorik zeminini oluşturmaktadır (Council of Europe, 2025).

2.3. Topluma Yeniden Entegrasyonun Desteklenmesi

Adli psikiyatri hemşireliğinin üçüncü önemli işlevi ise bireylerin cezaevi veya adli kurumlardan çıktıktan sonra topluma yeniden entegrasyonunu desteklemektir. Bu süreç, rehabilitasyonun ve tekrar suç işleme riskinin azaltılmasının anahtarıdır (WHO Europe, 2022; 2023). Hemşireler tahliye öncesinde bireylere ilaç tedavisinin takibi, psikososyal destek gruplarına yönlendirme ve sosyal hizmet bağlantılarının kurulması gibi hazırlıklar yapar (Wolf & Hopkin, 2020; Seppänen et al., 2018). Ayrıca barınma, istihdam ve aile ilişkileri gibi sosyal belirleyiciler konusunda danışmanlık verilmesi ya da madde bağımlılığı olan bireylerin toplum temelli rehabilitasyon programlarına entegrasyonu, hemşirelerin üstlendiği kritik roller arasındadır (Møller et al., 2020; Dirik & Erişen, 2022). İngiltere ve İskandinav ülkelerinde yürütülen uygulamalar, hemşirelerin tahliye öncesi “köprü rolü” üstlenmesinin bakım sürekliliğini güçlendirdiğini ve suç tekrarını azalttığını ortaya koymaktadır.

Özetle;

- **Klinik bakım** → doğrudan sağlık hizmeti ve terapi temelli işlev.
- **Etik/yasal uyum** → hemşireyi benzersiz kılan, adalet sistemiyle kesişen işlev.
- **Topluma entegrasyon** → uzun vadeli toplumsal katkı ve suçun önlenmesi (SAMHSA, 2024).

2.4. Adli Psikiyatri Hemşireliğinde Kuramsal Dayanaklar

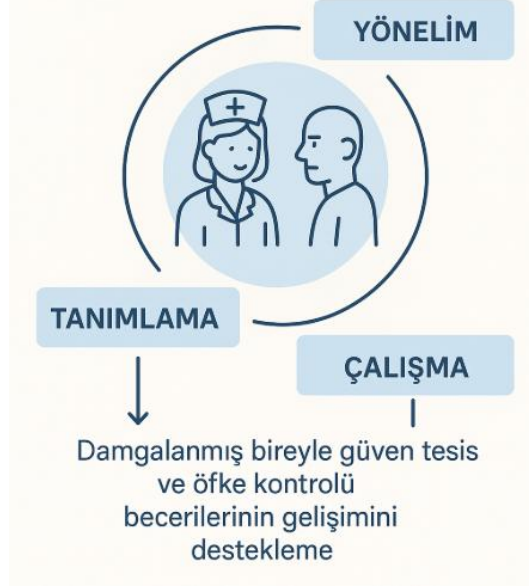
Adli psikiyatri hemşireliğinin kuramsal temellerini ortaya koymak, hem klinik uygulamaların bilimsel bir çerçeveye oturtulması hem de bu alanın mesleki kimliğinin güçlendirilmesi açısından büyük önem taşır. APH pratiğinde en sık kullanılan kuramlar; Peplau'nun kişilerarası ilişkiler kuramı, Orem'in özbakım kuramı ve güçlendirme temelli toplum ruh sağlığı modelleridir. Bunun yanı sıra risk–ihtiyaç–duyarlılık (RNR) modeli ve iyileşme odaklı yaklaşım, suç davranışı ile ruhsal bozukluk arasındaki karmaşık ilişkiyi açıklamada önemli teorik çerçeveler sunar (Andrews & Bonta, 2011; Public Safety Canada, 2022).

2.4.1. Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramı

Hildegard Peplau, hemşire–hasta ilişkisinin tedavi sürecinde temel bir araç olduğunu savunmuş ve bu yaklaşımıyla psikiyatri hemşireliğinde önemli bir dönüm noktası yaratmıştır. Peplau'nun kişilerarası ilişkiler kuramı, hemşire–hasta etkileşimini dört evrede tanımlar: yönelim, tanımlama, çalışma ve sonlandırma (Peplau, 1997). Bu evreler, hemşirenin hastayla terapötik bir ilişki kurarak güven ortamı yaratmasını, bireyin sorunlarını tanımlamasına yardımcı olmasını, değişim için gerekli becerileri desteklemesini ve sürecin sağlıklı biçimde sonlandırılmasını içerir (Forchuk & Dorsay, 1995; Barker, 2021).

HILDEGARD PEPLAU'NUN KURAMI

Adli psikiyatride hemşire-hasta ilişkisi



Şekil 1: Kişilerarası İlişkiler Kuramı

Adli psikiyatri ortamlarında güven ilişkisinin kurulması genellikle güçtür; çünkü bireyler hem ruhsal hastalık hem de işledikleri suç nedeniyle damgalanır. Peplau'nun kuramı bu noktada hemşireye, güven oluşturma, iletişimde açık sınırlar koyma ve terapötik ittifak geliştirme konusunda yol gösterir. Örneğin, saldırgan davranış geçmişi olan bir bireyle yönelim evresinde güvenli bir iletişim çerçevesi kuran hemşire, çalışma evresinde öfke kontrolüne yönelik becerilerin geliştirilmesine destek olabilir (Dikeç & Kurçovalı, 2017; Polat, 2020; Wolf & Hopkin, 2020).

2.4.2. Orem'in Özbakım Eksikliği Kuramı

Dorothea Orem, bireyin sağlığını sürdürebilmesi için özbakım gereksinimlerini yerine getirebilmesi gerektiğini, bu kapasite azaldığında ise hemşirenin devreye girerek özbakımı desteklemesi gerektiğini ileri sürmüştür (Orem, 2001). Orem'in özbakım eksikliği kuramı, hemşirelik uygulamalarına bireyin özbakım kapasitesi ile hemşirenin sağladığı destek arasındaki dengeyi merkeze alan bir yaklaşımdır.

Adli kurumlarda ruhsal bozukluğu olan bireylerin çoğu, ilaç uyumu, kişisel hijyen, uyku düzeni ve sağlıklı beslenme gibi temel özbakım alanlarında önemli

zorluklar yaşar. Bu bağlamda hemşire, bireyin özbakım eksikliğini belirleyerek ona uygun destek düzeyini seçer: tamamen destek, kısmi destek veya eğitim ve rehberlik. Bu bağlamda hemşire, bireyin özbakım eksikliğini belirleyerek ona uygun destek düzeyini seçer:

- **Tamamen destek:** Bireyin özbakım kapasitesi ciddi şekilde azalmışsa hemşire temel ihtiyaçları doğrudan karşılar.
Örnek: Psikotik atağı nedeniyle günlük hijyenini sürdüremeyen bir hastanın banyo yaptırılması, beslenme düzeninin doğrudan sağlanması (Orem, 2001; Taylor, Renpenning, Geden, Neuman, & Hart, 1999).
- **Kısmi destek:** Bireyin bazı özbakım aktivitelerini yapabildiği, ancak belirli alanlarda desteğe ihtiyaç duyduğu durumlarda hemşire gerekli tamamlayıcı bakımı sağlar.
Örnek: Depresyon nedeniyle yemek hazırlamada zorlanan bir bireye öğün planlamasında destek olmak, ama yemeği bireyin kendisinin yemesini sağlamak (Fawcett, 2020; WHO Regional Office for Europe, 2022).
- **Eğitim/rehberlik:** Birey özbakımını sürdürebilecek kapasitededir, hemşirenin rolü rehberlik ve beceri kazandırmaadır.
Örnek: Bipolar bozukluğu olan bireye ilaçlarını düzenli alabilmesi için telefon hatırlatıcı uygulaması kurmayı öğretmek veya uyku hijyeni konusunda danışmanlık vermek (SAMHSA, 2024; WHO Regional Office for Europe, 2023).

2.4.3. Risk–İhtiyaç–Duyarlılık (RNR) Modeli (Andrews & Bonta, 2011; Public Safety Canada, 2022).

Risk–İhtiyaç–Duyarlılık (RNR) modeli, Andrews ve Bonta tarafından geliştirilen ve adalet sisteminde suçlularla çalışmada en yaygın kullanılan kuramsal çerçevelerden biridir. Model üç temel ilkeye dayanır:

- **Risk İlkesi:**
Bireyin tekrar suç işleme olasılığına göre müdahalelerin yoğunluğu ayarlanır.
Örn. Yüksek risk grubundaki bireylere daha yoğun ve yapılandırılmış programlar uygulanır.
- **İhtiyaç İlkesi:**
Suç davranışına doğrudan etki eden kriminolojik ihtiyaçlar hedeflenir.
Örn. Madde kullanımı, antisosyal düşünce örüntüleri, öfke kontrolü eksiklikleri.
- **Duyarlılık İlkesi:**
Müdahaleler bireyin öğrenme tarzına, motivasyon düzeyine ve kültürel

özelliklerine uygun hale getirilir.

Örn. Bilişsel kapasiteleri düşük bireyler için görsel materyaller kullanmak, kültürel faktörlere duyarlı programlar geliştirmek. (Andrews & Bonta, 2010; Bonta & Andrews, 2017; Wormith, Gendreau, & Bonta, 2020):



Şekil 2: RNR Modeli

Adli psikiyatri hemşireliği bağlamında RNR modeli, en çok referans verilen modellerden biridir. Hemşirelere, “herkese aynı bakım” yerine risk ve ihtiyaca göre farklılaşan bakım sunma konusunda teorik dayanak sağlar (Andrews & Bonta, 2011; Public Safety Canada, 2022). Ayrıca mahpusların ruhsal sağlık sorunlarının yönetiminde önemli bir kılavuz sağlar. Örneğin, risk değerlendirmesi ile şiddet eğilimi yüksek bireylerin öncelikli olarak ele alınması, ihtiyaç değerlendirmesi ile madde kullanımı ve öfke kontrolünün hedeflenmesi, duyarlılık ilkesiyle de bireyin bilişsel kapasitesine ve kültürel özelliklerine uygun psikoeğitim programlarının planlanması mümkündür. Son yıllarda yapılan çalışmalar, özellikle ruhsal bozukluğu olan mahpuslarda RNR ilkelerine dayalı hemşirelik müdahalelerinin tedaviye uyumu artırdığını ve rehabilitasyon sürecini güçlendirdiğini göstermektedir (Bonta & Andrews, 2017; Wormith, Gendreau, & Bonta, 2020; Polaschek, 2019).

2.4.4. İyileşme Odaklı Yaklaşım (Recovery-Oriented Approach)

İyileşme odaklı yaklaşım, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yalnızca semptomlarını azaltmayı değil, aynı zamanda yaşam kalitelerini, umutlarını, kimlik duygularını ve toplumsal işlevselliklerini güçlendirmeyi hedefler. Bu modelde bireyin kendi yaşamı üzerinde söz hakkına sahip olması, öz-yeterliliğinin artırılması ve toplumsal katılımının desteklenmesi merkezdedir. Klinik iyileşme (semptom azalması) ile kişisel iyileşme (umut, kimlik, amaç, güçlenme) arasındaki ayrım, yaklaşımın özgün katkısını oluşturur (Anthony, 1993; Slade, 2009; Leamy et al., 2011; Melillo et al., 2025).

Adli kurumlarda ruhsal bozukluğu olan bireyler sıklıkla damgalama, zorlayıcı tedaviler ve özgürlük kısıtlamaları ile karşı karşıya kalmaktadır. İyileşme odaklı yaklaşım, bu bireylerin yalnızca suç riskine göre değil, aynı zamanda insan onuruna uygun biçimde güçlenme süreçlerine katılmasını vurgular (SAMHSA, 2024). Örneğin, cezaevinde travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan bir birey için yalnızca semptom azaltıcı ilaç tedavisi değil, aynı zamanda umut geliştirme oturumları, akran destek grupları ve özgüven artırıcı psiko-eğitim programlarının planlanması mümkündür (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022; World Health Organization Regional Office for Europe, 2023). Bu süreçte hemşireler, bireyin yaşam öyküsünü ve kişisel hedeflerini dikkate alarak bakım planı oluşturur; böylece kişi yalnızca “suçlu” kimliğiyle değil, aynı zamanda “iyileşen birey” kimliğiyle de tanımlanır.

Literatür, özellikle 2020 sonrası yayınlarda iyileşme odaklı yaklaşımın adli psikiyatri servislerinde zorlayıcı uygulamaları azaltmada, hasta–personel iş birliğini güçlendirmede ve bireylerin topluma yeniden kazandırılmasında etkili olduğunu göstermektedir (SAMHSA, 2024; Simpson & Penney, 2021; Shepherd, Doyle, Sanders, & Shaw, 2022; Mezey et al., 2023). Ayrıca uluslararası kılavuzlar, özellikle İngiltere NHS ve Avustralya Ulusal Ruh Sağlığı Stratejisi, adli psikiyatri hemşireliğinde iyileşme odaklı bakımın temel standartlardan biri olduğunu vurgulamaktadır (Dikeç & Kurçovali, 2017; Polat, 2020).

Özetle;

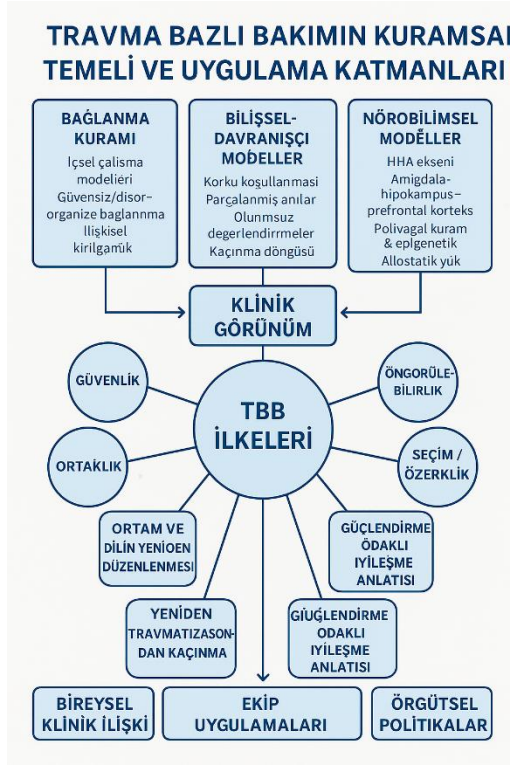
- **Peplau** → terapötik ilişkiyi merkez alır.
- **Orem** → özbakım kapasitesini destekler.
- **RNR modeli** → risk, ihtiyaç ve bireysel farklılıklara göre bakımın yoğunluğunu belirler **İyileşme odaklı yaklaşım** → bireyin umut, kimlik ve toplumsal katılım boyutlarını güçlendirir; hemşirelik bakımını yalnızca semptom kontrolünden çıkarıp yaşam kalitesine odaklar.

3. TRAVMA BİLGİLİ BAKIM (TBB)

Ruh sağığı alanında uzun yıllar boyunca travmanın birey üzerindeki etkileri çoğunlukla dolaylı, varsayımsal ya da ikincil faktörler olarak ele alınmış, bu nedenle bakım modelleri içinde yeterince görünür olmamıştır. Oysa **Felitti ve arkadaşlarının (1998)** öncülüğünü yaptığı ACE çalışmaları ve takip eden araştırmalar, travmanın biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda kalıcı etkiler bıraktığını net biçimde ortaya koymuştur. Travma bilgili bakım (TBB), bu etkileri varsayım değil, kanıta dayalı bir gerçeklik olarak kabul eden sistematik ve planlı bir bakım çerçevesidir. TBB, çocukluk çağı olumsuz deneyimleri (ACE'ler; istismar, ihmal, hane içi işlevsizlik vb.), toplumsal ve cinsiyete dayalı şiddet, savaş/göç, kurumsal/tekrarlayıcı istismar gibi tekil ya da süregelen travmaların sağık ve işlevsellik üzerindeki uzun dönemli sonuçlarını esas alır (SAMHSA, 2014; SAMHSA, 2024).

Kuramsal olarak TBB;

- Bağlanma kuramına dayanarak erken bakım veren-çocuk etkileşimlerinin “içsel çalışma modellerini” biçimlendirdiğini ve güvensiz/disorganize bağlanmanın duygu düzenleme, güven ve ilişki kurmada kalıcı kırılmalıklar yarattığını;
- TSSB ve ilişkili bozuklukların bilişsel-davranışçı modellerine dayanarak korku koşullanması, travmatik anıların parçalanmış/bağılamsız kodlanması, olumsuz değerlendirmeler ve kaçınma döngüsü üzerinden semptomların sürdüğünü;
- Nörobilimsel modellerle hipotalamo-hipofizer-adrenal (HHA) eksen, sempatik-parasempatik denge, amigdala-hipokampus-prefrontal korteks ağlarındaki değişiklikler, allostatik yük, polivagal kuram ve epigenetik etkiler gibi mekanizmaların uyarılmışlık, dissosiyasyon, daralmış “tolerans penceresi” ve beden duyumlarına aşırı/az duyarlılık şeklinde klinik görünüm verdiğini ileri sürer.



Şekil 3: Travma Bilgili Bakım Kuramsal Temeli Ve Uygulama Katmanları

Bu teorik zeminde TBB, bakım süreçlerinin tamamını güvenlik, öngörülebilirlik, seçim/özerklik, ortaklık ve kültürel alçakgönüllülük ilkeleriyle yeniden tasarlamayı; ortamı ve dili yeniden travmatizasyondan kaçınacak şekilde düzenlemeyi ve güçlendirme odaklı bir iyileşme anlatısını desteklemeyi amaçlar. Özellikle adli/kapalı kurumlarda biriken gelişimsel ve kişilerarası travmalar ile kurumsal stresörlerin birlikteliği, TBB'nin sadece bireysel klinik ilişkide değil, ekip uygulamaları ve örgütsel politikalarda da sistem düzeyinde benimsenmesini gerektirir (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

3.1. Travma Bilgili Bakımın Temel İlkeleri

TBB literatüründe öne çıkan ilkeler altı başlık altında açıklanır ve bakımın her düzeyinde uygulanır (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

- **Güvenlik (Safety):** Fiziksel ve duygusal güvenlik sağlamak, yeniden travmatizasyon riskini azaltmak için ön koşuldur. Bu, ortamın şiddetten arındırılması, öngörülebilir günlük rutinler, kriz anında en az kısıtlayıcı yöntemlerin tercih edilmesi ve güvenli mekânların oluşturulması ile desteklenir (NHS England, 2024; Wrightington, Wigan and Leigh NHS Foundation Trust, 2024).

- **Güvenilirlik ve Şeffaflık (Trustworthiness):** Personelin tutarlı, açık ve dürüst davranışı, bilgi paylaşımı ve sınırların netliği ile bireylerde güven duygusu inşa edilir. Söz verilen girişimlerin zamanında yapılması ve süreçlerin açıklanması güvenilirliği pekiştirir (Fallot & Harris, 2009; SAMHSA, 2014).
- **İş Birliği (Collaboration):** Hasta ve hemşire arasında eşitlikçi, ortak karar vermeye dayalı ilişki kurulmasını ifade eder. Bu yaklaşım, bireyin pasif alıcı değil aktif ortak olarak görülmesini sağlar. Kurum düzeyinde de ekipler arası iş birliği ve hizmet kullanıcılarının politika süreçlerine katılımı önemlidir (Slade, 2009; Coulter & Collins, 2011).
- **Akran Desteği (Peer Support):** Benzer deneyimlere sahip kişilerin birbirine destek vermesi, umut ve dayanışmayı artırır. Akran desteği programları, güvenlik ve iyileşme odaklı bir topluluk duygusu oluşturur (Repper & Carter, 2011; Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006).
- **Güçlendirme (Empowerment):** Bireyin güçlü yönlerine odaklanmak, seçim hakkı tanımak ve öz-etkililik duygusunu desteklemek TBB'nin temel bileşenlerindendir. Hemşirelik uygulamalarında bireyin karar alma süreçlerine katılımı güçlendirme ile doğrudan bağlantılıdır (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).
- **Kültürel Duyarlılık ve Alçakgönüllülük (Cultural Sensitivity/Humility):** Her bireyin kültürel kimliğine, inanç sistemine ve yaşam deneyimine saygı gösterilmesini içerir. Bu ilke, bakımın çeşitliliğe duyarlı olmasını ve ayrımcılıktan uzak sürdürülmesini gerektirir.

Bu ilkeler yalnızca birey–hemşire etkileşiminde değil, kurum politikaları, eğitim programları ve hizmet standartlarında da temel referans noktaları olarak işlev görür.

3.2. Travma–Suç İlişkisi

Travma ile suç davranışı arasındaki ilişki, adli psikiyatri hemşireliği pratiğinde göz ardı edilemeyecek kadar önemli bir konudur. Suç davranışını yalnızca bireysel seçim ya da biyolojik eğilimlerle açıklamak yetersiz kalmakta; erken dönem travmatik yaşantıların kişilik gelişimi, duygu düzenleme ve baş etme mekanizmaları üzerindeki etkileri bu süreci doğrudan şekillendirmektedir. Bu nedenle travma–suç ilişkisini anlamak, adli kurumlarda uygulanacak bakım ve müdahale programlarının bilimsel temellere dayanması açısından kritik bir gerekliliktir.

Son yıllarda yapılan meta-analitik çalışmalar, çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin (ACE'ler) suça yönelimde belirleyici rol oynadığını göstermektedir (Fox et al., 2015; Duke et al., 2017; Baglivio et al., 2020; Fitzpatrick et al., 2022). Özellikle duygu düzenleme zorlukları, bağlanma bozuklukları ve madde kullanımı gibi mekanizmalar, travma ile suç arasındaki temel köprüler olarak tanımlanmaktadır. Bu bulgular, travmayı dikkate almayan yaklaşımların suça yönelik döngüyü kırmada yetersiz kalacağını ortaya koymaktadır.

İşte tam bu noktada travma bilgili bakım (TBB), söz konusu döngüyü kırmak için teorik ve uygulamalı bir çerçeveye sunar. TBB, bireyin geçmiş travmalarını tanıyıp, travma belirtilerini dikkate alarak bakım ve müdahaleleri yeniden düzenler. Böylece yeniden travmatizasyonun önüne geçilir, bireylerin baş etme becerileri geliştirilir ve suç davranışının tekrarlama olasılığı azaltılır (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

Bu yaklaşımın somut bir örneği, çocukluk çağı istismarı yaşamış bir bireyde görülebilir. Ergenlik döneminde duygudüzenleme güçlükleri nedeniyle madde kullanmaya başlayan bu kişi, hem sağlığını kaybetme hem de suça sürüklenme riskiyle karşı karşıya kalır. TBB çerçevesinde hemşire, bireyin travma öyküsünü dikkate alır; güvenli iletişim kurar, tetikleyicileri belirler ve baş etme becerilerini güçlendiren programlara yönlendirir. Böylece müdahale yalnızca madde kullanımını azaltmayı değil, travma-suç döngüsünün temel nedenlerini ele almayı amaçlar (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

4. ADLİ PSİKİYATRİ VE TRAVMA BİLGİLİ BAKIMIN KESİŞİM NOKTALARI

Adli psikiyatri hemşireliği ile travma bilgili bakımın kesişimi, bu alanın geleceğini şekillendiren en kritik gelişmelerden birini temsil etmektedir. Çünkü adli kurumlarda çalışan hemşireler, hem yüksek riskli ve çoğu zaman zorlayıcı klinik durumlarla baş etmekte hem de bireylerin geçmiş travmalarının ruhsal sağlık ve suç davranışı üzerindeki belirleyici etkileriyle karşılaşmaktadır (Dikeç & Kurçovalı, 2017; Polat, 2020). Bu iki gerçeklik, tek başına klasik hemşirelik yaklaşımlarının ötesine geçen, daha bütüncül ve insan onuruna dayalı bir bakım anlayışını zorunlu kılmaktadır. Travma bilgili bakımın güvenlik, öngörülebilirlik, güçlendirme ve yeniden travmatizasyondan kaçınma ilkeleri, adli psikiyatri hemşireliğinin klinik uygulamalarına entegre edildiğinde yalnızca semptom yönetimi değil, aynı zamanda bireylerin topluma yeniden kazandırılması ve suç döngüsünün kırılması da mümkün hale gelmektedir (SAMHSA, 2014; SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024).

4.1. Ortak İlkeler ve Klinik Uygulama Alanları

Adli psikiyatri hemşireliği ile travma bilgili bakımın kesişiminde en belirgin ortak nokta, bakımın yalnızca klinik semptomlara değil, bireyin bütüncül iyilik haline odaklanmasıdır. Her iki yaklaşım da güvenliğin sağlanması, güçlendirmenin desteklenmesi, etik duyarlılığın korunması ve yeniden travmatizasyondan kaçınılması gibi temel ilkelerde birleşmektedir. Örneğin, şiddet riski yüksek bir mahpusun bakımında adli psikiyatri hemşireliği gözlem protokolleri uygulanırken, aynı zamanda TBB ilkeleri doğrultusunda öngörülebilir rutinlerin oluşturulması ve en az kısıtlayıcı yöntemlerin tercih edilmesi bireyin güven duygusunu artırmaktadır. Benzer şekilde, ilaç tedavisine uyum sorunu yaşayan bir bireyde hemşire, Orem'in özbakım desteğini TBB'nin güçlendirme ve seçim hakkı tanıma ilkeleriyle birleştirerek daha katılımcı ve etkili bir bakım planı oluşturabilmektedir. Bu tür uygulamalar, hem klinik risklerin yönetimini kolaylaştırmakta hem de bireyin insan onuruna dayalı bir iyileşme sürecine katılımını desteklemektedir (Fallot & Harris, 2009; Slade, 2009; NHS England, 2024; SAMHSA, 2024).

4.2. Kuramsal ve Araştırma Boyutu

Adli psikiyatri hemşireliği ve travma bilgili bakımın sentezi, yalnızca klinik uygulamalarla sınırlı kalmayıp kuramsal çerçevelerin geliştirilmesi açısından da önemli fırsatlar sunmaktadır. RNR modeli ve iyileşme odaklı yaklaşım gibi güncel teoriler (Andrews & Bonta, 2011; Polaschek, 2019), TBB'nin güvenlik, güçlendirme ve kültürel duyarlılık ilkeleriyle birleştirildiğinde hem suç davranışının açıklanmasında hem de bakım planlarının bireyselleştirilmesinde yeni bir paradigma ortaya çıkmaktadır. Bu bütüncül çerçeve, bireyin risk düzeyini, travmatik öyküsünü ve toplumsal kaynaklarını aynı anda dikkate alarak çok boyutlu bir değerlendirme yapılmasına imkân tanır.

Araştırma açısından ise, TBB ilkelerinin adli kurumlarda uygulanmasının zorlayıcı tedavi oranlarını, tekrar suç işleme riskini ve hasta-personel ilişkilerindeki güven düzeyini nasıl etkilediğini inceleyen çok merkezli, uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır (SAMHSA, 2024; Council of Europe, 2025). Uluslararası rehberler de bu yönde gelişmeleri teşvik etmekte; özellikle WHO, SAMHSA ve Avrupa Konseyi belgeleri, travma bilgili yaklaşımların adli kurumlarda standart bakımın bir parçası haline gelmesi gerektiğini vurgulamaktadır (WHO Regional Office for Europe, 2022; Council of Europe, 2025).

4.3. Ortak İlkeler ve Klinik Uygulama Alanları

Adli psikiyatri hemşireliği ile travma bilgili bakımın kesişiminde en belirgin ortak nokta, bakımın yalnızca klinik semptomlara değil, bireyin bütüncül iyilik haline odaklanmasıdır. Her iki yaklaşım da güvenliğin sağlanması,

güçlendirmenin desteklenmesi, etik duyarlılığın korunması ve yeniden travmatizasyondan kaçınılması gibi temel ilkelerde birleşmektedir (Fallot & Harris, 2009; SAMHSA, 2014; SAMHSA, 2024).

Örneğin, şiddet riski yüksek bir mahpusun bakımında adli psikiyatri hemşireliği gözlem protokolleri uygulanırken (NHS England, 2024), aynı zamanda TBB ilkeleri doğrultusunda öngörülebilir rutinlerin oluşturulması ve en az kısıtlayıcı yöntemlerin tercih edilmesi bireyin güven duygusunu artırmaktadır (Wrightington, Wigan and Leigh NHS Foundation Trust, 2024; SAMHSA, 2024).

Benzer şekilde, ilaç tedavisine uyum sorunu yaşayan bir bireyde hemşire, Orem'in özbakım desteğini (Fawcett, 2020) TBB'nin güçlendirme ve seçim hakkı tanıma ilkeleriyle (Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023) birleştirerek daha katılımcı ve etkili bir bakım planı oluşturabilmektedir. Bu tür uygulamalar, hem klinik risklerin yönetimini kolaylaştırmakta hem de bireyin insan onuruna dayalı bir iyileşme sürecine katılımını desteklemektedir (Slade, 2009).

4.4. Politika ve Eğitim Boyutu

Adli psikiyatri hemşireliği ile travma bilgili bakımın bütünleştirilmesi yalnızca klinik uygulamalarla sınırlı değildir; aynı zamanda politika ve eğitim düzeyinde de köklü değişiklikler gerektirmektedir. Adli kurumlarda TBB standartlarının bakım politikalarına entegrasyonu, zorlayıcı tedavi oranlarını azaltmak ve insan hakları temelli hizmetler sunmak açısından kritik bir adım olarak görülmektedir (Council of Europe, 2025; WHO Regional Office for Europe, 2022). Hemşirelerin bu yaklaşımı etkili biçimde uygulayabilmeleri için lisans ve lisansüstü eğitim programlarında TBB ilkelerine yer verilmesi, ayrıca hizmet içi eğitimlerle mesleki kapasitelerinin güçlendirilmesi gerekmektedir (SAMHSA, 2014; Dikeç & Kurçovalı, 2017).

Bununla birlikte, sürekli süpervizyon ve ekip içi eğitimlerin sağlanması, hemşirelerin zorlayıcı klinik durumlarda etik ikilemleri yönetme becerilerini artırmakta ve tükenmişlik riskini azaltmaktadır (Polat, 2020). Ayrıca uluslararası kılavuzlar, TBB'nin yalnızca birey-hemşire etkileşimine değil, örgütsel düzeyde politika yapım süreçlerine de entegre edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (NHS England, 2024; SAMHSA, 2024).

5. ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE ÜLKEMİZ VE DÜNYADAKİ GÜNCEL DURUM

5.1. Türkiye’de Durum

Türkiye’de adli psikiyatri hemşireliği henüz bağımsız bir uzmanlık alanı olarak kurumsallaşmamıştır (Dikeç & Kurçovalı, 2017; Polat, 2020). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireleri, adli psikiyatri servislerinde ve ceza infaz

kurumlarında görev alsalar da görev tanımları net değildir. Literatürde, hemşirelerin çoğunlukla genel bakım, ilaç uygulamaları ve gözlemle sınırlı roller üstlendiği; terapötik ilişki, travma duyarlı bakım veya adalet sistemiyle koordinasyon gibi özel işlevlerin gelişmekte olduğu görülmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021; Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2025). Eğitim programlarında adli psikiyatri hemşireliği ayrı bir ders veya modül olarak çok az üniversitede bulunmaktadır. Ancak son yıllarda hemşirelik kongrelerinde ve tez çalışmalarında adli psikiyatri temalarının daha fazla ele alınmaya başlaması, alandaki farkındalığın arttığını göstermektedir. Politika düzeyinde ise ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetlerinin toplumla eşdeğerliği ilkesinin yasal çerçevede vurgulanması, hemşirelik rollerinin güçlenmesine olanak sunmaktadır (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

5.2. Dünyada Durum

Uluslararası literatür incelendiğinde, adli psikiyatri hemşireliği özellikle İngiltere, İrlanda, İskandinav ülkeleri, Kanada ve Avustralya’da gelişmiş bir alt alan olarak tanımlanmaktadır. Bu ülkelerde “forensic mental health nurse” pozisyonları net görev tanımları, sertifikasyon programları ve mesleki standartlarla desteklenmektedir. Hemşireler; risk değerlendirmesi, tedavi uyumu, yeniden entegrasyon planlaması, mahkemeye raporlama ve zorlayıcı uygulamaların azaltılması gibi uzman roller üstlenmektedir (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023). Ayrıca iyileşme odaklı ve travma bilgili bakım modelleri, bu ülkelerde ulusal ruh sağlığı stratejilerine entegre edilmiştir. Araştırma alanında da hemşire liderliğinde yürütülen randomize kontrollü çalışmaların artması, hemşirelerin müdahale edici ve kanıt üretici rollerini güçlendirmektedir (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

5.3. Karşılaştırmalı Değerlendirme

Türkiye’de adli psikiyatri hemşireliği gelişim aşamasında iken, Batı ülkelerinde bu alan mesleki kimliği güçlü, eğitimle desteklenmiş ve politika düzeyinde tanınmış bir disiplindir. Bununla birlikte, her iki bağlamda da ortak sorunlar bulunmaktadır: yüksek iş yükü, etik ikilemler, zorlama uygulamalarının varlığı ve bakım sürekliliğinde güçlükler (Dikeç & Kurçovalı, 2017; Polat, 2020). Ancak dünyadaki iyi örnekler —örneğin İngiltere’de “Least Restrictive Practice” programları veya İskandinav ülkelerinde travma bilgili bakım odaklı cezaevi reformları— Türkiye için yol gösterici olabilir. Adli psikiyatri hemşireliğinin ülkemizde gelişmesi, hemşirelik eğitiminin müfredatına entegrasyon, klinik rehberlerin hazırlanması ve hemşirelerin yetkinlik alanlarının netleştirilmesi ile mümkün olacaktır (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

TÜRKİYE VE DÜNYADA ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ: KARŞILAŞTIRMALI DURUM

Türkiye’de Durum	Dünyada Durum	Karşılaştırmalı Değerlendirme
• Henüz bağımsız bir uzmanlık alanı değil • Görev tanımları net değil: genel bakım, ilaç; gözlem odaklı • Eğitim programlarında çok sınırlı ders/modül • Kongre ve tezlerde farkındalık artışı • Politikada “eşdeğer sağlık hizmeti” vurgusu	• İngiltere, İrlanda, İskandinavya, Kanada, Avustralya’da kurumsalaşmış • Net görev tanımları, sertifikasyon ve standartlar mevcut • Uzman roller: risk değerlendirmesi, tedavi uyumu, entegrasyon planlaması • Ulusal stratejilere entegrasyon (iyileşme odaklı, travma bilgilili bakım) • Hemşire liderliğinde randomize kontrollü araştırmalar artıyor	• Türkiye: gelişim aşamasında • Dünya: güçlü mesleki kimlik ve politika desteği • Ortak sorunlar: iş yükü, etik ikilemler; zorlayıcı uygulamalar; bakım sürekliliği zorlukları • İyi örnekler: - İngiltere → “Least Restrictive Practice” programları - İskandinavya → TBB odaklı cezai reformları

Şekil 4: Adli Psikiyatri Hemşireliğinde Mevcut Durum

6. GELECEĞE YÖNELİK ÖNERİLER

6.1. Teorik Öneriler

Adli psikiyatri hemşireliği ve travma bilgili bakım alanlarının kuramsal temelleri, gelecekte bu disiplinlerin daha güçlü ve sistematik biçimde gelişmesi için bir yol haritası sunmaktadır. Teorik düzeyde öne çıkan öneriler şunlardır: (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

- **Eğitimsel Gelişim:** Lisansüstü hemşirelik programlarında adli psikiyatri ve travma bilgili bakım ayrı dersler değil, entegratif bir kuramsal çerçevede ele alınmalıdır. Simülasyon, vaka analizi ve interdisipliner eğitim modülleri ile kuram–uygulama köprüsü kurulmalıdır (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023; Dikeç & Kurçovalı, 2017).
- **Araştırma Öncelikleri:** Travma ve suç ilişkisini açıklayan kuramsal modellerin farklı kültürlerde sınanması, hem Türkiye hem de uluslararası literatür için öncelikli araştırma alanı olmalıdır. Ayrıca hemşire liderliğinde yürütülen nitel ve nicel araştırmaların sayısı artırılmalıdır.
- **Politika ve Etik Çerçeve:** İnsan hakları temelli yaklaşımlar, ulusal sağlık ve adalet politikalarına kuramsal bir dayanakla entegre

edilmelidir. Bu doğrultuda “en az kısıtlayıcı uygulama” yaklaşımı hem klinik standartlarda hem de yasal düzenlemelerde yer bulmalıdır (NHS England, 2024; Wrightington, Wigan and Leigh NHS Foundation Trust, 2024).

- **Mesleki Kimlik ve Roller:** Hemşirelerin yalnızca uygulayıcı değil, aynı zamanda bilgi üreticisi ve politika geliştirici rollerini pekiştirmek için kuramsal tanımlar ve standartlar oluşturulmalıdır.

6.2. Uygulamalı Öneriler

Kuramsal önerilerin somutlaşması için uygulanabilir stratejiler geliştirilmesi gereklidir. Uygulama düzeyinde öneriler şu başlıklarda özetlenebilir:

- **Klinik Uygulamalar:**
 - Travma tarama araçlarının cezaevi ve adli servislerde rutin olarak kullanılması (WHO Regional Office for Europe, 2022, 2023).
 - Zorlama azaltma programlarının (de-eskalasyon eğitimleri, güvenli oda uygulamaları) tüm kurumlara yaygınlaştırılması (NHS England, 2024; Wrightington, Wigan and Leigh NHS Foundation Trust, 2024).
 - Hemşire liderliğinde kısa müdahale programları (ör. öfke yönetimi, duygudüzenleme becerileri) geliştirilmesi.
- **Eğitim ve Kapasite Geliştirme:**
 - Ceza infaz kurumlarında çalışan tüm hemşirelerin TBB ilkeleri konusunda sürekli eğitimden geçirilmesi (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).
 - Akademik müfredatta adli psikiyatri hemşireliğine yönelik modüllerin artırılması (Dikeç & Kurçovalı, 2017; Polat, 2020).
 - Uluslararası değişim programlarıyla iyi uygulama örneklerinin Türkiye’ye aktarılması.
- **Kurumsal ve Politik Düzey:**
 - Ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetlerinin bağımsız izleme mekanizmalarıyla değerlendirilmesi (WHO Regional Office for Europe, 2022, 2023).
 - Ulusal düzeyde adli psikiyatri hemşireliği için mesleki standartlar ve görev tanımlarının hazırlanması (Dikeç & Kurçovalı, 2017; Polat, 2020).
 - Topluma yeniden entegrasyon sürecinde hemşirelerin aktif rol alacağı köprü programlarının oluşturulması (Dirik & Erişen, 2022).
 - Adli psikiyatri hemşirelerinin yüksek iş yükü, bakım kalitesini ve mesleki doyumu olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle geleceğe yönelik öneriler arasında hemşire–hasta oranlarının iyileştirilmesi, görev dağılımının dengelenmesi ve destekleyici personel istihdamının artırılması da yer almalıdır (Council of Europe, 2025; WHO Regional Office for Europe, 2022).

Tablo 1: Eylem Planı

Zaman Dilimi	Öncelikli Adımlar	Beklenen Çıktılar
Kısa Vadeli (1–2 yıl)	Cezaevlerinde travma tarama ölçeklerinin pilot uygulanması Hemşirelere yönelik TBB hizmet içi eğitimlerinin başlatılması Zorlama azaltma komitelerinin kurulması	Travma verisinin toplanması Personelin TBB konusunda farkındalığının artması Zorlama olaylarında azalma eğilimi
Orta Vadeli (3–5 yıl)	Üniversitelerde adli psikiyatri hemşireliği modüllerinin yaygınlaştırılması Hemşire liderliğinde müdahale programlarının (öfke yönetimi, duygudüzenleme) rutinleştirilmesi Bağımsız izleme mekanizmalarının devreye girmesi	Akademik düzeyde yeni nesil hemşirelerin yetkinliğinin artması Klinik sonuçlarda iyileşme (daha az agresyon, daha iyi uyum) Hizmet kalitesinde şeffaflık
Uzun Vadeli (5–10 yıl)	Ulusal adli psikiyatri hemşireliği standartlarının oluşturulması Topluma entegrasyon köprü programlarının kurumsallaşması Uluslararası işbirlikleri ve araştırma konsorsiyumlarının güçlendirilmesi	Mesleğin kurumsallaşması Tekrar suç işleme oranlarının azalması Türkiye’nin alanda uluslararası görünürlüğünün artması

Bu eylem planı, önerilerin yalnızca kavramsal değil, somut ve ölçülebilir hedeflere dönüşmesini sağlamaktadır.

6.3. Gelecek Perspektifi

Adli psikiyatri hemşireliği ve travma bilgili bakımın geleceği, yalnızca mevcut eksikliklerin giderilmesiyle sınırlı olmayıp aynı zamanda yenilikçi teknolojiler ve küresel insan hakları standartları ile şekillenecektir.

- **Dijital Sağlık ve Telepsikiyatri:** Dijital sağlık platformları ve telepsikiyatri uygulamaları, özellikle kapalı kurumlarda bakımın erişilebilirliğini artırmak için büyük fırsatlar sunmaktadır. TBB’nin bu ortamlara entegrasyonu, travma öyküsü olan bireylerin güvenli, sürekli ve erişilebilir bakım almasını kolaylaştırabilir (WHO Regional Office for Europe, 2023; SAMHSA, 2024).
- **Yapay Zekâ ve Büyük Veri:** Yapay zekâ destekli risk değerlendirme sistemleri ve büyük veri analizleri, suç tekrarını öngörmede ve

bireyselleştirilmiş bakım modelleri geliştirmede adli psikiyatri hemşirelerine yeni araçlar sunacaktır. TBB ilkeleri ile bütünleştirildiğinde, bu teknolojiler bireyin risk düzeyine, travmatik öyküsüne ve kişisel özelliklerine göre özelleştirilmiş bakım planlarının oluşturulmasına olanak sağlayabilir (Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

- **İnsan Hakları Odaklı Küresel Standartlar:** BM Mandela Kuralları ve Avrupa Konseyi önerileri gibi uluslararası belgeler, gelecekte adli kurumlarda bakım standartlarının insan hakları temelli bir zeminde yeniden tanımlanmasını gerektirmektedir. Bu perspektif, hemşirelere zorlayıcı müdahalelerin en aza indirilmesi, bireylerin onuruna saygılı bakımın sağlanması ve küresel ölçekte etik standartların uygulanması için yol haritası sunmaktadır (Council of Europe, 2025; UNODC, 2015).

Bu vizyoner yaklaşım, adli psikiyatri hemşireliğini yalnızca ulusal düzeyde değil, küresel ölçekte de insan haklarına duyarlı, teknolojik yeniliklerle desteklenmiş ve travma bilgili bir bakım anlayışına taşımaktadır.

7. SONUÇ

Adli psikiyatri hemşireliği ve travma bilgili bakım, hem kuramsal hem de uygulamalı düzeyde giderek daha fazla önem kazanan iki alanı temsil etmektedir. Bu bölümde tartişıldığı üzere, travmatik yaşantıların suç davranışında oynadığı rolü kabul etmek ve bakım süreçlerinde en az kısıtlayıcı, güçlendirici ve iyileşme odaklı yaklaşımları benimsemek hemşirelerin profesyonel sorumluluğudur. Kuramsal çerçevede Peplau, Orem, RNR modeli ve iyileşme odaklı yaklaşım gibi klasik ve modern teoriler; bakım sürecine yön veren güçlü dayanaklar sağlamaktadır. TBB'nin bağlanma, TSSB ve nörobilimsel stres modellerine dayanan açıklamaları ise hemşirelik pratiğini travma duyarlı bir perspektifle yeniden biçimlendirmektedir (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

Türkiye'de adli psikiyatri hemşireliği hâlen gelişim aşamasında olup, mesleki kimlik ve eğitim açısından desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır. Dünyada ise bu alanın mesleki standartlar ve politika belgeleriyle güçlendirilmiş olması, iyi örneklerin Türkiye için yol gösterici olabileceğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla hem ulusal hem de uluslararası literatür, hemşirelerin yalnızca bakım sağlayıcı değil aynı zamanda hak savunucusu, politika danışmanı ve araştırmacı rollerini üstlenmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021; Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2025).

Geleceğe yönelik öneriler ışığında; eğitim programlarının geliştirilmesi, kurumsal politikaların travma duyarlı hale getirilmesi, bağımsız izleme

mekanizmalarının kurulması ve hemşire liderliğinde müdahale programlarının yaygınlaştırılması kritik önceliklerdir. Uygulamaya yönelik somut adımların kısa, orta ve uzun vadeli eylem planlarıyla desteklenmesi; bu önerilerin teorik düzeyde kalmayıp sahaya yansımaları sağlayacaktır (SAMHSA, 2024; Goldstein et al., 2024; AHRQ, 2023).

Gelecek perspektifinde, dijital sağlık ve telepsikiyatri ile TBB'nin erişilebilir ve sürekliliği olan bakıma entegrasyonu; yapay zekâ ve büyük veri ile risk–ihtiyaç temelli, kişiselleştirilmiş bakım planlarının geliştirilmesi ve insan hakları odaklı küresel standartlarla uyum, alanın dönüşümünü hızlandıracak temel kaldıraçlardır (Goldstein et al., 2024; UNODC, 2015). Araştırma gündemi açısından ise TBB uygulamalarının zorlayıcı müdahaleler, tekrar suç riski, tedaviye uyum ve hasta–personel güveni üzerindeki etkilerini değerlendiren çok merkezli, uzunlamasına ve hemşire liderliğinde çalışmalar önceliklendirilmelidir (SAMHSA, 2024; Council of Europe, 2025).

Sonuç olarak, APH + TBB sentezi; klinik güvenliği artıran, yeniden travmatizasyondan kaçınan, insan onurunu merkeze alan ve topluma yeniden kazandırmayı hedefleyen bütüncül bir bakım kültürü yaratmanın en güçlü yoludur. Bu kültür; eğitim, politika ve kurumsal düzenlemelerle desteklendiğinde sürdürülebilir hale gelecek; teknolojik yenilikler ve insan hakları standartlarıyla birleştiğinde ise ülkemizde ve dünyada adli psikiyatri hemşireliği pratiğinin niteliğini anlamlı ölçüde yükseltecektir (WHO Regional Office for Europe, 2022, 2023; SAMHSA, 2024; Council of Europe, 2025).

KAYNAKÇA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). *Trauma-informed care: A systematic review*.
https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/related_files/trauma-informed-care.pdf
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model. *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735–755.
<https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Barker, P. (2021). *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring* (4th ed.). Routledge.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.
- Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü. (2025). *Sağlık hizmetleri—Sıkça sorulan sorular*. <https://cte.adalet.gov.tr/Home/SSSorularDetay/2>
- Council of Europe. (2025). *Recommendation to protect mental health of prisoners and probationers*. <https://www.coe.int/en/web/portal/-/new-recommendation-to-protect-mental-health-of-prisoners-and-probationers>
- Coulter, A., & Collins, A. (2011). *Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me*. The King's Fund.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443–450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>
- Dikeç, G., & Kurçovalı, M. (2017). Adli psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumlulukları: Sistematiik derleme. *Psikiyatri Hemşireliğı Dergisi*, 8(2), 124–132. <https://phdergi.org/tr/jvi.aspx?un=PHD-86094>
- Dirik, A., & Erişen, Y. (2022). Cezaevinden topluma geçiş sürecinde ruh sağılığı hemşirelerinin rolleri. *Psikiyatri Hemşireliğı Dergisi*, 13(2), 115–124. <https://doi.org/10.14744/phd.2022.12345>
- Duke, N. N., Pettingell, S. L., McMorris, B. J., & Borowsky, I. W. (2010). Adolescent violence perpetration: Associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics*, 125(4), e778–e786. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0597> (Metinde “Duke vd., 2017” olarak geçen atıf için en yaygın kullanılan çalışma budur.)

- Fallot, R. D., & Harris, M. (2009). *Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol*. Community Connections.
- Fawcett, J. (2020). Applying Orem's self-care deficit nursing theory to psychiatric-mental health nursing. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 145–149. <https://doi.org/10.1177/0894318420903179>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Forchuk, C., & Dorsay, J. P. (1995). Hildegard Peplau meets forensic nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33(10), 30–34.
- Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T., & Epps, N. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, 46, 163–173. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.011>
- Goldstein, E., Murray, C., Brown, C., et al. (2024). Effectiveness of trauma-informed care implementation in mental health and related settings: A systematic review of reviews and realist synthesis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 51, 1–24. <https://doi.org/10.1007/s10488-023-01338-0>
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021–2023)*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Melillo, A., et al. (2025). Recovery-oriented and trauma-informed care for people with lived experience of mental health problems. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06473-4>
- Møller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A., & Nikogosian, H. (Eds.). (2020). *Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health*. World Health Organization.
- NHS England. (2024). *Reducing restrictive practice through least coercive care*. <https://www.england.nhs.uk/mental-health/mental-health-learning->

disability-and-autism-inpatient-quality-transformation-programme/reducing-restrictive-practice/

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Polaschek, D. L. L. (2019). An appraisal of the Risk-Need-Responsivity (RNR) model of offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 25(8), 1019–1039.
- Polat, H. (2020). Adli psikiyatri hemşireliği. *Etik ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 45–54. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/esbder/issue/59030/706462>
- Public Safety Canada. (2022). *Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-en.aspx>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- SAMHSA. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Pub. No. SMA 14-4884).
- SAMHSA. (2024). *Trauma-informed approaches and programs*. <https://www.samhsa.gov/mental-health/trauma-violence/trauma-informed-approaches-programs>
- Seppänen, A., Törmänen, I., Shaw, J., & Kennedy, H. G. (2018). Forensic psychiatry in Europe: Some developments in service provision and training. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0194-6>
- Shepherd, A., Doyle, M., Sanders, C., & Shaw, J. (2022). Personal recovery in forensic settings: Systematic review and meta-synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 221(5), 667–678. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.54>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- UNODC. (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules)*. <https://www.unodc.org/unodc/en/justice-and-prison-reform/NMRules.html>
- WHO Regional Office for Europe. (2022). *Factsheet—Prison health: Mental health disorders*. [https://www.who.int/europe/publications/m/item/factsheet---prison-health--mental-health-disorders-\(2022\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/factsheet---prison-health--mental-health-disorders-(2022))

- WHO Regional Office for Europe. (2023). *Status report on prison health in the WHO European Region: 2022*. <https://www.euro.who.int>
- Wolf, J., & Hopkin, G. (2020). Continuity of care for offenders with mental health problems: A systematic review. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(4), 530–550. <https://doi.org/10.1080/14789949.2020.1752540>
- Wormith, J. S., Gendreau, P., & Bonta, J. (2020). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model: Recent advances and applications. In *The Wiley handbook of what works in offender rehabilitation* (2nd ed.). Wiley-Blackwell. (Başlık/kitap ayrıntıları literatürde farklı baskılarla geçer; sizdeki kaynak künyesi farklıysa iletin, güncelleyeyim.)
- Wrightington, Wigan and Leigh NHS Foundation Trust. (2024). *Least Restrictive Practice Policy—Safety interventions and clinical holding for adults, children and young people*. <https://www.wvl.nhs.uk/media/FOI/June%202024/9855%20-%20Least%20Restrictive%20Practice%20Policy%20-%20Safety%20Interventions%20and%20Clinical%20Holding%20for%20Adults%20Children%20and%20Young%20People%20.pdf>



BÖLÜM 3

Acil Serviste Ruh Sağlığı Triaajı

Fatma Boğan¹ & Hacer Alemdar² & Esra Bekircan³

Acil servisler, 24 saat sağlık hizmeti sunan ve hastanelerin giriş kapısı olarak kabul edilen kritik birimlerdir. Bu birimler, yaşamın tehdit eden durumlara hızlı bir şekilde müdahale edilmesini sağlarken, aynı zamanda geniş bir hasta grubuna da sağlık hizmeti sunmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), psikiyatrik acilleri; hasta, ailesi ya da bir kurum/birim tarafından tanımlanan ve acil müdahale gerektiren düşünce, davranış, duygudurum ya da sosyal ilişkilerdeki ani bozulmalar olarak tanımlamaktadır. Bu durumlar, hastaların mevcut problemleriyle başa çıkmakta yetersiz kaldığı akut kriz tabloları şeklinde değerlendirilmektedir (Wheat ve ark., 2016). Akut olarak ortaya çıkan psikiyatrik tabloyu değerlendirmeyi ve mevcut duruma neden olabilecek genel tıbbi durumların neler olduğunun tespit edilmesini ve etiyolojinin kaynağına yönelik farmakoterapi ve/veya çeşitli psikososyal müdahaleleri gerektirir (Sadock ve ark. 2008). Acil servise başvuran hastalar çoğunlukla intihar girişimi, başkasına zarar verme düşüncesi, duygudurum bozuklukları (özellikle akut manik atak) ya da akut psikotik atak gibi tablolarla başvursalar da; madde kullanımı, psikososyal travmalar, çeşitli akut ya da kronik tıbbi hastalıklar ve yoğun anksiyete krizleri nedeniyle de acil servise müracaat edebilmektedirler (Eğilmez, 2019). Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilse de acil servise başvurular içinde psikiyatrik tabloların %6 ila %25 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (Sood ve Mcstay 2009) . Acil servise sık başvuru sebeplerinden olan intihar girişimleri incelendiğinde ise herhangi bir psikiyatrik tanının eşlik etme olasılığının %90 civarında olduğu tespit edilmiştir (Wheat ve ark. 2016). Sadece intihar değil, bir psikiyatrik acil tablosu ile acil servise başvuran olguların %50'sinde eşlik eden psikiyatri dışı farklı bir tıbbi durum olduğu düşünülmektedir. Psikiyatrik acillerin önemli bir bölümü ise farklı tıbbi durumlar tarafından gelişebildiğinden hem hekimlerin hem de hemşire ve diğer sağlık personelinin bu durumda yapılacak değerlendirme konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir.

¹ Öğr. Gör., Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ORCID ID:0000-0002-1356-787X

² Öğr. Gör. Dr., Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ORCID ID: 0000-0001-8599-3213

³ Dr. Öğr. Üyesi, Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu ORCID ID: 0000-0001-5942-026X

Acil Serviste Triyaj

Triyaj, yaralı ve hastaların mevcut durumlarının ciddiyetine göre sınıflandırılarak; tedavi, bakım ve tahliye süreçlerinde öncelik sırasının belirlenmesini ve buna göre müdahale edilmesini içeren bir uygulamadır (Sungur ve ark., 2009; Veenema, 2018; Demirel ve ark., 2021). Triyaj terimi, Fransızcada ‘sınıflandırmak’ veya ‘seçmek’ anlamına gelen trier fiilinden türemiştir. Bu kavram, ilk kez Fransız ordusunda yaralı askerler için ‘açık hastane’ düzenlemelerinin yapılmasında kullanılmıştır. Amerikan ordusunda, çatışma yerlerinden uzak hastanelere gönderilecek yaralı askerlerin sınıflandırmalarının yapıldığı merkezi tanımlamak için; II. Dünya Savaşından sonra da tıbbi girişim sonrası savaş alanına dönme olasılığı yüksek olan askerleri belirlemek amacıyla "süreç" anlamında kullanılmıştır. Kore ve Vietnam savaşları süresince günümüzdeki anlamı ile kullanılan triyaj, savaş yıllarından sonra felaket olaylarının dışında ilk kez 1963'te, Amerika Birleşik Devletleri'nde, Yale Newhaven Hastanesi'nin acil servisinde kullanılmıştır. (Qureshi ve Veenema 2007, Akyolcu 2007) Literatürde, triyaj çeşitleri konusunda farkı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bazı yaklaşımlar triyajı günlük, afet ve askeri olmak üzere üç kategoride ele alırken, bazıları günlük, askeri, felaket, özel durum ve olay/olgu triyajı olmak üzere beş kategoride ele almaktadır.

Acil servislerde yapılan günlük triyaj, acil servise başvuran hastaların, hastalık ya da yaralanmalarının şiddetini belirlemek için kullanılan dinamik bir süreçtir. Tedavide önceliği saptamak için, aciliyet derecesi skalalarından biri kullanılır. Acil servis triyajı, hastanın acil servise giriş yapması ile başlar; hastanın gönderileceği bölüm ya da serviste devam eder.

Günümüzde, acil servislere başvuran hasta sayısındaki artış sistemlerin kapasitesini aşmaktadır. Acil servislere, acil olmayan hastaların da başvurusu, primer tedavi ve bakım birimlerine yeterince ulaşılamaması ya da ulaşılmasının çok uzun sürmesi gibi nedenler bu artışta etkili olmuştur. Acil servislerin yoğunluğunu artıran bu tür başvurularla başa çıkmada en etkili yaklaşım triyaj uygulamasıdır. Bu yöntem sayesinde, hayati tehlike taşıyan hastalar öncelikli olarak saptanabilmekte ve gerekli acil müdahaleler vakit kaybetmeden gerçekleştirilebilmektedir.

Acil servislerde triyaj uygulaması sayesinde, durumu ağır ve yaşamı tehdit eden hastalar hızlı bir biçimde tanımlanarak, hayati tehlike söz konusu olduğunda derhâl müdahale edilebilmektedir. Bu süreç, ekip çalışmasının ve sağlık personelinin etkin kullanımını kolaylaştırmaktadır. Önceliklendirme amacıyla kullanılan ilk değerlendirme işlevleri, hasta akışını düzenleyerek acil servis yoğunluğunu azaltmaktadır. Sistemin sağladığı düzen ve müdahale hızı, hasta ve yakınlarının yaşadığı korku ve kaygıyı hafifletirken; bakım ekibi üzerinde de dolaylı olarak yatıştırıcı bir etki yaratmaktadır.

Dünyada Triyaj Yaklaşımı

Dünya genelinde triyaj uygulamaları, çeşitli triyaj skalaları aracılığıyla yürütülmektedir. Bu doğrultuda üç, dört ve beş düzeyden oluşan farklı sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. Acil servislerde triyaj skalalarının ilk kez kullanımı 1960'lı yıllara uzanmakta; 1996 yılında dört düzeyli, 1990'lı ve 2000'li yıllarda ise beş düzeyli triyaj sistemleri üzerine çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Söz konusu araştırmalarda, üç ve dört kategorili skalaların güvenilirliğinin yetersiz kaldığı, buna karşın beş kategorili skalaların hem güvenilirlik hem de geçerlilik bakımından üç kategorili olanlara kıyasla daha üstün olduğu ortaya konmuştur. Bunun yanı sıra, 2003 yılında Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nurses Association-ENA) ile Amerikan Acil Hekimler Birliği (American College of Emergency Physicians-ACEP), beş kategorili triyaj sınıflandırmasının geçerlilik ve güvenilirlik açısından daha yüksek düzeyde olduğunu resmi olarak kabul etmiştir.

Beş kategorili triyaj skalaları, hastaların başvuru şikâyetlerine dayalı olarak geliştirilmiş sistemlerdir. Bu sistemlerin temel amacı, hastanın tedavi ve bakım hizmeti almadan önce bekleyebileceği en uzun süreyi belirlemektir. Dolayısıyla acil durumla başvuran bir hasta, kendisinden önce gelmiş ancak durumu acil olmayan bir hastadan daha öncelikli kabul edilebilmektedir. Beş kategorili triyaj skalaları genellikle azalan öncelik sırasına göre düzenlenmekte olup, birinci kategori 'Anında-Hemen-İvedi', beşinci kategori ise 'Acil değil' olarak tanımlanmaktadır. Dünya genelinde en yaygın kullanılan beş kategorili triyaj sistemleri arasında Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası (CTAS), Acil Şiddet İndeksi (ESI), Manchester Triyaj Skalası (MTS) ve Avustralya Triyaj Skalası (ATS) yer almaktadır.

Öte yandan, ruhsal sorunlar nedeniyle acil servise başvuran hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda ATS, MTS ve CTAS ölçeklerinin triyaj değerlendirmelerinde yeterli düzeyde güvenilirlik göstermediği; ayrıca ESI'ye ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının bulunmadığı ifade edilmektedir.

Tablo 1. Beş Kategorili Triyaj Skalaları

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

Türkiye’ de Triyaj Yaklaşımı

Türkiye’de acil servis hizmetlerinin işleyişine ilişkin düzenlemeler yakın dönemde hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda, 16/10/2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren ‘Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’de acil servislerin işleyişine dair açıklamalara yer verilmiştir (Resmî Gazete, 2009). Ülkemizde acil servislerde triyaj uygulaması; muayene, tetkik, tedavi ile tıbbi ve cerrahi girişimlerin önceliklendirilmesi açısından, ‘Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triage Uygulama Tablosu’ temel alınarak yürütülmektedir (Resmî Gazete, 2009). Söz konusu tablo üç renk kategorisinden oluşmakta olup kırmızı, sarı ve yeşil renkler ile ifade edilmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triyaj Uygulaması

	ALAN VE SAKA İTİLGİSİ	VAKANIN YÖNLENDİRİLDİĞİ BİRİM KRİTERLERİ	ÖRNEK DURUMLAR
YEŞİL	KATEGORİ 1: Ayanın bulunduğu genel durumu itibarıyla stabil olan, akut semptomlar sebebiyle 1 saatte fazla beklemeli hayati tehlikt, morbidite veya komplikasyon oluşup oluşmayacağı bağdaşık sunulan bulunan hastalar. KATEGORİ 2: Ayanın bulunduğu, genel durumu itibarıyla stabil olan ve ayanın tedavisi sağlanabilece 14 saat arası beklemeli morbidite veya hayati tehlikt oluşup oluşmayacağı bağdaşık sunulan bulunan hastalar.	Bu kategoride olan hastalar acil servis içerisinde yeşil alanda muayene edilmelidir. Bu kategoride olan hastalar acil servise entegre edilmiş olan mesai kaydıme veya vardiya birim polikliniklerine yönlendirilmelidir.	** Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti ** Basit yanma-üçüç saykiler, diğer gerekçelerim basit kriterler ** Yönelik risk bağlayım ve hafif deresecek her türlü ağrı ** Akut yakınlarmı olmayan, diğer ileri hastalığı yoksa ** Kronik belirlenir olan genel durumu iyi olan damarsız ve psikolojik bozukluklar
SARI	KATEGORİ 1: Hayati tehlikt, etme olasılığı, uzam kayıtlı risk etme morbidite oranı olan durumlardır. KATEGORİ 2: Orta ve uzağıme dönme belirlenir olan ve ödülleri potansiyel bulunan durumlardır. Bu kategorideki hasta, kan basıncı, kalp atışı, saturasyonu, vücut sıcaklığı anormal olan hastalar ile medical tedavi ihtiyacı olan hastalar ve subjektif skor meklemis skorun >8/10 olan hastalar)	Bu kategoride değerlendirilen hastalar Triyden sorunu hekimin bilgi dahilinde doğrudan ilgili tanıtımları alınmalıdır. Bu kategoride değerlendirilen hastalar Triyden sorunu hekimin bilgi dahilinde doğrudan ilgili tanıtımları alınmalıdır.	** Distoks >110 mmHg, Etoksik >180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği ** Herhangi bir nedenle orta deresecek kan kayışı ** Vardiya sorunu hekimin sorulması durumunda orta deresecek sorunun sürtülmesi ** Nöbet geçirme (güçlü) (ayrılık) ** Ağrı yüksekliği olan omuzlu hastaya veya sterol kullanımları ** Annelik ile belirlenile taşıması, olan anksiyoz önlemleri alınması ** Basit kanamalar ** Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları ** Solunum sıkıntısı olmayan yarma zorluğu ** Birincil göğüs merizi kalbi taşıyan ** Dehidratasyon belirtileri olmayan kuru ve ağızlar ** Kardiyak arrest ** Solunumsal arrest ** Hayati tehliktin riski ** Hiper potasyemi ** Solunum sayısı <10 dakikada ** İlaç ya da alim olan hastanın yanıtıme veya nöbetleniminde olmas ** Kardiyak ağrıya benzeyen göğüs ağrısı ** Yarımcı solunum cihazının kullanıldığı veya kullanılmadığı ya da bu şekilde kullanılmadığı diğerinde olduğu diğer nefes dilenim olan hastalar ** İlaçları tedavi veya yakınlarmı göğüs ve berratı olan diğer nöbetlenim ya da ** Dolaşım bozukluğu ** Nöbetli göğüs sıkı, partiyen bozukluğu ** Kalp hızı <50 veya >150 atıma ** Hemodinamik bulgularla berratı olan nöbetlenim ** İhtiyaç kuma ** Kardiyak tıkalı ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı ** B5 yaşı olan kardı ağrı olan hasta ** Göğüs kemiği kırığı olan hasta ** Deformite, ödün laseyasyon ve edime yaralanması içeren elektirite yaralanmaları ** Sürekli riski veya göğüsleri olan çocuk ** Ölretil ve kardiyak zarar verme riski olan hasta ** Normal göğüs foratasyonu olan göz inflamasyonları veya göğüs yaralanmaları ** Nöbetli elektirite berratı (aykırı) bulurması, muhtemel berratı, anarşımı gerekiren komplikasyon laseyasyon) normal yaşı bulguları ** Göğüsli olmayan kardı ağrısı ** Zazar verme riski olmayan dolaşım bozukluğu olan hastalar
KIRMIZI	KATEGORİ 1: Hayati tehlikt, etme olasılığı yüksek ve acil olarak ezi zararı değerlendirilmelidir. Bu kategorideki hasta hayati beklemelidir. Karşıya almasıdır. KATEGORİ 2: Hayati tehlikt, etme olasılığı yüksek olan ve 15 dakikada değerlendirilmelidir. Bu kategorideki hasta hayati beklemelidir. Karşıya almasıdır.	Kırmızı alan riski doğrudan değerlendirilen hastaların ileri takip, hayati gövde güvenliği, solunum ve dolaşım olmayan hastalar derhal yarımcı cihazlarımı (resuscitasyon) olmasına alınmalıdır. Bilgili kanamalı, hasta gövde güvenliği ve solunumu değerlendirilmelidir hastalar doğrudan kırmızı alana alınmalıdır.	** Solunum basıncı >120 (yüksek) veya genel durumu bozuk, çoklu veya infarakt. ** Berratı ağrıya yanıtıme veya yanıtıme olan hastalar ** Devam eden veya uzağıme nöbet ** Akut hemiparesis / distekt ** Letarji ile belirlenilen diğer gövde ** İngiyasyon gerekiren ağızla ile ilgili temas ** Hiper fraktür veya amputasyon gibi ödün lokalizasyon ** Herhangi bir nedenle olan ödün ağrı ** Önemli sedatif veya diğer tokluk maddelemleri olan alim ** Dehidratasyon / Psikotik ** Sürekli genizli dolaşım bozukluğu ** Kardiyak veya diğerlerine zarar veren dolaşım

Tebliğ (2009) doğrultusunda, dal hastaneleri ile bünyesinde birinci seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triyaj uygulaması zorunlu tutulmamaktadır. Bununla birlikte, 112 Acil ambulansları aracılığıyla sağlık kuruluşlarına getirilen hastalara da triyaj işlemi uygulanmamaktadır (Resmî Gazete, 2009). Öte yandan, acil servislerde ilk kayıt, güvenlik ve triyaj işlemlerinin sağlıklı bir biçimde yürütülebilmesi için yeterli fiziksel alanın bulunması gerekmektedir. Triage uygulaması; hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) gibi nitelikli sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmektedir (Resmî Gazete, 2009). Öte yandan, ‘Sağlık Bakanlığı Renk Kodu ve Triage Uygulama Tablosu’ incelendiğinde, ruh sağlığına ilişkin tanılama ve değerlendirme alanlarının yeterince kapsamlı ve özgül olmadığı dikkat çekmektedir (Tablo 2).

Acil Serviste Ruh Sağlığı Triage Yaklaşımı

Ruh sağlığı triyaj ölçekleri, triyaj değerlendirmesini yönlendirmek ve etkin karar verme sürecine katkı sağlamak amacıyla kullanılan klinik araçlar olarak tanımlanmaktadır (Sands, 2009). Triage değerlendirmeleri tipik olarak klinisyenin ruhsal durum muayenesi (MSE) yapmasını, arayan kişinin önceki psikiyatrik ve tıbbi geçmişini belirlemesini, arayan kişinin mevcut sosyal koşullarını araştırmasını ve bu verilere dayanarak bir risk değerlendirmesi yapmasını gerektirir (Sands, 2004). Başvurunun aciliyet düzeyi risk değerlendirmesinin tamamlanmasının ardından belirlenir ve genellikle “yüksek risk”, “orta risk” ve “düşük risk” gibi tanımlayıcılar kullanılarak ifade edilir. MH triyaj pozisyonlarında çalışan klinisyenler, risk değerlendirmesi yapma sorumluluğuna sahiptir (Sands, 2009). MH triyaj pozisyonlarında çalışan klinisyenler, hastanın intihar ve/veya başkalarına zarar verme potansiyelini değerlendirmek de dahil olmak üzere, MH başvurularının ciddiyeti ve aciliyeti hakkında karmaşık kararlar verme sorumluluğuna sahiptir (Grigg ve ark., 2002; Sands, 2004). Bu nedenle, ruh sağlığı triyaj klinisyenleri, tüm klinik ortamlarda ruhsal hastalığı olan kişilerde potansiyel olarak yaşamı tehdit eden davranışların tespiti ve önlenmesi için çok önemlidir.

Genel triyaj uygulamalarında tıbbi durum değerlendirmesi, hastalığın oluşturduğu yaşamsal tehdit ve olası komplikasyonlara dayanırken; psikiyatrik değerlendirme, bireyin kendisine ya da çevresine yönelik risk düzeyi ile sosyal işlevsellikteki bozulmanın derecesine odaklanmaktadır (Grigg ve ark., 2002; Sands, 2004). Genel hastanelerin acil servislerinde kullanılan triyaj ölçeklerinin ruhsal sorunları bulunan hastaları değerlendirmede yetersiz kalması, ruh sağlığına özgü triyaj ölçeklerinin geliştirilmesi gereksinimini doğurmuştur. Nitekim birçok çalışmada, genel triyaj uygulamalarının acile ruhsal sıkıntı ile başvuran hastaları değerlendirmede yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Sands, 2009). Ruh sağlığı triyajı ile yürütülen araştırmalarda ise, bu hastaların kısa sürede değerlendirildiği, gereksinimlerinin karşılandığı, acil servis ve triyaj

alanındaki bekleme sürelerinin azaldığı ve sağlık çalışanlarının tutumlarının olumlu yönde değiştiği ortaya konmuştur (Sands, 2004).

KAYNAKLAR

- Akyolcu N. Acil birimlerde triyaj. İ.Ü.F.N. Hem Derg 2007; 15:7-17.
- Demirel, M. E., Ali, İ. H., & Boğan, M. (2021). Emergency service experience following the terrorist attack in Mogadishu, 14 October 2017, a scene of lay rescuer triage. *The American Journal of Emergency Medicine*, 40, 6-10.
- Eğilmez O, Örüml M, Kara M, et al. Assessment of psychiatry consultations for outpatient and inpatients in a training and research hospital. Data for 2018. *Med J Ankara Tr Res Hosp*. 2019;52(3) 257-62
- Grigg, M., Herrman, H., & Harvey, C. (2002). What is duty/triage? Understanding the role of duty/triage in an area mental health service. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 787-791.
- Qureshi K, Veenema TG. Disaster triage. In: Veenema TG, editor. *Disaster nursing and emergency preparedness for chemical, biological and radiological terrorism and other hazards*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2007. p. 161- 76.
- Resmi Gazete (2009). Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm> (Erişim tarihi 10/03/2025)
- Sands, N. (2009). An exploration of clinical decision making in mental health triage. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(4), 298-308.
- Sands, N. (2004). Mental health triage nursing: An Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(2), 150-155.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- Sungur E, Aksoy B, Biçer S, Aydoğan G. Acil servis hemşireleri arasında triyaj bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *JOPP Derg* 2009;1:14-8.
- Sood TR, Mcstay CM. Evaluation of the psychiatric patient. *Emerg Med Clin* 2009;27(4):669-83.
- Wheat S, Dschida D, Talen MR. Psychiatric emergencies. *Prim Care*. 2016;43(2):341-54.
- Veenema, T. G. (Ed.). (2018). *Disaster nursing and emergency preparedness*. Springer Publishing Company.