



Orjinal Makale

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesine ilişkin görüş ve uygulamaları

Fatma Ayhan,¹ Besti Üstün²

¹Batman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Bölümü, Batman
²Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Özet

Amaç: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde (TRSM) çalışan sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesine ilişkin görüşleri, uygulamaları ve önerilerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada kalitatif araştırma yöntemlerinin tanımlayıcı deseni kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini üç farklı TRSM'lerde görev yapan 14 sağlık profesyoneli oluşturmuştur. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış görüşme formuyla toplanmıştır. Toplanan nitel veriler betimsel analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesi konusunda farkındalıklarının olduğu, intihar, alevlenme, kendine zarar verme ve başkasına zarar verme risklerini düzenli olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Hasta ve ailesi risk değerlendirme sürecine aktif olarak dahil edilmemektedir. Risk değerlendirmesi uygulamalarında, danışanlardan, ailelerinden, sağlık personelinin, sistemden ve risk değerlendirme formlarından kaynaklanan çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. İş yükünün fazlalığı, iş yükü fazlalığı nedeniyle ekibin toplanamaması, ekibin sürekli değişmesi, hastaların düzenli olarak TRSM'ye gelmemeleri, mevcut risk değerlendirme formundaki soruların açık olmaması ve bir puan değerinin olmaması, personelin risk değerlendirme eğitimi almaması ve güvenlik personelinin olmaması gibi nedenlere bağlı olarak risk değerlendirmesi yeterli düzeyde yapılamamaktadır. Risk değerlendirmesi eğitimleri ile ilgili olarak; vaka üzerinden anlatılması, mevcut uygulamalara uygun olması, intiharla ilgili daha geniş bilgi verilmesi önerilmektedir.

Sonuç: TRSM'lerdeki sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesi konusunda çeşitli zorluklar yaşadıkları ve bu zorluklar neticesinde risk değerlendirme uygulamalarında eksikliklerin olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Psikiyatri; risk değerlendirmesi; ruh sağlığı; toplum ruh sağlığı.

Uluslararası ve ulusal ruh sağlığı politikaları, hizmet kullanıcıların, bakım vericilerin, ailelerin, personelin ve toplumun güvenliği konularına özel vurgu yaparak kalite ve güvenlik ilkeleri doğrultusunda verilen hizmetlere gereksinim duyulduğunu açıkça ortaya koymaktadır.^[1,2] Kalite ve güvenlik gündeminin önemli bir yönü klinik riskin değerlendirilmesi ve yönetilmesidir.^[3,4] Risk değerlendirmesi; bir olayın kendi ve/veya başkaları için potansiyel olarak zararlı veya faydalı sonuçlar doğurma ihtimalini belirleme sürecidir.^[5] Ruh sağlığı ala-

nında risk değerlendirmesi; doğrudan hastanın kendisinden ya da başkalarından kaynaklanan^[6] yararlı veya sıklıkla zararlı ve istenmeyen sonuçların değerlendirilmesi^[7] olarak tanımlanmaktadır. Risk değerlendirmesinin amacı; riskle ilgili bütün alanlarda negatif sonuçların mümkün olduğunca sınırlandırılmasıdır.^[2]

Risk değerlendirmesi ve yönetimi ile ilgili yapılan bazı araştırmalarda, risk değerlendirme süreci ve güvenlik planının oluşturulması arasında uyumsuzlukların olduğunu, güvenlik



Konu hakkında bilinenler nedir?

- Ruh sağlığı alanlarında intihar, şiddet, kendine zarar verme, ilaç uyumsuzluğu, ihmal fiziksel hastalık ve istismar gibi risklerin oranı oldukça yüksektir.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- TRSM'lerde risk değerlendirmesi, iş yükünün fazlalığı, ekibin sürekli değişmesi, hastaların düzenli olarak TRSM'ye gelmemeleri, risk değerlendirme formlarındaki eksiklikler, risk değerlendirme eğitimiyle ilgili yeterlilikler ve güvenlik personelinin olmaması gibi nedenlere bağlı olarak yeterli düzeyde yapılamamaktadır.

Uygulamaya katkısı nedir?

- Araştırmada TRSM'lerde risk değerlendirmesinin yeterli şekilde yapılamamasının nedenlerinin belirlenmiş olması; risk değerlendirmesi uygulamalarının iyileştirilmesi için yapılacak müdahalelere bilgi sağlayacaktır.

planlarının değerlendirmelerle desteklenmediğini, riskin belgelendirilmesinin tutarsız olduğunu, risk ve güvenlik planının tekrarlı olarak izlenmesinde eksikliklerin olduğunu ortaya koymaktadır.^[8-11] Literatürde risk değerlendirmesinin; hasta merkeze kabul edildiğinde, her risk olayından sonra, hasta izlenildiğinde, bakımın tekrar düzenlendiği durumlarda, multidisipliner ekibin bakım eleştirilerinde, hastanın risklerinin tartışıldığı durumlarda, bakım programı yaklaşımlarında,^[12] bakım transferleri veya değişikliği durumlarında, yaşam olayı ve önemli ruhsal durum değişikliklerinde^[13] yapılması gerektiği bildirilmektedir.

TRSM'lerde kendisi ve/veya çevresi için risk oluşturan hastaların risk değerlendirmelerinin yeterli düzeyde yapılmaması hem hasta hem çalışanlar hem de aileler açısından olumsuz hatta ölümcül sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle TRSM'lerde risk değerlendirmesi son derece önemlidir. Ruh sağlığı ve diğer sağlık bakım alanlarında risk değerlendirmesi için kullanılan üç temel yaklaşım vardır. Bunlar: yapılandırılmamış klinik karar, aktüeryal yöntemler ve yapılandırılmış klinik karardır. 'izlenimci' ya da 'ilk kuşak' risk değerlendirmesi olarak adlandırılan yapılandırılmamış klinik karar; tipik olarak, 'geçmişe yönelik bir deneyim ışığında hissetme' ya da 'sezgi' temelinde yargıya varma uygulamalarını içerir.^[14] Aktüeryal risk değerlendirme yöntemi; risk değerlendirmesinin geçerliliği onaylanmış risk değerlendirme araçlarının kullanılarak formal bir şekilde yapıldığı yaklaşımdır.^[15] Yapılandırılmış klinik karar ise; risk değerlendirmesini dinamik bir süreç olarak görür ve yapılandırılmamış klinik karar ile aktüeryal yöntemlerin bir kombinasyonunu kullanır. Yapılandırılmış klinik karar yaklaşımı, uygulayıcıya, literatürden elde ettiği bilgileri ve araştırma kanıtlarını uygun olduğunda ölçeklerle kombinasyon yapabileceği sağlar.^[14,16] Yapılandırılmamış klinik karar yaklaşımı üzerine yapılan araştırmalar, son derece güvenilir, subjektif ve yüksek düzeyde değişkenlik göstermektedir.^[11,17]

Risk değerlendirmesi ve risk yönetimi alanındaki etkili uygulamaların; hizmeti alanlar, sağlık profesyonelleri ve bakım vericiler arasındaki ortaklığın ve iş birliğinin önemini vurgulayan ulusal, uluslararası rehber ve dokümanlarla, çok disiplinli ve çok yönlü bir yaklaşımla yapılabileceği belirtilmektedir.^[18] Ruh

sağlığı alanında çalışan personelin risk değerlendirmesi konusunda eğitiminin olmayışı, hasta güvenliği için önemli bir risk teşkil etmektedir.^[19] Konuyla ilgili yapılan bazı araştırmalar, ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışan hemşire, sosyal çalışmacı gibi sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesi konusunda yeterli bir eğitime sahip olmadıklarını göstermektedir.^[19,20] Türkiye'de TRSM'lerin kurulduğu ilk yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından TRSM'lerde çalışacak olan sağlık personeline beş günlük bir eğitim verilmiş, bu eğitimlerin bir bölümünde TRSM'lerde kullanılacak olan risk değerlendirme formları ve bu formların nasıl doldurulacağı konuları anlatılmıştır. Bu eğitimlerin zorunlu olup olmadığı, sürekliliği, süresi, içeriği ve kimler tarafından verildiğine ilişkin formal bir bilgiye ulaşılmamıştır.

Ruh sağlığı klinikleri risk faktörleri açısından diğer kliniklerden oldukça farklılık göstermektedir. Bu nedenle özellikle intihar ve saldırganlık gibi risklerin düzenli olarak değerlendirilmesi ve belgelenmesi şarttır.^[21] İntihar için en önemli kanıta dayalı risk etkeni psikiyatrik bozukluklardır.^[22,23] Ruh sağlığı alanlarında şiddet,^[24-28] kendine zarar verme,^[29] ilaç uyumsuzluğu,^[30,31] ihmal,^[32] fiziksel hastalık ve istismar^[33] gibi risklerle karşılaşılma oranı yüksek olduğu için bu alanda çalışanların risk değerlendirmesi konusuna duyarlı olmaları gereklidir.

TRSM'ler risk değerlendirmesi açısından psikiyatrik bakım alanlarından ayrı bir öneme sahiptir. TRSM'lerdeki danışanlar kendine veya çevresine zarar verebileceği pek çok malzemeye kolayca erişebilmektedir. Sağlık çalışanı, TRSM'de sanrı ve varsanılları olan danışanla kimi zaman bireysel olarak çalışabilmektedir. Dolayısıyla TRSM'lerde yüksek riskli davranışlara neden olabilecek çok sayıda durum bulunmaktadır.^[34] Sağlık çalışanları için risk yönetimi endişe kaynağıdır. Çünkü TRSM'lerde risk yönetimi kapsamında hastalar diğer sağlık bakım alanlarında olduğu gibi doğrudan ve sürekli takip edilememektedir. Bu durum da hastaların kendileri ve/veya başkaları için olumsuz sonuçlar yaratacak risk oluşturabilmektedir.^[35] Psikiyatri hastalarının, toplumdaki diğer bireylerin ve toplum sağlığı çalışanlarının güvenliğini korumak, fiziksel ya da maddi hasarları önlemek için psikiyatri hastalarında risk yönetimi son derece önemlidir.^[36]

Türkiye'de TRSM'ler için hazırlanan çalışma rehberinde bütün hizmet alanlar için bireysel risk değerlendirme ve risk yönetimi planı hazırlanmasından ve onaylanmasından psikiyatri uzmanı sorumludur. Rehberde, kendine zarar verme, başkalarına zarar verme, alevlenme ve savunmasızlık risk boyutlarını içeren bir risk değerlendirme formu yer almaktadır. TRSM'lerde çalışan sağlık profesyonelleri danışanların risk değerlendirmelerini bu formları kullanarak yapmakla sorumludurlar. Türkiye'de TRSM'lerde çalışan ve diğer sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğine ya da risk değerlendirmesine ilişkin algılarını değerlendiren bir araştırma yapılmamıştır. Ayrıca risk değerlendirmesinin nasıl yapıldığı ve mevcut formların yeterince riski değerlendirip değerlendirmediği konusunu inceleyen bir araştırma sonucu da bulunmamaktadır. Yurt dışında toplum ruh sağlığı alanlarında çalışan hemşirelerin, hasta güvenliğine ilişkin algı ve uygulamaları^[19] yanısıra risk değerlendirme ve

yönetim uygulamalarını^[7,10] değerlendiren çalışmalar mevcuttur.

Etkili risk değerlendirmesinin yapılmaması durumunda, hasta birey, ailesi ve sağlık çalışanları hafif zarar görmeden ölümlerle sonuçlanabilecek durumlara kadar değişebilen çeşitli risklerle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu nedenle TRSM'lerde çalışan sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesi uygulamalarının, risk değerlendirmesine ilişkin görüş ve önerilerinin belirlenmesi konuyla ilgili iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının yapılması açısından önem arz etmektedir.

Araştırmanın Amacı

TRSM'lerde çalışan sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesi uygulamalarının, risk değerlendirmesine ilişkin görüş ve önerilerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırmada kalitatif araştırma yöntemlerinin tanımlayıcı deseni kullanılmıştır.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak verilerin toplanacağı TRSM'ler belirlenmiştir. Örnekleme TRSM'lerin seçilme nedeni; TRSM'lerle ilgili yönetmelikte tanımlanan sağlık profesyonellerinin (psikiyatrist, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı) tam olması, sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun en az bir yıldır TRSM'lerde çalışıyor olmaları (ortalama çalışma süreleri: 2.5 yıl), TRSM'lerde takip ettikleri hasta sayısının fazla olmasıdır (Nişantaşı TRSM: 557 danışan; Beylerbeyi TRSM: 467 danışan; Karaman TRSM: 247 danışan). Araştırmanın örnekleme İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Nişantaşı TRSM'den dört, Beylerbeyi TRSM'den beş, Karaman İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı TRSM'den beş olmak üzere toplam 14 sağlık profesyoneli dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık profesyonellerinin dördü psikiyatri uzmanı, altısı hemşire, ikisi sosyal hizmet uzmanı ve ikisi psikologdur. Sağlık profesyonellerinden hemşireler "H 1", "H 2", "H 3", ..., "H 6"; psikiyatri uzmanları "PU 1", "PU 2", "PU 3", "PU 6"; psikologlar "PSK 1", "PSK 2"; sosyal hizmet uzmanları "SHU 1", "SHU 2" şeklinde kodlanmıştır.

Veri Toplama

Araştırma verileri sağlık profesyonellerinin çalıştıkları TRSM'lerin uygun bir odasında, her biri ile ayrı ayrı ve yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler; 20–23 Eylül 2018 tarihlerinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi TRSM'de, 24–26 Eylül 2018 tarihlerinde Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Nişantaşı TRSM'de, 27–29 Eylül 2018 tarihinde Karaman İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı TRSM'de yapılmıştır. Her sağlık profesyoneline, görüşme öncesi araştır-

ma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Bütün görüşmeler aynı araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" rehberliğinde toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formunda; sağlık profesyonellerinin yaşı, cinsiyeti, çalışma deneyimi, mesleği gibi bazı sosyodemografik özelliklerini değerlendiren sorular yer almaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu; sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesini tanımlamaları, risk değerlendirmesindeki sorumluluk algıları, risk değerlendirme araçlarına yönelik tutumları, risk değerlendirmesinde yaşadıkları zorluklar, Sağlık Bakanlığı tarafından verilen risk değerlendirme eğitimi ile ilgili görüş ve beklentileri, risk değerlendirme deneyimleri, TRSM'lere özgü risk alanlarını tanımlamalarını içeren soruları kapsamaktadır. Görüşmenin ses kayıt cihazına kaydedilmesine 12 sağlık profesyoneli izin vermiş izin vermeyen iki sağlık profesyoneli ile yapılan görüşme de araştırmacı tarafından yazılarak kaydedilmiştir. Görüşmelerin yazıya aktarılması sırasında kayıtların eksik tutulmaması için sağlık profesyonellerinden ek süre istenmiştir. Görüşme süresi 15 dakika ile 35 dakika arasında değişiklik göstermiştir.

Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği

Araştırmada geçerlilik ve güvenirliliğin sağlanmasına ilişkin nitel araştırmalarda yer alan inanılabilirlik, aktarılabilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik ilkelerinden yararlanılmıştır.^[37,38]

Verilerin Değerlendirilmesi

Sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özellikleri sayı ve yüzde oranları kullanılarak değerlendirilmiştir. Nitel veriler betimsel analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir. Nitel verilerin analizinde betimsel analizin dört aşaması sırasıyla uygulanmıştır. Birinci aşamada, araştırma sorularından, araştırmanın kavramsal çerçevesinden ve görüşme ve gözlemlerde yer alan boyutlardan hareket ederek veri analizi için bir çerçeve oluşturulmuştur. İkinci adımda, araştırmacılar daha önce oluşturmuş oldukları çerçeveye dayalı olarak verileri okumuş ve düzenlemişlerdir. Üçüncü aşamada; düzenlenmiş olan veriler tanımlanmıştır. Dördüncü aşamada tanımlanmış olan bulgular açıklanmış, ilişkilendirilmiş ve anlamlandırılmıştır.^[37,38] Araştırmacılar birbirlerinden bağımsız olarak temaları belirlemişler, daha sonra bu temalar iki araştırmacı tarafından birlikte tekrar değerlendirilmiş ve her iki araştırmacının da hemfikir olduğu temalar ortaya çıkarılmıştır.

Etik Konular

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı alınmıştır (SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06/2017/327). Araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Sağlık profesyonellerine araştırma hakkında bilgi verilerek aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Araştırmaya katılan bütün katılımcıların gizliliği sağlanmış ve isimleri gizli tutulmuştur.

Bulgular

Sağlık profesyonellerinin üçü erkek, 11'i kadın ve yaşları 28 ile 56 (ortalama: 36.64±7.05) arasındadır. Sağlık profesyonellerinden yedisi lisans, yedisi yüksek lisans derecesine sahiptir. Sağlık profesyonellerinin TRSM'lerde çalışma süreleri bir yıl ile altı yıl arasında (ortalama: 2.5 yıl) değişmektedir. Sağlık profesyonellerinden üçü TRSM dışında başka bir psikiyatri servisinde çalışmamış, bunların dışındaki 11 sağlık profesyonellerinin diğer psikiyatri kliniklerinde çalışma süresi 3.5 yıl ile 10 yıl arasında değişmektedir. Sağlık profesyonellerinden beşi Sağlık Bakanlığı tarafından verilen TRSM eğitimi içerisinde risk değerlendirme eğitimi almadığını, diğer dokuzu ise aldığını belirtmişlerdir.

Sağlık profesyonelleri ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler betimsel analiz yöntemiyle değerlendirilmiş, risk değerlendirme tanımları, risk değerlendirme uygulamaları, risk değerlendirme uygulamalarının yeterliliğine ve nedenlerine ilişkin görüşler, risk değerlendirme sorumluluğu, risk değerlendirmesinde zorluklar, Sağlık Bakanlığı tarafından verilen risk değerlendirmesi eğitimine yönelik öneriler, TRSM'ye yönelik riskler olmak üzere yedi ana tema belirlenmiştir.

Tema 1: Risk Değerlendirme Tanımları

Sağlık profesyonelleri risk değerlendirmesini olasılığı değerlendirme, bütüncül değerlendirme ve önlem alma olarak tanımlamaktadır.

Sağlık profesyonelleri risk değerlendirmesini riskin ortaya çıkma olasılığının değerlendirilmesi ve önceden müdahale etmeyi sağlayan bir yöntem olarak tanımlamışlardır: "PU 4: Kendi ve çevresine zarar verme olasılığını değerlendirmek ve bununla ilgili önlem alabilmek amacıyla, hangi hastanın daha riskli bir grupta olduğunu saptayarak önceden müdahale etmeyi sağlayan bir yöntem."

Sağlık profesyonellerinin bazıları, risk değerlendirmesini; sosyal, ekonomik ve hastalık kavramlarını içine alacak şekilde bütüncül bir şekilde yapılması gereken bir durum olarak tanımlamışlardır: "SHU 2: Hasta için sosyal, ekonomik, hastalık belirtileri gibi risk durumunu etkileyebilecek her şeyi bir bütün olarak değerlendirme. Yani hastayı bir bütün olarak ele alıp bütün yönleriyle risk açısından değerlendirme. Mesela evdeki durumu, ailesiyle ilişkisi, sosyoekonomik durumu, tabi hastalığın belirtileri..." "PU 2: ..hastalığın belirtileri, hastalığın gidişatı hepsi risk değerlendirmesinin içine giriyor. Sadece hastalığı yönüyle bakmak yeterli olmaz..."

Araştırmadaki bazı katılımcılar risk değerlendirmesini önlem almak olarak ifade etmişlerdir: "PU 4: Kendi ve çevresine zarar verme olasılığını değerlendirmek ve bununla ilgili önlem alabilmek ..." "PSK 1: ... Riskli durumların belirlenmesi ve önlemlerin planlanması."

Tema 2: Risk Değerlendirme Yöntemleri

TRSM'lerde risk değerlendirmesinin; form doldurma, görüşme ve form doldurup ekiple paylaşma şekillerinde yapıldığı be-

lirtilmiştir: "H 3: TRSM'ler için risk değerlendirmesi yapmak için hazırlanmış formları kullanıyoruz..."

Sağlık profesyonellerinden bazıları, hastalarla ve/veya aileleriyle görüşerek risk değerlendirmesi yaptıklarını ifade etmişlerdir: "H2:...hasta görüşmeye uygunsu, açıksa hastayla görüşerek birebir görüşerek yapıyoruz..." "H 1: Şu anda tedavi ekibimizle birlikte bir formumuz var bu form üzerinde danışanlarla görüşerek değerlendirme yapıyoruz..."

Bazı sağlık profesyonelleri, risk değerlendirme formlarını doldurup ekiple paylaşarak konuyla ilgili fikir alış verişini yaptıklarını belirtmişlerdir: "H 4: Kendimiz danışman olarak birebir formları dolduruyoruz. Daha sonra diğer ekip üyeleri ile paylaşım fikir alıyoruz." "SHU 2: Bizim haftalık toplantılarımızda, hastanın risk durumuna ilişkin herhangi bir görüşüm olduysa onları ekiple paylaşıyorum..."

Tema 3: Risk Değerlendirme Uygulamalarının Yeterliliğine ve Nedenlerine İlişkin Görüşler

Sağlık profesyonellerinden bazıları, ekibin psikiyatri hastalarıyla çalışma deneyiminin olması, risk değerlendirme formlarının açık, net ve yeterli olmasından dolayı risk değerlendirmesi uygulamalarının yeterli olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir: "PU 2: Şu ondaki durumu ben iyi düzeyde görüyorum. Çünkü ekip iyi. Uzun yıllar psikiyatri servislerinde çalışmış ve TRSM açıldığında beri orada çalışan bir hemşire var. Hastaları çok iyi tanıyor. Ben o hemşireye veri dosyası olarak bakıyorum. Hasta hakkında bilgiler alabiliyorum ondan. Özverili bir ekip var. Bu açıdan yeterli diye düşünüyorum." "H 6: Kurumumuzdaki uygulamanın yeterli olduğunu düşünüyorum..."

Sağlık profesyonelleri; formların doldurulmaması, güncellenmemesi, ekibin biraraya gelememesi, ölçüm araçlarının bir puanlamasının olmaması, hasta ve çalışanlar açısından riskler ihtiva etmesinden dolayı risk değerlendirme uygulamalarının yetersiz olduğunu bildirmişlerdir: "PU 3: ...Risk değerlendirirken bir puanlama ya da kesme değeri yok. Klinik gözlemlerle karar veriyoruz. Genellikle klinik gözlemlerle karar vermenin doğru olduğunu düşünsem de bunun puan anlamında ölçülebilir bir şeye dönüşmesi zaman içerisindeki değişimi belirlemek için faydalı olabilir." "H 5: Mesela şöyle bir şey var risk değerlendirme formunun ekip halinde yapılması gerekiyor... ancak yoğunluğumuz o kadar fazla ve ekip sirkülasyonu o kadar fazla oluyor ki biz hiçbir araya gelemiyoruz... Vaka danışmanı kimse risk değerlendirmesini o yapıyor..."

Tema 4: Risk Değerlendirme Sorumluluğu

Sağlık profesyonelleri risk değerlendirmesinin kimin sorumluluğu olduğuna ilişkin farklı görüşler belirtmişlerdir. Bu görüşler risk değerlendirmesinin; bütün ekibin, ailenin/hastanın kaldığı kurumun, öncelikle hastanın daha sonra danışman ve psikiyatristin, doktor ve vaka danışmanın, primer olarak doktorun sorumluluğu olduğu şeklindedir. Ayrıca risk değerlendirmesinde doktor ve hemşirenin gözleminin farklı olduğu, sosyal hizmet uzmanının sosyal açıdan değerlendirmesinin

önemli olduğu da ifade edilmiştir. "H 5: Tüm ekibin sorumlu olduğunu düşünüyorum. Ben veri giriş elemanı güvenlik de dahil olmak üzere ekibin tamamının risk değerlendirmesi ekibinin içerisinde yer aldığını ve ona karar vermesi gerektiğini düşünüyorum. Bazen hastayı en iyi gözlemleyen veri giriş elemanı, güvenlik ve hatta temizlik personeli olabiliyor."

Araştırmadaki bir psikiyatri uzmanı, hemşire ve hekimin gözleminin risk değerlendirmesinde önemli olduğunu belirtmiştir: "PU 2: ...Sosyal hizmet uzmanının sosyal açıdan değerlendirmesi önemli tabi ama hastayı doktorun ve hemşirenin gözlemlemesi daha farklı ve etkili."

Diğer görüşlerden farklı olarak bir katılımcı risk değerlendirmesinde hastane yönetiminin de sorumluluğu olduğunu ifade etmiştir: "PU 1: Hastane yönetimi de riskle ilgili eğitimlerin düzenlenmesi gibi durumlardan dolayı olarak sorumludur."

Tema 5: Risk Değerlendirmesinde Zorluklar

Araştırmadaki sağlık profesyonelleri risk değerlendirmesi yaparken, hastadan, aileden, sistemden, formlardan, sağlık çalışanlarından ve yerel yönetimlerin destek olmamasından kaynaklanan çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar: "H 3: ... cinsel istismarını soruyorum, intihar etmeyi düşünüyor musun bir planın var mı diye soruyorum. Bazen hasta yakının yanında görüşme yapmak durumunda yapıyorum, hasta yakını "intiharı niye soruyorsun aklına iş getireceksin, bunun aklında yoktu sen sordun şimdi planlayacak, ben bi daha buraya gelmek istemiyorum siz işi bilmiyorsunuz" diyen hasta yakını da çıktı." "PSK 1: Hasta her zaman risk değerlendirmesi için yeterli bilgi veremeyebiliyor. Aileyle iş birliği kurulamıyor..."

Sağlık profesyonelleri, ekibin sürekli değişmesi, hasta kayıtlarının/arşivin olmayışı, iş yükünün fazla olması gibi nedenlere bağlı sistemden kaynaklanan çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar: "H 4: ...Personelin sürekli sirkülasyonu da sıkıntı. Çünkü biri olmadığı zaman onun yerine hastalarını takip etmek zorunda kalıyorsun. Dolayısıyla hakkını vererek bir risk değerlendirmesi yapmak zorlaşabiliyor." "PSK 2: Risk değerlendirmesinde yaşadığımız çok fazla zorluk var. Birincisi çok fazla hastaya bakıyoruz. Benim 132 hastam var. Bu şekilde hastalarımı sık sık görüşmem imkansız, yoğun çalışma temposu içerisindeyiz..."

Sağlık profesyonelleri, risk değerlendirme formlarında yer alan soruların açık net olmaması nedeniyle zorluk yaşamaktadırlar: "H 6... formda yer alan soruların net olmaması bu işi zorlaştırıyor. Bazı soruları neresinden tutarsan o tarafından cevaplayabilirsin. Mesela formda şöyle bir soru var: İntihar araçlarına erişim var mı?, bu çok saçma bir soru, toplumda yaşayan hastanın hangisi ulaşamaz ki?..."

Sağlık profesyonelinin risk değerlendirmesi konusunda bilgi düzeylerinin iyi olmasının risk değerlendirmesini kolaylaştıracağı ifade edilmiştir: "H 5: Öncelikle bilgi sahip olmak bu işi kolaylaştırıyor. Bakanlık eğitiminde bu risk değerlendirme formu üstünde nasıl çalışılması gerektiğini çok çok daha iyi öğrendim. Ondan daha sonra işin anlamını biliyorsunuz ve farkındalık geliştigi için yapamadığınız şeyler size sıkıntı verebiliyor..."

Risk değerlendirmesi için yerel yönetimlerin destek olmamasının risk değerlendirmesini zorlaştırdığı belirtilmiştir: "PSK 2: ... yerel yönetim ve muhtarlık ve belediyelerde dahil olmak üzere bunların ortaya çıkabilecek risklerle ilgili bilgi sahibi olması gerekir. Böylece risk değerlendirme konusunda personele yardım edebilirler. Yerel yönetim destek vermeyebiliyor. Böylece risk değerlendirmesi zorlaşıyor"

Tema 6: Sağlık Bakanlığı Tarafından Verilen Risk Değerlendirme Eğitimleri

Araştırmadaki sağlık profesyonellerinin, Sağlık Bakanlığı tarafından verilen risk değerlendirme eğitimleri hakkındaki görüşleri yeterli ve yetersiz olmak üzere iki alt temada değerlendirilmiştir: Araştırmaya katılan iki hemşire Sağlık Bakanlığı tarafından verilen eğitimi yeterli bulduklarını ifade etmiştir: "H 1: ...Bakanlıktan bize verilen eğitimin içeriğini yeterli buluyorum." "H 6: Bakanlık eğitimi çok yeterli."

Sağlık profesyonelleri, risk değerlendirme eğitimlerinin içeriği, süreci, yöntemi ve hedef grubuna ilişkin yetersizliklerin olduğunu belirtmiş ve bu alanlara yönelik önerilerde bulunmuşlardır.

Sağlık profesyonelleri risk değerlendirme eğitiminin içeriğinde; alevlenme, kayıp, taşınma gibi durumlara özgü risk değerlendirmesi, hastalıklara göre riskler ve hastalık bilgisi, hastanın bütün olarak nasıl değerlendirileceği (çevresiyle birlikte), riskin boyutları, intiharda risk değerlendirmesi, önlemler, düşme riski, sosyal hizmet uzmanının önemi konularının yer alması ve uygulamada kullanılan formlar üzerinden anlatılması önerilerinde bulunmuşlardır: "PU 3: Risk tanımının genişliği konusunda biraz durulabilir. Yani riskin birçok boyutu olduğu ve her boyutun ayrı ayrı parametreler içerdiği ve her parametrenin de kendi özgü duruma göre, hastaya göre, olguya göre değişiklik gösterebildiği gibi böyle yoğun bir ayrıntı var. Eğitimlerde bu basamaklarda daha ayrıntılı durulması belki işi kolaylaştırabilir." "PU 1: Önemli olan riski tespit edip ve gerekirse sayısal olarak derecelendirip buna karşı ne gibi önlemler alınabilir bu riske maruz kalan kişi neler yapabilir onun eğitimini içermelidir." "PU 4: ...İntihar riski yüksek olan grupların neler olacağına daha ayrıntılı anlatılması gerekir. Örneğin şimdiki intiharı yordayan faktörler, mesela bunlar daha çok konuşulabilir..."

Sağlık profesyonelleri risk değerlendirme eğitiminin süresi ile ilgili eğitimlerin bir kez olmamasını, sık ve sürekli olmasını önermişlerdir: "H 4: Eğitimler asla bir kereye mahsus olarak yapılmaz. Tekrarı olmalı, bilgiler güncellenmeli... Eğitimler sıklaştırılmalı." "SHU 1: Bakanlık risk değerlendirme eğitimlerini mutlaka tekrarlamalıdır."

Sağlık profesyonellerinden birinin risk değerlendirme eğitim yöntemi konusundaki önerisi risk değerlendirme eğitiminin vaka üzerinden anlatılması yönündedir: "H 1:...Risk değerlendirmesinin vaka üzerinden anlatılması çok yararlı olur ..."

Risk değerlendirme eğitiminin hedef kitlesine yönelik olarak sağlık profesyonellerinden biri tüm ekibe eğitim yapılması ve aileleri de kapsamı gerektiğini şeklinde öneri sunmuşlardır: "SHU 1: Eğitim bütün TRSM ekibine verilmeli. Ailelere de risk değerlendirme eğitimi yapılmalıydı bence."

Tema 7: TRSM'ye Yönelik Riskler

Sağlık profesyonelleri, TRSM'lerde hastalara yönelik; zarar verme (kendisi, çevresi, eşyaya), alevlenme, madde kullanımı, ilaç uyumsuzluğu, TRSM'ye gelmeyi bırakma, istismar, psikiyatrik ilaçların kötüye kullanımı risklerinin söz konusu olduğunu bildirmişlerdir: *"H 5: En çok karşılaşılan risk türü alevlenme riski. Çevreye zarar verme ve suisid çok fazla değil, genelde istismar edilme ve alevlenmeyi görüyoruz."* *"SHU 1: Toplumdaki hastalar için en önemli sorun damgalama..."*

Sağlık profesyonellerinin bildirimlerine göre TRSM çalışanları ev ziyaretleri sırasında şiddete maruz kalma, hastayı yeterli değerlendiremememe, düşme, iğne batması, güvenlik görevlisinin olmaması gibi sağlık çalışanlarına yönelik çeşitli risklerle karşı karşıya kalmaktadır: *"PU 2: Güvenlik görevlisi yok bu çok büyük bir sorun, bizim bir erkek sağlık personelimiz var ve o bütün ev ziyaretlerine gider, başka şansımız yok kendimizi korumak için başka şansımız yok."* *"SHU 1: Mesela bir hastaya ev ziyaretine gittik, birazda sıkıntılı bir hasta, burada da doktor beye vurmaya falan çalışmış. Ev ziyaretinde bize de saldıracaktır..."*

TRSM binasından kaynaklanan riskler söz konusu olabilmektedir: *"SHU 2:... Şu an biz toplum merkeziz, kapımız herkese açık, kapıdan kimin girebileceğini bilemiyorsunuz... Bunun dışında yetersiz kaldığımız şeyler hastaları spor aktivitesi yaptıramıyorsunuz alanımız yok yapmak isteyen de yapamayabiliyor..."*

Araştırmadaki katılımcılar, adli hastalar, TRSM'ye gelmeyi kabul etmeyen hastalar ve tanımadıkları hastaların dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini ve daha fazla risk taşıdığını ifade etmişlerdir: *"PU 2: TRSM'deki en büyük risk ev ziyaretleri. Evi çok iyi değerlendirerek gideceksin. Hastanın adli olayları varsa temkinli gitmek lazım. Çok diretmemek lazım. Çok dirençli hastalar var üstüne çokta gitmemek lazım, bizimde yapabileceğimiz şeyler sınırlı, önce bizimde kendimizi korumamız lazım."*

Tartışma

Bu araştırma sonucunda risk değerlendirmesine ilişkin TRSM'lerdeki sağlık profesyonellerinin uygulamaları, görüşleri ve önerileri konusunda önemli veriler elde edilmiştir. Araştırma sonucunda elde veriler literatürdeki benzer kapsamdaki araştırmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Bu araştırmada, sağlık profesyonelleri, risk değerlendirmesini genellikle, kendine zarar verme, başkalarına zarar verme, zorluk yaşama, olaylardan etkilenme gibi birey ve çevresinin zarar görebileceği durumların belirlenmesi olarak tanımlamaktadırlar. Ayrıca bireyi, sosyal, ekonomik, hastalık gibi faktörleri göz önüne alarak bütüncül bir şekilde değerlendirme olarak da tanımlamaktadırlar. Woods'un^[11] yaptığı araştırmada; sağlık profesyonelleri riski, "olumsuz bir olayın üstesinden gelmek veya engellemek için bir mücadele" olarak tanımlamıştır. Godin'in^[10] araştırmasına katılan toplum ruh sağlığı hemşireleri, risk değerlendirmesini; bir risk profili oluşturmak için bir hastaya ait bilgi veri toplama meselesi olarak tanımlamışlardır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı TRSM'ler için çalışma rehberinde risk değerlendirmesi kendine zarar verme riski (kasıtlı ve kazara), başka-

larına zarar verme riski (kasıtlı ve kazara), başkalarının vereceği zarara karşı savunmasızlık ve alevlenmeye veya ruhsal durumun kötüleşmesine karşı savunmasızlık olmak üzere dört alt boyutta değerlendirilmektedir. Eğitimlerde de bu risk boyutları üzerinden anlatıldığı için katılımcıların verdiği yanıtların genellikle bu yönde olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmadaki katılımcılar riskin olumlu yönünden bahsetmemişlerdir. Pozitif risk veya yararlı risk, ruh sağlığı problemi olan bireyin kendi yaşamını kontrol altına alması ve yaşamlarını etkilemeleri yönünde cesaretlendirilmesinde pozitif rol oynayabilecek bir risk türüdür ve danışan bireyin gelişimi için dikkate alınması önemlidir. Bireyler kendilerine ve başkalarına zarar vermediği sürece yaşamlarını tam olarak yaşama hakkına sahiptirler. Pozitif risk alma, tüm seçeneklerin doğasında olan riskleri kabul eder ve hizmet kullanıcısının özerkliğini ve yaşam hedeflerini destekleyecek riskleri seçmeye çalışır.^[40]

Araştırmadaki sağlık profesyonelleri danışanların gözlenmesinin danışan hakkında yeterli veri elde edilmesindeki öneminden bahsetmiştir. Bu araştırma sonucuna benzer nitelikte Woods'un^[11] yaptığı araştırmada da sağlık profesyonelleri, hastayla yapılan ilk görüşmede hastanın doğrudan gözlemlenerek hastanın genel tutumu, hastanın bilinç seviyesi ve sözel olmayan davranışlarının belirlenmesinin, hastanın potansiyel riskleriyle ilgili klinik bir karar vermeye yardımcı olacağından bahsetmişlerdir. Benzer şekilde Sundin ve ark.nın^[19] araştırmasındaki hemşireler, etkili risk değerlendirmesinin; danışanın bakım ihtiyacının doğru değerlendirilmesine, hasta ile yakın bir ilişki kurulmasına ve hastanın durumu hakkında kapsamlı bilgiye sahip olunmasına bağlı olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmada sağlık profesyonellerinin çoğunluğu risk değerlendirmesini hasta görüşmeye uygunsa hastayla görüşerek yaptığını bildirmiştir. Konuyla ilgili literatürde; danışanların mümkün olan durumlarda risk değerlendirme süreçlerine dahil olmalarının hayati önem taşıdığı belirtilmektedir. Ruh sağlığı profesyonellerinin risk değerlendirmesi yaparken danışanı sürece dahil etmemeleri durumunda çok önemli konuları dikkate almayabilecekleri, danışanların değerlendirme sonuçlarını etkileyebilecek önemli bir bakış açısına sahip olabilecekleri belirtilmektedir.^[11]

Araştırmadaki bazı sağlık profesyonelleri, risk değerlendirmesi sürecinde hastanın ailesiyle görüştiklerini ifade etmişlerdir. Danışanların aileleriyle yapılan bazı araştırmalarda; aile üyeleri güvenlikle ilgili kaygılarının sıklıkla dikkate alınmadığını^[6] ve kendilerinin, tıbbi teşhis, tedavi ve iyileşme ile ilgili konuların dışında tutulduklarını dile getirmişlerdir.^[39] Bu araştırmada ailelerin görüşleri alınmadığından risk değerlendirme sürecine katılımları hakkındaki bilgiler sağlık profesyonellerinin bildirimleriyle sınırlı kalmaktadır.

Araştırmadaki sağlık profesyonelleri, hastaların düzenli olarak TRSM'ye gelmemeleri, mevcut risk değerlendirme formundaki soruların açık olmaması ve bir puan değeri olmaması, risk değerlendirme eğitimi almamaları, iş yükü fazlalığı ve güvenlik personelinin olmaması gibi nedenlerle risk değerlendirmesini yeterli düzeyde yapamadıklarını dile getirmişlerdir. Benzer şe-

kilde, Woods'un^[11] araştırmasındaki katılımcılar, personel sıkıntısı, eğitimlerin yetersiz olması ve kaynak eksikliği gibi problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların bir kısmı, mesleki hesap verebilirlik açısından uygulamalarının zayıflığına dikkat çekmiştir.^[1] Bu araştırma sonucuna dayalı olarak; risk değerlendirme uygulamalarında sorunlar olduğu söylenebilir.

Araştırmada, risk değerlendirme sürecinde bütün sağlık profesyonellerinin görev aldığı belirlenmiştir. Araştırmadaki bir sağlık profesyoneli, hastayı risk açısından, doktorun ve hemşirenin gözlemlemesinin daha farklı ve etkili olduğunu belirtmiştir. Bu araştırma sonucunu destekleyen Woods'un^[11] araştırmasında da risk değerlendirme sürecinin büyük bölümünü, hemşirelerin ve psikiyatristlerin üstlendiği, diğer profesyonellerinin ise sürece az miktarda girdi sağladığı belirtilmiştir. Ekibin içinde hastayı en fazla gözleyen ve değerlendiren profesyonelin hemşire olması nedeniyle hemşirenin risk yönetimiindeki rolü ön plana çıkmaktadır. Ayrıca 19 Nisan 2011'de yürürlüğe giren hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelikte de TRSM hemşiresinin görev tanımında hemşirenin sağlıklı ve hasta bireylerin risk değerlendirmesi ve yönetiminde sorumlulukları olduğu vurgulanmaktadır.

Araştırmadaki sağlık profesyonellerinin görüşü, risk değerlendirmesinden tedavi ekibinin, az bir kısmının görüşü ise bütün TRSM alışanlarının sorumlu olduğunu yönündedir. Bu sonuca benzer şekilde Higgins ve ark.nın^[40] araştırmasında hemşirelerin yaklaşık yarısı risk değerlendirme uygulamalarına bazen multidisipliner ekibin katılması gerektiğini ifade etmiştir. İrlanda'da ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan hemşirelerle yapılan bir araştırmada, hemşirelerin büyük çoğunluğu risk değerlendirmesi ve güvenlik yönetimi uygulamalarına güçlü bir destek verdiklerini, örneklemin sadece küçük bir azınlığı "risk değerlendirmesi ve güvenlik planlamasının sorumluluğu olmadığını" beyan etmiştir.^[41]

Katılımcılar, iş yükünün fazlalığı, sağlık profesyonelinin risk değerlendirme konusunda bilgili olmaması, iş yükü fazlalığı nedeniyle ekibin toplanamaması ve ekibin sürekli değişmesi gibi çeşitli faktörlerin risk değerlendirmesini zorlaştırdığı belirtilmiştir. Bu araştırma bulgularına benzer şekilde, Briner ve Manser'in^[33] araştırmasındaki katılımcılar, personel sayısının yetersiz olması, çok fazla vardiya değişikliği, stres ve iş yükü de dahil olmak üzere personelden kaynaklanan çeşitli zorluklar olduğunu ifade etmişlerdir. Sundin ve ark.nın^[19] araştırmasındaki hemşireler de, personelin yetersiz bilgisinin, hastanın güvenliğini tehdit edebileceğini belirtmişlerdir. Risk değerlendirmesini zorlaştıran bu durumlarla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılmasının, değerlendirmelerin daha etkin bir şekilde yapılmasına katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinden dokuzu Sağlık Bakanlığı tarafından verilen TRSM eğitimi içerisinde risk değerlendirme eğitimi aldığını, diğer beşi ise eğitim almadığını belirtmiştir. Higgins ve ark.nın^[40] araştırmalarında hemşirelerin yaklaşık dörtte biri risk değerlendirmesi eğitimi aldıklarını bildirmiştir. Woods'un^[11] araştırmasında katılımcılar, risklere özgü çok az resmi eğitim verildiğini bildirmişlerdir. Eğitimin risk uygulamaları

üzerindeki etkilerini değerlendiren sınırlı sayıda araştırma vardır. Mevcut olan araştırmalar, risk değerlendirmesi ve güvenlik planlaması eğitiminin, risk değerlendirme uygulamaları ve güvenlik planlarının geliştirilmesine katkı sağladığını göstermektedir.^[42] Eğitimin, personelin iyileşme odaklı uygulamaya yönelik bilgi, beceri ve yetkinlikleri üzerine olumlu etkisi gösterilmiştir.^[43] Ayrıca, risk değerlendirmesinde eğitim alan hemşireler, eğitim almayanlara göre daha fazla risk değerlendirmesi yapmaktadır.^[40]

Araştırmadaki sağlık profesyonellerinin eğitim içeriğine yönelik görüşleri, vaka üzerinden anlatılması, mevcut uygulamalara uygun olması, intiharla ilgili daha geniş bilgi verilmesi, riskin farklı boyutlarını içine alacak şekilde hazırlanması ve bu eğitimlerin tekrarlanması konularına yoğunlaşmaktadır. Ayrıca bazı sağlık profesyonelleri, hastalara ve ailelerine de eğitim verilmesinin gerekliliğini dile getirmiştir. Katılımcılardan bazıları intihar riski değerlendirmesine yönelik daha geniş bilgi verilmesinin gerektiğini ifade etmiştir. Bu araştırma bulgularına benzer şekilde, Higgins ve ark.nın^[40] çalışmasındaki hemşirelerin çoğu, risk değerlendirmesi ve risk yönetimi ile ilgili süreçler, stratejiler ve beceriler hakkında eğitime ihtiyaç olduklarını ifade etmişlerdir. Sundin ve ark.nın^[19] araştırmasında hemşireler; güvenli hasta bakımının sağlanması önemli bir yönünün, düzenli olarak personele eğitim toplantıları düzenlenmesi olduğunu vurgulamışlardır.

Araştırmada bazı katılımcılar risk değerlendirme ölçekleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Benzer şekilde Woods'un^[11] araştırmasındaki katılımcılar, eğitimlerde belirli risk değerlendirme araçlarının ve bunların nasıl kullanılacağına dair daha fazla eğitim verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Yukarıda bahsi geçen araştırmalarda; risk değerlendirme eğitimi ve içeriğine yönelik olarak birçok gereksinimden bahsedilmiştir. Bu bağlamda ulusal ve uluslararası alanda risk değerlendirmesiyle ilgili sistematik bir eğitime ve eğitim içeriğiyle ilgili düzenlemelere gereksinim olduğu söylenilebilir.

Sağlık profesyonellerinin bildirimlerine göre danışan bireye yönelik riskler; kendine zarar verme, alevlenme, madde kullanımı, ilaç uyumsuzluğu, TRSM takibini bırakma gibi durumları kapsamaktadır. Sağlık profesyonellerinden bazıları, TRSM'de kendine zarar verme ve intihar riskleriyle karşılaşılabileceğini, bazıları da intihar riskinin çok fazla olmadığını belirtmiştir. Briner ve Manser'in^[33] araştırmasında, psikiyatri kliniklerinde klinik risk yönetiminden görevli sağlık çalışanlarıyla yapılan derinlemesine görüşmelerde, en sık olarak söz edilen risk bireyin kendine zarar verme davranışlarıdır. Flewett'in^[44] yaptığı araştırmada da sağlık profesyonellerinin en fazla üzerinde durduğu riskler; intihar, şiddet ve kendine zarar verme riskleridir.

Bu araştırmada TRSM'lerde takip edilen danışanların, diğer danışanlara, sağlık personeline ve çevredeki nesnelere zarar verme gibi riskli eylemleri olabileceği belirtilmiştir. Briner ve Manser'in^[33] araştırmasında katılımcılar; psikiyatri hastalarında şiddet ve saldırganlık risklerinin deneyimlenebileceğini bildirmişlerdir. Benzer şekilde Flewett'in^[44] araştırmasında katılımcılar, şiddet ve kendine zarar vermenin en yaygın riskler

olduğunu ifade etmişlerdir. Altı psikiyatri hastanesinde yapılan bir prospektif araştırmada, altı aylık bir süreçte 170 çalışandan 144'ünün hasta kaynaklı fiziksel saldırı deneyimlemesi^[45] psikiyatri hastalarındaki şiddet riskinin bir kanıtı niteliğindedir. Bu araştırmada da literatürle benzer şekilde psikiyatrik bakım alanlarındaki şiddet riski vurgulanmıştır.

Çalışmadaki sağlık profesyonelleri danışanlarının başkaları tarafından ihmal ve istismar edilebileceği ve damgalanabileceği konusundaki endişelerini dile getirmişlerdir. Bu araştırmaya benzer şekilde; Higgins ve ark.,^[40] psikiyatri hastalarına bakım verilen ev, toplum, hastane gibi alanlarda çalışan hemşirelerin risk değerlendirme durumlarını inceledikleri araştırmada; topluluk ortamlarında çalışan hemşirelerin diğer psikiyatrik bakım alanlarına kıyasla, danışanların toplumda mağdur olma riskini daha fazla dikkate aldıklarını saptamışlardır.^[40] Bu araştırmaların bulgularından farklı olarak Kelly ve McKenna^[46] görüşme yaptıkları TRS hemşirelerinin büyük çoğunluğunun, danışanların mağduriyetinin farkında olmadıklarını, hatta önemsiz olarak gördüklerini tespit etmişlerdir.

Araştırmadaki sağlık profesyonellerine göre; hastanın çevresindeki bireyler, hastaya çeşitli şekillerde zarar verebilmektedir. Bu kapsamda yapılan araştırmalar, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin, hem kendi evinde hem de sokakta, toplumda yüksek düzeyde mali sömürü, mağduriyet ve taciz yaşadıklarını göstermektedir.^[46,47] 778 psikiyatri hastasıyla yapılan bir anket çalışmasında, hastaların %14'ünün fiziksel olarak saldırıya uğradığı, %25'inin evinde saldırı riskiyle karşı karşıya olduğu ve %26'sının taciz nedeniyle evinden taşınmak zorunda kaldığı saptanmıştır.^[48] Ulusal yasa ve yönetmeliklerin, yerel rutinlerin ve büyük bir kamu sektörünün parçası olmanın getirileri ve bu sorunların tamamının hasta güvenliği açısından önemli etkileri vardır.^[19] Bu nedenle özellikle toplumda takibi yapılan psikiyatri danışanlarının toplumda karşı karşıya kaldıkları bu risklere karşı kamusal düzenlemelere ihtiyaç olduğu söylenilebilir.

Araştırmadaki katılımcıların, bireyin kendine yönelik riskleri bağlamında belirttikleri bir risk alanı da madde bağımlılığı riskidir. Benzer şekilde, Briner ve Manser'in^[33] araştırmasındaki katılımcılar da madde kullanımı ve bunun sonuçlarıyla ilgili risklerden bahsetmişlerdir. Psikiyatri hastalıklarına eşlik eden madde kullanım bozuklukları hastalıkların prognozunun kötüleşmesinde önemli bir etkidir.^[49] Özellikle de toplumda takibi yapılan psikiyatri danışanlarının maddeye ulaşılabilir durumları göz önüne alındığında TRSM'ler için dikkate alınması gereken bir risk alanı olduğu ifade edilebilir.

TRSM'lerde çalışan sağlık personelleri, danışanların ev ortamlarını, yaşadıkları ortamları, aile içi süreçleri değerlendirmek üzere çeşitli zaman aralıklarında danışanlara ev ziyaretleri yapmaktadırlar. Bu durum sağlık personelinin çeşitli risklerle karşı karşıya getirmektedir. Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin tamamının ifade ettiği önemli bir konu, danışanların ev ziyaretlerine güvenlik görevlisi olmadan gidilmesi nedeniyle personelin karşı karşıya kalabileceği riskli durumlardır. Bu araştırmaya benzer şekilde Briner ve Manser'in^[33] araştırmasındaki sağlık personellerinin tamamı personel güvenliği ile ilgili risk-

lerden bahsetmiştir. Sağlık profesyonellerinin özellikle ev ziyaretlerinde karşılaşılabileceği riskler nedeniyle, bu alanda gerekli düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç olduğu söylenilebilir.

Araştırmadaki katılımcılar, TRSM için en fazla risk arz eden hasta grubunun; adli süreçleri olan, TRSM'ye gelmeyi kabul etmeyen ve sağlık personeli tarafından tanınmayan hastalar olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmada bazı sağlık profesyonelleri danışanın adli öyküsünün çok iyi değerlendirilmesi gerektiği, bu hasta grubunu çok riskli olabileceğini vurgulamışlardır. Godin'in^[10] araştırmasındaki bazı hemşireler, hastayı ziyaret etmeden önce özellikle de adli süreçlerle ilgili olmak üzere yoğun bir şekilde hastayla ilgili veri topladığını belirtmiştir. Bu sonuçlara göre risk değerlendirmesi eğitimlerinde adli hastalardaki durum da göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç

Araştırmada, TRSM'lerdeki risk değerlendirmesi konusunda farkındalık yaratabilecek önemli sonuçlara ulaşılmıştır. TRSM'lerdeki sağlık profesyonellerinin risk değerlendirme uygulamalarında, sağlık çalışanlarından, TRSM'lerin işleyişinden, hastalardan, hastaların ailelerinden kaynaklanan çeşitli problemlerin olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre; sağlık profesyonellerine risk değerlendirmesiyle ilgili uygun aralıklarla eğitimlerin yapılması, risk değerlendirme eğitimlerinin içeriğinin gereksinimler doğrultusunda hazırlanması önerilmektedir. TRSM'nin işleyişinden kaynaklanan iş yükünün fazlalığı ve ekibin sürekli değişmesi gibi faktörler risk değerlendirmesini zorlaştıran durumlarla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Özellikle ev ziyaretleri ve güvenlik görevlisinin olmasından kaynaklanabilecek risklerin azaltılması için gerekli düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Veriler, görüşmelerin yapıldığı katılımcılarla sınırlıdır. Bu nedenle, sonuçlar her tür psikiyatri bakım ortamına ve bütün TRSM'lere ve diğer hastanelere tamamiyle genellenemez.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – F.A., B.Ü.; Dizayn – F.A., B.Ü.; Denetim – F.A., B.Ü.; Finansman – F.A., B.Ü.; Materyal – F.A., B.Ü.; Veri toplama veya işleme – F.A.; Analiz ve yorumlama – F.A., B.Ü.; Literatür arama – F.A.; Yazan – F.A.; Kritik revizyon – F.A., B.Ü.

Kaynaklar

1. Department of Health. Clinical risk assessment and management (Cram) in western australian mental health services. Retrieved from, https://www.academia.edu/25068372/Clinical_risk_assessment_and_management_Cram_in_western_australian_mental_health_services.
2. Department of Health. Social Sciences and Public Safety (NI) Promoting Quality care. Good Practice Guidelines on the assessment and Management of Risk in Mental health

- and Learning Disability Services. Retrieved from, <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/promoting-quality-care-good-practice-guidance-on-assessment-and-management-of-risk-in-mental-health-and-learning-disability-services/r/a11G0000017uqHIAQ>.
3. Mental Health Commission. Quality Framework: mental Health Services in Ireland. Retrieved from, <https://www.mhcirl.ie/what-we-do/guidance/quality-framework-mental-health-services-ireland>.
 4. Royal College of Psychiatrists. College Report CR150 Rethinking risk to others in mental health services Final report of a scoping group. Retrieved from, https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr201.pdf?sfvrsn=2b83d227_2.
 5. Noonan L. Assessing and Managing the Risk of Self-harm and Suicide. In: Norman I, Ryrie I, editors. *The Art and Science of Mental Health Nursing Principles and Practice*. London: EBSCO Publishing; 2013. p. 252–73.
 6. Wellman N. Assessing Risk. In: Gamble C, Brennan G, editors. *Working With Serious Mental Illness: A Manual For Clinical Practice*, 2nd ed., London: Elsevier; 2006. p. 145–64.
 7. Holley J, Chambers M, Gillard S. The impact of risk management practice upon the implementation of recovery-oriented care in community mental health services: a qualitative investigation. *J Ment Health* 2016;25:315–22.
 8. Delaney J, Cleary M, Jordan R, Horsfall J. An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001;8:77–84.
 9. Gilbert E, Adams A, Buckingham CD. Examining the relationship between risk assessment and risk management in mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011;18:862–8.
 10. Godin PM. 'You don't tick boxes on a form': A study of how community mental health nurses assess and manage risk. *Health, Risk and Society* 2004;6:347–60.
 11. Woods P, Kettles AM. *Risk Assessment and Management in Mental Health Nursing*. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd; 2009.
 12. Hepple J, Dayani A, Yeandle J, Sinclair A, Glanville J. *Clinical assessment and management of risk of harm to self and others policy*. NHS Foundation Trust; 2015.
 13. Judson N. *Guidelines For Clinical Risk Assessment and Management in Mental Health Services*. New Zealand: Director-General of Health; 1998.
 14. Doyle M, Dolan M. Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9:649–57.
 15. Kettles AM, Woods P. The Theory of Risk'. In: P Woods, AM. Kettles, editors. *Risk Assessment and Management in Mental Health Nursing*. Oxford, UK: WileyBlackwell; 2009.
 16. Kumar S, Simpson AI. Application of risk assessment for violence methods to general adult psychiatry: a selective literature review. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:328–35.
 17. Pedersen L, Rasmussen K, Elsass P. 'Risk Assessment: The Value of Structured Professional Judgments'. *International Journal of Forensic Mental Health* 2010;9:74–81.
 18. Department of Health. Best Practice in Managing Risk. Retrieved from, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/478595/best-practice-managing-risk-cover-webtagged.pdf.
 19. Sundin R, Nilsson A, Waage-Andrée R, Björn C. Nurses' Perceptions of patient safety in community mental health settings: a qualitative study. *Open Journal of Nursing* 2015;5:387–96.
 20. Happell B, Hoey W, Gaskin CJ. Community mental health nurses, caseloads, and practices: a literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:131–7.
 21. Gerace A, Curren D, Muir-Cochrane E. Multidisciplinary health professionals' assessments of risk: how are tools used to reach consensus about risk assessment and management? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20:557–63.
 22. Meehan J, Kapur N, Hunt IM, Turnbull P, Robinson J, Bickley H, et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:129–34.
 23. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133–54.
 24. Maguire J, Ryan D. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:120–7.
 25. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs* 2010;19:2329–41.
 26. James BO, Isa EW, Oud N. Patient aggression in psychiatric services: the experience of a sample of nurses at two psychiatric facilities in Nigeria. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* 2011;14:130–3.
 27. Bilgin H, Buzlu S. A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues Ment Health Nurs* 2006;27:75–90.
 28. Coşkun S, Tuna Öztürk A. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3:16–23.
 29. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav* 2014;44:273–303.
 30. Xiao J, Mi W, Li L, Shi Y, Zhang H. High relapse rate and poor medication adherence in the Chinese population with schizophrenia: results from an observational survey in the People's Republic of China. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:1161–7.
 31. Ashong S, Kretchy IA, Afrane B, de-Graft Aikins A. Patterns of prescription of psychotropic medications and their adherence among patients with schizophrenia in two psychiatric hospitals in Accra, Ghana: A Cross-Sectional Survey. *Psychiatry J* 2018;2018:9850594.
 32. O'Rourke M, Baile G, Davies J. *Risk Assessment and Management*. The British Psychological Society; 2006.

33. Briner M, Manser T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Serv Res* 2013;13:44.
34. Butler JA. Assessing Risk in Community Mental Health Services. In: Agius M, Pregelj P, Zalar B, editors. *Community Psychiatry (Chap. 14)* Ljubljana, Slovenia: Department of Psychiatry, University of Ljubljana / Bedfordshire Centre for Mental Health Research in Association with the University of Cambridge; 2014. p. 154–62.
35. Croucher S, Williamson GR. Risk assessment in mental health: introducing a traffic light system in a community mental health team. *Open Nurs J* 2013;7:82–8.
36. Laing R, Halsey R, Donohue D, Newman C, Cashin A. Application of a model for the development of a mental health service delivery collaboration between police and the health service. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30:337–41.
37. Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayınları; 2013.
38. Bal H. *Nitel Araştırma Yöntemi*. Isparta: Fakülte Kitabevi; 2013.
39. Higgins A, McGowan P. Recovery and the recovery ethos: challenges and possibilities. In: Higgins A, McDaid S, editors. *Mental Health in Ireland: Policy, Practice and Law*. Dublin: Gill & Macmillan. 2014. p. 61–78.
40. Higgins A, Doyle L, Downes C, Nash M, Morrissey J, Brennan M, et al. Risk assessment and safety planning within mental health nursing services: an exploration of practices, policies and processes. Dublin: Health Service Executive; 2015.
41. Downes C, Gill A, Doyle L, Morrissey J, Higgins A. Survey of mental health nurses' attitudes towards risk assessment, risk assessment tools and positive risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016;23:188–97.
42. Higgins A, Doyle L, Morrissey J, Downes C, Gill A, Bailey S. Documentary analysis of risk-assessment and safety-planning policies and tools in a mental health context. *Int J Ment Health Nurs* 2016;25:385–95.
43. Gudjonsson GH, Webster G, Green T. The recovery approach to care in psychiatric services: staff attitudes before and after training. *The Psychiatrist* 2010;34:326–9.
44. Flewett T. *Clinical Risk Management. an Introductory Text For Mental Health Clinicians*. Sydney: Elsevier Churchill Livingstone; 2010. p. 131–50.
45. Richter D, Berger K. Patient assaults of staff; a prospective study of the incidence, circumstances and sequelae. *Nervenarzt* 2001;72:693–9.
46. Kelly LS, McKenna HP. Victimization of people with enduring mental illness in the community. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1997;4:185–91.
47. Macgabann L, Lakeman R, McGowan P, Parkinson M, Redmond M, Sibitz I, et al. *Hear my voice: The experience of discrimination of people with mental health problems in Ireland*. Dublin: Dublin City University; 2010.
48. Read J, Baker S. *Not just sticks and stones: A survey of the Stigma, Taboos and Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems*. London: The Mental Health Charity; 1996.
49. Karakuş G, Evlice E, Tamam L. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Journal of Cukurova University Faculty of Medicine* 2012;37:37–48.