



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI  
DOKTORA TEZİ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN  
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN RİSK DEĞERLENDİRMESİ  
İLE BULANIK MANTIK MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ  
İNTİHAR RİSKİ DEĞERLENDİRME ARACINA YÖNELİK  
GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Fatma AYHAN**

**Tez Danışmanı  
Prof.Dr. Besti ÜSTÜN**

**İSTANBUL-2019**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI  
DOKTORA TEZİ

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN  
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN RİSK DEĞERLENDİRMESİ  
İLE BULANIK MANTIK MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ  
İNTİHAR RİSKİ DEĞERLENDİRME ARACINA YÖNELİK  
GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ

Fatma AYHAN

Tez Danışmanı  
Prof.Dr. Besti ÜSTÜN

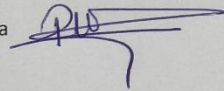
İSTANBUL-2019

T.C.  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

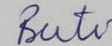
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı  
Program : Psikiyatri Hemşireliği Programı  
Öğrenci No : 164270801  
Öğrenci Adı Soyadı : Fatma AYHAN

'Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Risk Değerlendirmesi ile Bulanık Mantık Modeline Temellendirilmiş İntihar Riski Değerlendirme Aracına Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi' isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 20.09.2019 tarihinde yapılan sınavda Doktora Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof.Dr.Perihan GÜNER  
(Koç Üniversitesi)

İmza 

Danışman : Prof.Dr. Besti ÜSTÜN  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye : Prof.Dr. Selma DOĞAN  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye : Prof.Dr.Ayşe OKANLI  
(Medeniyet Üniversitesi)

İmza 

Üye : Dr.Öğr.Üyesi Elçin BABAĞLU  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

**ONAY**

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL**  
Enstitü Müdür V.

## ÖZET

Araştırma iki adımdan oluşmaktadır. Birinci adımın amacı; risk değerlendirmesine ilişkin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) çalışan sağlık profesyonellerinin görüşleri, önerileri ve uygulamalarının belirlenmesidir. İkinci adımın amacı; bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracının geliştirilmesi ve bu araç hakkında kullanıcı görüşlerinin belirlenmesidir.

Araştırmada; sağlık profesyonellerinin risk değerlendirme uygulamaları hakkındaki görüş, uygulama, önerileri ve araştırma kapsamında geliştirilen intihar risk değerlendirme aracı hakkındaki görüşlerinin belirlenmesinde kalitatif araştırma yöntemlerinin tanımlayıcı deseninden yararlanılmıştır. Araştırmanın bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar risk değerlendirme aracının geliştirilmesi aşamasında, metodolojik araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini üç farklı TRSM’de çalışan sağlık profesyonelleri (hemşire, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ergoterapist) oluşturmuştur. Birinci adımda 14; ikinci adımda ise 15 sağlık profesyoneli ile görüşme yapılmıştır. Araştırmanın her iki adımının verileri; araştırmacı tarafından hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış görüşme formları eşliğinde katılımcılarla görüşülerek toplanmıştır. Araştırma kapsamında toplanan veriler betimsel analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir.

Araştırmanın birinci adımında yapılan görüşmelerde; sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesi uygulamalarında, danışanlardan, ailelerinden, sağlık personelinin, sistemden ve risk değerlendirme formlarından kaynaklanan çeşitli sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Sağlık profesyonelleri, bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar risk değerlendirme aracının; oldukça yönlendirici, işlevsel, pratik, kapsamlı, intihar riskini doğru ölçmesi ve uygulanabilirliğinin yüksek olduğuna yönelik güçlü yönleri olduğunu vurgulamışlardır. Katılımcılar, sonuç ekranına hastanın intihar risk değerlendirmesinin gidişatını gösteren bir grafiğin eklenmesi ve aracın geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması önerilerinde bulunmuşlardır.

Sonuç olarak; TRSM’lerde görev yapan sağlık profesyonellerinin risk değerlendirme konusunda sorunlar yaşadıkları ve bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar risk değerlendirme aracının geçerlilik güvenilirlik çalışması

yapıldıktan sonra TRSM'lerdeki sisteme entegre edilerek kullanılmasının yararlı olacağı belirlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Risk değerlendirme, intihar, risk değerlendirme aracı, toplum ruh sağlığı merkezi, bulanık mantık



**DETERMINATION OF HEALTH PROFESSIONALS' OPINIONS ABOUT  
RISK ASSESSMENT WORKING IN COMMUNITY MENTAL HEALTH  
CENTERS WITH SUICIDE RISK ASSESSMENT INSTRUMENT BASED ON  
THE FUZZY LOGIC MODEL**

**ABSTRACT**

The research consists of two stages. The aims of the first stage were to determine the opinions, recommendations, and practices related to risk assessment of health professionals serving in Community Mental Health Centers (CMHCs). The aims of the second stage to develop a suicide risk assessment model based on a fuzzy logic model, and to elicit user opinions.

Qualitative research methods in a descriptive design were used to determine the views, practices, and recommendations of health professionals and their opinions concerning the suicide risk assessment instrument developed in the research. A methodological research method was employed during the suicide risk assessment instrument development stage. Health professionals working in three different CMHCs constituted the research sample. In the first stage 14, in the second stage 15 health professionals were interviewed. The research data were collected using semi-structured interviews prepared by the authors. Qualitative data collected in the research were subjected to descriptive analysis.

Health professionals were determined to experience various problems in risk assessment practice, deriving from counselors, families, health personnel, the system, and risk assessment forms. The suicide risk assessment tool based on the fuzzy logic model developed in this research was found to be quite powerful in several respects, such as being indicative, functional, practical, comprehensive, accurately assessing the risk of suicide, and having high applicability. Aspects requiring further development were also identified, such as including a graphic showing the course of the patient's suicide risk assessment on a results screen, conducting a validity and reliability study of the instrument.

Health professionals working in CMHCs experience various problems in terms of risk assessment and the use of the suicide risk assessment instrument developed in the research through integration into the system in the CMHC was determined to be potentially beneficial after the validity and reliability study of the suicide risk assessment instrument.

**Key words:** Risk assessment, suicide, risk assessment instrument, community mental health center, fuzzy logic





## TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca bütün içtenliği ve ilgisiyle ilim yolumu aydınlatan ve bana yaşamımın her alanında katkı sağlayacak birçok değer kazandıran saygıdeğer danışmanım Prof.Dr. Besti ÜSTÜN'e tüm kalbimle teşekkür ederim.

Bulanık mantık konusundaki uzmanlığıyla tezime farklı bir boyut kazandırarak ufkumu açan değerli danışmanım Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL'e çok teşekkür ediyorum.

Her tez önerisinde değerli öneriler ve katkılar sunan Sayın Prof. Dr. Perihan GÜNER ve Sayın Prof. Dr. Selma DOĞAN'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Doktora eğitimim sırasında Hemşirelik mesleğinin değerlerini aşıl原因ayan Sayın Prof. Dr. Nurgün PLATİN'e ve eğitim ve öğretimin en iyi şekilde nasıl yapılabileceğini bizzat uygulayarak öğreten değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Veysel SÖNMEZ'e teşekkür ediyorum.

Araştırmaya katılan başta Begüm DAĞ olmak üzere, İstanbul Nişantaşı TRSM, İstanbul Beylerbeyi TRSM ve Karaman TRSM çalışanlarına değerli görüşlerinden dolayı şükranlarımı sunuyorum.

Eğitim hayatımın en başından beri sevgileri ve desteklerinden dolayı annem, babam ve kardeşlerime teşekkürü bir borç bilirim.

Doktora eğitimim boyunca yanımda olan, Utku'm, Eymen'im ve Eşim Veli'ye hayatımda olmaları ve onu sevgiyle doldurmaları sebebiyle paha biçilmez bir destek sağladıkları için teşekkür ederim.

## BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar Hiç bir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

20.09.2019

Fatma AYHAN



# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>v</b>
<b>BEYAN FORMU</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2.Araştırmanın Amacı .....	6
1.3.Araştırma Soruları .....	7
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>8</b>
2.1.Risk Tanımı ve Risk Değerlendirmesi .....	8
2.2.Risk Değerlendirmesi ve Güvenlik Planlaması Uygulama İlkeleri .....	11
2.3.Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Risk Değerlendirmesi.....	13
2.3.1. İntihar ve İntihar Riskinin Değerlendirilmesi .....	14
2.4.Risk Değerlendirmede Hemşirelerin Rolü .....	29
2.5.Bulanık Mantık .....	30
2.5.1.Bulanık Kümeler .....	32
2.5.2.Psikiyatri Alanında Bulanık Mantık Uygulamaları.....	32
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>36</b>
3.1.Araştırmanın Türü.....	36
3.2.Araştırmanın Örnekleme.....	36
3.3.Veriler Toplama Araçları .....	36
3.4.Uygulama .....	37
3.4.1.Bulanık Mantık Modeline Temellendirilmiş İntihar Risk Değerlendirme Aracının Geliştirilmesi Süreci.....	38
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	45
3.6.Etik Konular .....	45
3.7.Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği.....	46
<b>4.BULGULAR</b> .....	<b>47</b>

4.1. Birinci Adımın Bulguları .....	47
4.2. İkinci Adımın Bulguları .....	71
<b>5.TARTIŞMA .....</b>	<b>82</b>
5.1. Birinci Adımın Tartışması .....	82
5.2.İkinci Adımın Tartışması .....	95
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>106</b>
6.1. Birinci Adımın Sonuç ve Önerileri .....	106
6.1.1. Birinci Adımın Sonuçları .....	106
6.1.2. Birinci Adımın Önerileri.....	107
6.2. İkinci Adımın Sonuç ve Önerileri .....	108
6.2.1. İkinci Adımın Sonuçları.....	108
6.2.2. İkinci Adımın Önerileri.....	109
<b>7.KAYNAKLAR.....</b>	<b>110</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>127</b>
Ek- 1: Etik Kurul Kararı.....	127
Ek-2: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi TRSM Araştırma İzin Yazısı .....	128
Ek-3: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Yazısı.....	129
Ek-4: Karaman İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı .....	130
Ek-5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	131
Ek-6: Sağlık Profesyonellerinin Risk Değerlendirmesine İlişkin Görüşleri, Uygulamaları ve Önerilerinin Belirlenmesi için Hazırlanan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu .....	133
Ek-7: İntihar Risk Değerlendirme Aracı Hakkındaki Görüşlerin Belirlenmesi İçin Hazırlanan Yarı Yapılandırılmış Soru Formu.....	134
Ek-8: İntihar Risk Değerlendirme Aracı .....	135
Ek-9: Özgeçmiş.....	139

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> İntihar risk faktörleri .....	24
<b>Tablo 2:</b> İntihar riski için koruyucu faktörler .....	28
<b>Tablo 3:</b> İntihar risk faktörlerinin belirlenmesinde yararlanılan kanıt temelli araştırmalar .....	39
<b>Tablo 4:</b> İntihar risk faktörlerine uzmanların atadığı puan değerleri ve araştırmacıların atadığı etki gücü değerleri ortalamaları.....	41
<b>Tablo 5:</b> Araştırmanın birinci adımı kapsamında görüşme yapılan sağlık profesyonellerinin özellikleri .....	47
<b>Tablo 6:</b> Sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesine ilişkin uygulamalarının, görüşlerinin ve önerilerinin analizinden elde edilen tema ve alt temalar .....	48
<b>Tablo 7:</b> İntihar risk değerlendirme aracı hakkında görüşleri alınan sağlık profesyonellerinin özellikleri .....	72
<b>Tablo 8:</b> İntihar risk değerlendirme aracı hakkındaki görüşler doğrultusunda belirlenen tema ve alt temalar.....	73

# ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Gaussian üyelik fonksiyonu .....	43
---	----



## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

**APA:** Amerikan Psikiyatri Derneği

**DH:** Department of Health

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**HSE:** The Health Service Executive

**MHC:** Mental Health Commission

**NICE:** Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü

**SÖO:** Standart Ölüm Oranı

**TRSM:** Topum Ruh Sağlığı Merkezi

# 1.GİRİŞ

## 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Risk terimi; klinisyenler, hizmetten yararlananlar ve hizmetin kendisi için "belirli bir olumsuz durumun, belirli bir dönemde ortaya çıkma veya belirli bir zarardan kaynaklanma olasılığı"nı ifade etmektedir (Cordall, 2009). Sağlık alanında klinik risk terimi, doğrudan hastanın kendisinden ya da başkalarından kaynaklanan (Wellman, 2006) yararlı, (sıklıkla) zararlı veya istenmeyen bir sonuç olasılığını ifade eder (Morgan, 2000). Risk değerlendirmesi ise, bir olayın yararlı veya zararlı sonuçlar doğurma ihtimalini belirleme sürecidir (Noonan, 2013). Risk değerlendirmesinin temel amacı; riskle ilgili zararlı sonuçların, her alanda mümkün olabildiğince en aza indirilmesidir (Evans ve ark, 2006). Sistematik bir risk değerlendirmesi yapabilmek için; risk davranışlarını, risk faktörlerini, koruyucu faktörleri ve bireye özgü durumları kapsayacak şekilde bireyin mevcut risk durumu özetlenmeli ve bireysel bir risk formülasyonu oluşturulmalıdır. Bireyin risk değerlendirmesi yapılırken; risk öyküsü, belirgin risk faktörleri, yakın zamanda riskli davranışta bulunma durumu, riskli davranışın ciddiyeti ve sıklığı, riskli davranış örüntüsü, düşünce-niyet ve planlama gibi birçok anahtar parametre dikkate alınmalıdır (Butler, 2014).

Etkili bir risk yönetimi için; risk faktörlerine ilişkin kanıta dayalı bilgiler ile bireyin koşulları, gereksinimleri ve güçlü yönleri dikkate alınarak bireye özgü bir değerlendirmede bulunulmalı ve bireye bütüncül bir yaklaşım sergilenmelidir. Bu süreç, risk yönetim planını formüle etmenin temelini oluşturan bireysel değerlendirmenin ve hasta ile bakım vericiyi sürece aktif olarak dahil eden çok disiplinli ve çok sektörlü bir etkinliğin entegrasyonunu gerektirir (Morgan, 2007; DH., 2007; DH, 2008 ve Higgins ve ark., 2015). İşbirlikçi bir yaklaşımla gerçekleştirilen risk değerlendirmesi ve risk yönetimi planlaması; bireyin bağımsızlığını en iyi düzeye getirme, tutarlılığı ve şeffaflığı geliştirme olanağı sağlar (Buchanan ve ark., 2012). Risk değerlendirmesi ve risk yönetimi ile ilgili yapılan bazı araştırmalar, risk değerlendirme süreci ve güvenlik planının oluşturulması arasında uyumsuzlukların olduğunu ortaya koymaktadır. Bu araştırmalarda, güvenlik planlarının değerlendirmelerle desteklenmediği, risk belgelendirilmesinin tutarsız olduğu, risk ve güvenlik planının tekrarlı olarak izlenmesinde eksikliklerin olduğu bildirilmektedir (Delaney ve ark., 2001; Gilbert ark., 2011; Godin, 2004 ve Woods, 2013).



Ulusal ve uluslararası sağlık politikaları; hizmet kullanıcılarının, bakım vericilerin, ailelerin, personelin ve toplumun güvenliği konularına özel vurgu yaparak, kalite ve güvenlik ilkeleri doğrultusunda verilen hizmetlere duyulan gereksinimi açıkça ortaya koymaktadır (Department of Health (DH), 2006; DH., 2007; DH., 2008 ve DH., 2010). Kalite ve güvenlik ilkelerinin önemli bir bileşeni klinik riskin değerlendirilmesi ve yönetilmesidir (Mental Health Commission (MHC), 2007; Royal College of Psychiatrists, 2008). Birleşik Krallık'ta Sağlık Bakanlığı, kurumların klinik risk değerlendirme ve yönetim politikalarını, geçerli risk değerlendirme araçlarını ve personellerin risk yönetimindeki sorumluluk alanlarını açık bir şekilde tanımlamıştır (DH., 2007; Halley, 2016).

Woods (2013), risk değerlendirmesi ve risk yönetiminin ruh sağlığı uygulayıcılarının en önemli görevlerinden biri olduğuna dikkat çekmektedir. Risk değerlendirmesi ve risk yönetimi alandaki en etkili uygulamanın; hizmeti alanlar, sağlık profesyonelleri ve bakım vericiler arasındaki iş birliğinin önemini vurgulayan ulusal/uluslararası rehberler ve dokümanlar kullanılarak çok disiplinli ve çok yönlü bir yaklaşımla yapılabileceği belirtilmektedir (DOH UK, 2007 ve DoHC, 2006). Literatürde, ruh sağlığı hizmeti sunumundaki başarısızlıklarla ilgili olarak sürekli tekrar eden beş temaya vurgu yapılmaktadır. Bunlar: hizmet kullanıcısının geçmişi hakkında yeterli bilgi edinilmemesi, disiplinler arasındaki iletişimin zayıf olması, birimler arasındaki işbirliği eksikliği, kaynak yetersizliği, riskin yeterince değerlendirilmesi ve yönetilmesindeki başarısızlıklardır (Morgan, 2000).

Psikiyatri hastaları; kendine zarar verme (Swannel ve ark., 2014 ve Saçarçelik ve ark., 2011), başkalarına zarar verme (Zampieron ve ar., 2010, James ve ark., 2011, Bilgin ve Buzlu, 2006, Coşkun ve Öztürk, 2008), şiddet (Maguire ve Ryan, 2007, Zampieron ve ark., 2010), damgalama, ilaç uyumsuzluğu, alevlenme (Xiao ve ark., 2015, Akpalu ve ark., 2010) gibi çeşitli risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Bütün bu riskler içerisinde intihar; hasta güvenliğini tehdit eden olaylar arasında ölümle sonuçlanma olasılığı en yüksek olan durum olup psikiyatri ekibine karşı açılan davaların da en sık karşılaşılan nedenidir. Bu nedenle, intihar riskinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir (Melonas, 2004). Yapılan araştırmalar; psikiyatrik bozuklukların intihar için en önemli kanıtı dayalı risk etkeni olduğunu (Meehan ve ark., 2006; Conwell ve ark., 2008 ve Nock ve ark., 2008) ve intihar girişiminde bulunan bireylerin %90'ından fazlasında en az bir psikiyatrik bozukluk

bulduğunu ortaya koymaktadır (Beghi ve ark., 2010 ve Mann ve ark., 2005). Nitekim, Amerikan Psikiyatri Birliği (American psychiatric association: APA) yatan hastalarda intihar risk yönetimini dört öncelik alanından biri olarak tanımlamakta ve planlamalarında intihar kayıtlarının oluşturulmasına, intihar için değerlendirme/müdahale yönergeleri geliştirilmesine ve intihar üzerine araştırmalar yapılmasına yer vermektedir (APA., 2003). Amerika Birleşik Devletleri Ortak Komisyonu (Joint Commission, 2008) ve Avustralya Ulusal Ruh Sağlığı Çalışma Grubu da (Australian National Mental Health Working Group, 2005) hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için öncelikli bir alan olarak intihar ve kasıtlı kendine zarar verme durumlarının azaltılmasını hedeflemektedir.

Türkiye'deki TRSM'lerde (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) şizofreni, diğer psikotik bozuklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal bozuklukları olan bireylere, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetleri, takip ve tedavilerin yapılması gibi hizmetler verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Şizofreni hastalarının intihar riskinin genel nüfustan 8.5-20 kat daha fazla olduğu (Kasckow, Felmet, ve Zisook, 2011); hastaların %20-50'sinin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir. Uluslararası risk yönetim rehberlerinde de şizofreni ve bipolar bozukluklarda intihar riskinin yüksek oluşu belirtilmektedir (DH, 2007, Barnet Enfield and Haringey Mental Health NHS Trust, 2014, NSW Department of Health, 2004). Şizofrenide intihar; hastalığın akut dönemlerinde, hiç beklenmedik bir anda, aniden olabilmektedir. Akut alevlenmelerde ağır kötülük görme sanrıları/ varsanıları olan (kendini öldür; kendini öldürmezsen biz seni öldüreceğiz gibi komut veren sesler), paranoid şizofrenisi olan bazı hastalar yoğun bir panik içerisinde intihar edebilirler. Bazı durumlarda ise; çaresizliğin farkına varan, ağır negatif belirtileri ve yeti yitimi olan süregen hastalar planlayarak intihar edebilirler. Bu nedenle akut dönemde olduğu gibi, TRSM'lerde takip edilen şizofreni hastalarının da intihar riski devam etmektedir (DH, 2007, Barnet Enfield and Haringey Mental Health NHS Trust, 2014, NSW Department of Health, 2004).

Sanrılı inançlar ve işitsel halüsinasyonlar gibi semptomlara sahip, sıklıkla ilişkileri kopmuş veya kendilerine zarar veren bireylerle çalışmak gibi çok sayıda yüksek riskli durum nedeniyle TRSM'ler risk değerlendirmesi ve yönetimi açısından ayrı bir öneme sahiptir (Butler, 2014). Kendisi ve/veya çevresi için risk oluşturan hastalara yönelik risk yönetiminin yetersizliği, ölümcül sonuçlara yol açabilir. Bu

nedenle risk yönetimi, toplum ruh sağlığı hizmetlerinde özel bir endişe kaynağıdır (Croucher ve Williamson, 2013). TRSM'lerde takip edilen psikiyatri hastalarında risk yönetimi yapılması; psikiyatri hastalarının, toplumdaki diğer bireylerin ve toplum sağlığı çalışanlarının güvenliğini korumak, fiziksel ya da maddi hasarları önlemek için gereklidir (Robert ve ark., 2009). Toplumda yaşamını sürdüren psikiyatri hastalarının bakımı; psikiyatrik semptomlardaki değişikliklerin izlenmesi, düzenli ilaç tedavisinin değerlendirilmesi, hastalığın ilerlemesinin önlenmesi, risk faktörlerinin yönetilmesi, toplum ve hastalar arasında bağlantının kurulması, aile üyelerinin hasta bakımı üzerindeki stresinin azaltılması ve toplumun psikiyatrik bozuklukları anlamalarının sağlanmasını kapsamaktadır (Kudless ve White, 2007).

Türkiye'de TRSM'ler için hazırlanan çalışma rehberinde, bireysel risk değerlendirme ve risk yönetimi planı hazırlanmasından ve onaylanmasından psikiyatri uzmanlarının sorumlu olduğu belirtilmektedir. Rehberde TRSM'lerde kullanılmak üzere bir risk değerlendirme formu yer almaktadır. Bu form, kendine zarar verme riski (kasıtlı ve kazara), başkalarına zarar verme riski (kasıtlı ve kazara), alevlenme ve savunmasızlık risk boyutlarını içermektedir. Türkiye'deki TRSM'ler için hazırlanan çalışma rehberinde, bütün TRSM personelinin risk değerlendirmesi, klinik agresyon yönetimi ve intihar riskinin yönetimi konularında eğitileceği ibaresi yer almaktadır. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikteki (2011) ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin görev yetki ve sorumluluklarının D maddesinde "riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir." ibaresi ise risk değerlendirmesinin hemşirenin yükümlülüklerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır.

İntihar riski çok boyutlu bir konu olup belirsizlik içeren birçok durumu içerisinde barındırmaktadır. Psikiyatri alanındaki intihar gibi doğrusal olmayan, çok boyutlu ve belirsizlik içeren konuların ele alınmasında, bilgisayar destekli uygulamalar son yıllarda yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Bilgisayar destekli programlar incelendiğinde; makine öğrenmesinin alt dalı olan bulanık mantık yöntemi psikiyatrik hastalıkların ve intihar gibi karmaşık verilerin değerlendirilmesinde en uygun yöntemlerden biri olduğu görülmektedir (Chattopadhyay ve ark., 2007; Chattopadhyay ve ark., 2007; Chattopadhyay ve ark., 2008; Chattopadhyay ve ark., 2009 ve Chattopadhyay ve ark., 2010; Lan ve ark., 2008; Chattopadhyay ve Achary,

2012). Türkiye’de intihar riskinin değerlendirmesinde; İntihar Davranış Ölçeği (Bayam ve ark, 1995), P-Kuam İntihar Düşüncesini Ölçeği (Haran ve Berksun, 1995), İntihar Olasılığı Ölçeği (Atlı, 2007), İntihar Fikri İçin Beck Ölçeği (Ozcelik, 2015) gibi Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmış ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçeklerle intihar risk değerlendirmesi yapıldığında, bireyin intihar riskiyle ilgili bir sayı değeri elde edilmektedir. Sayı değeri arttıkça intihar riski de artmaktadır. İntihar riski bulanık mantık yöntemiyle değerlendirildiğinde ise; intihar riskinin düşük veya yüksek olduğuna dair kesin sonuçlar vermek yerine intihar düzeyinin aralığıyla ilgili bir yorumlama sağlamaktadır.

Bulanık mantık (BM) ilk defa 1965 yılında Lotfi A. ZADEH tarafından bulanık mantık veya bulanık küme teorisi adıyla ortaya çıkarılmıştır. ZADEH “insan düşüncesinin çoğunluğunun bulanık ve kesin olmadığını” belirtmiştir. Bulanık mantık kuramının en büyük üstünlüğünü insan düşünüş tarzına çok yakın olması oluşturmaktadır. Klinik karar verme soyut, çok boyutlu ve ham veriler nedeniyle oldukça kompleks bir süreçtir. Bulanık mantık, klasik mantığı kullanmaz. Klasik mantık; var-yok, 0-1, evet-hayır, iyi-kötü gibidir. Ancak bulanık mantık bu ikili değerlerin arasındaki değerleri de alır. Örneğin; az, çok, biraz, normal, orta, uzun, 0-1 değerleri yerine ara değerleri (0.6-0.1) kullanarak işlem yapar. Herhangi bir değerlendirme sürecinde, karar vericiler karar sürecinde klasik yaklaşım ve bu yaklaşımın içerdii yöntemleri kullanıyorlarsa; sonuçta verilen kararlar, iyi – kötü, güzel – çirkin, doğru – yanlış, evet – hayır, siyah – beyaz ya da 0 – 1 gibi yönlü kararlar olacaktır. Oysa gerçek yaşam mutlak ayrım üzerine kurulu değildir. Diğer bir deyişle karar ortamlarında mutlak siyah ve mutlak beyazın yanında binlerce gri tonunun varlığı unutulmamalıdır. Bulanık küme ve bulanık mantığın değeri, ayrık olmayan nitel girdileri ele alma ve insanlar gibi analiz etme kabiliyetine dayanmaktadır (Chattopadhyay ve ark., 2007; Chattopadhyay ve ark., 2007; Chattopadhyay ve ark., 2008; Chattopadhyay ve ark., 2009 ve Chattopadhyay ve ark., 2010).

Psikiyatrik bakım alanlarında risk değerlendirmesinin durumu hakkındaki bilgilerde boşluklar bulunmakta ve konunun araştırılması önerilmektedir (Higgins ve ark., 2015). Türkiye’de TRSM’lerde risk değerlendirmesinin nasıl yapıldığı ve mevcut formların risk değerlendirmede yeterli olup olmadığına yönelik bilgiye ulaşılamamıştır. Etkili risk değerlendirmesinin yapılmaması durumunda; hasta birey, ailesi, sağlık çalışanları hafif zarar görme ve ölümlerle sonuçlanabilecek durumlar

arasında değişebilen çeşitli risklerle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durum, risk değerlendirmesinin yapılmasını zorunlu kılmaktadır.

Sağlık profesyonellerinin risk değerlendirme araçlarına yönelik tutumlarını değerlendiren bir araştırmada; sağlık profesyonelleri, risk değerlendirme aracını uygun ve kullanıcı dostu olması durumunda kullanacaklarını belirtmişlerdir (Godin, 2004). Sağlık profesyonelleri yasal durumlarla karşılaşıldığında yasal bir belge sağlaması açısından ölçeklerin kullanılmasını olumlu karşılamaktadırlar (Muir-Cochrane ve ark., 2011). Bazı araştırmalarda ise; sağlık profesyonellerinin risk değerlendirme araçlarını kullanmada kararsız oldukları, risk değerlendirme araçlarını değer veya amaçları olmayan bürokratik enstrümanlar ya da klinik uzmanlığı tüketmek için tasarlanmış teknoloji ürünleri olarak gördükleri belirtilmiştir (Raven ve Rix 1999; Murphy 2004 ve Gerace ve ark., 2013). Araştırmamız kapsamında geliştirilen olan bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar risk değerlendirme aracının; pratik ve kullanıcı dostu olması, sağlık profesyonelinin klinik bilgi ve tecrübesini intihar risk değerlendirmesinde kullanabilmesini sağlaması amaçlanmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma iki adımdan oluşmaktadır.

Birinci Adımın Amacı;

- 1.Risk değerlendirmesine ilişkin TRSM'lerdeki sağlık profesyonellerinin görüşleri, önerileri ve uygulamalarının belirlenmesidir.

İkinci Adımın Amacı;

- 2.a) Bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracının geliştirilmesi,
- 2.b) Bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracını kullanan sağlık profesyonellerinin görüşlerinin belirlenmesidir.

### 1.3. Araştırma Soruları

Birinci Adımın Soruları;

- 1.a) TRSM'lerde çalışan sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesine ilişkin görüşleri nelerdir?
- 1.b) TRSM'lerde çalışan sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesine yönelik uygulamaları nelerdir?
- 1.c) TRSM'lerde çalışan sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesine yönelik nerileri nelerdir?

İkinci Adımın Soruları:

- 1. Geliştirilen bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracına ilişkin TRSM'lerde çalışan sağlık profesyonellerinin görüşleri nelerdir?

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Risk Tanımı ve Risk Değerlendirmesi

Risk terimi, hizmet kullanıcıları, klinisyen ve hizmet için "belirli bir olumsuz olayın belirli bir dönemde ortaya çıkma olasılığı veya belirli bir zarardan kaynaklanma olasılığı" olarak ifade edilmektedir (Cordall, 2009). Klinik risk terimi, doğrudan hastanın kendine veya başkalarının hastaya yaptığı (Wellman, 2006) değişen kişisel koşullara yanıt olarak ortaya çıkan yararlı veya daha sık olarak zararlı veya istenmeyen bir sonuç olasılığını ifade eder (Morgan, 2000). Risk değerlendirmesi, bir olayın kendi ve/veya başkaları için potansiyel olarak zararlı veya faydalı sonuçlar doğurma ihtimalini belirleme sürecidir (Noonan, 2013).

Risk değerlendirmesi, en uygun düzeyde risk yönetiminin yapılabilmesi ve hasta için doğru müdahalenin seçilebilmesi için vazgeçilmez bir unsurdur (DH, 2007). Risk değerlendirmesi, uygulayıcıların riskle ilgili bilgileri belgelendirdiği ve riskin nasıl ortaya çıkabileceği veya tetikleneceğine karar verdiği bir süreçtir (Doyle ve Dolan, 2002). Risk değerlendirmesi yapılırken; riski hazırlayan, hızlandıran, sürdüren ve engelleyen faktörleri ve bunların riski ortaya çıkarmadaki etkileşimleri tanımlanır. Bu değerlendirme hastalar ve onların bakımları ile ilgilenen diğer bireylerle birlikte yapılmalıdır. En iyi risk değerlendirmesi ve en etkili karar; deneyimli uygulayıcılardan oluşan bir ekibin hasta ve bakım vericilerle istişare etmesiyle ortaya çıkacaktır. Kararlar ve değerlendirmeler aynı zamanda sağlık ve sosyal bakım kurumları arasındaki iş birliğine dayanmalıdır (DH, 2002).

Standartlaştırılmış risk değerlendirme ölçekleri bazı sayısal değerler alabilir, ancak bireylerin yaşamlarının ve bireysel özelliklerinin değerlendirilmesiyle daha geniş, sistematik bir değerlendirmenin bir parçası olarak kullanılmalıdır. Hiçbir ölçek, anlamlı tek başına değerlendirmeler için yeterince güçlü kanıt tabanına sahip değildir (O'Rourke ve ark., 2006 ve DH, 2007). Risk değerlendirme ölçekleri dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır. Bir ölçek belirli bir zamanda, belirli bir bireyin ortaya koyduğu risklerin tamamının yalnızca bir parçası için katkıda bulunabilir. Bu nedenle ölçekler bireyin genel risk değerlendirmesinin bir parçası olarak kullanılmalıdır. Ölçeğe dayandırılan değerlendirmelerin sonuçları, hastanın yaşamı ve mevcut durumunun birçok yönü ile kombine edilerek kullanılmalıdır (DH, 2007 ve NHS, 2016).

Risk değerlendirmesi yapılırken dikkate alınması gereken birkaç temel soru bulunmaktadır. Bunlar:

- Risk davranışının yapısı.....ne?
- Risk davranışının sıklığı.....ne sıklıkta?
- Risk davranışının ciddiyeti....ne kadar ciddi?
- Risk davranışının yakınlığı.....ne zaman?
- Risk davranışının olma olasılığı.....olasılık?
- Belirli insanlar risk altında mı? Çocuklar, yaşlı / savunmasız yetişkin vb. yönelik riskler?
- Durumlar nedir.....şartlar ve faktörler?
- Risk davranışı hakkında ne yapılabilir.....azaltma ve yönetim planı?
- Risk davranışını nasıl göz önünde bulundurulur.....izleme ve geribildirimler?

Risk değerlendirmesi, uluslararası risk değerlendirme rehberlerinin ve klasik kaynakların bazılarında bireyin dinamik ve statik özelliklerini tanımlayarak yapılırken (Allnutt, 2010) bazılarında bireyin demografik özellikleri, klinik öyküsü, geçmiş öyküsü, psikolojik ve psikososyal faktörleri ve mevcut durumu gibi özelliklerini tanımlayarak yapılmaktadır (www.galassify.org/grist, 2009; Merrill, 2013 ve Happle ve ark., 2015).

Riskleri yeterince değerlendirebilmek için sağlık profesyonelleri mümkün olduğunca çok kaynaktan bilgi toplamalıdır. Genellikle bu önemli bilgi kaynakları üç kategoriye ayrılabilir Bunlar: klinik görüşme, dokümantasyon incelemesi ve bireyle ilgili diğer kaynaklardan elde edilen bilgilerdir. Toplanan bilgilerin sayısı ve çeşitliliği göz önüne alındığında, bilgilerin net ve tutarlı bir şekilde harmanlanması çok önemlidir (Allnutt, 2010). Risk değerlendirmesi hastayla yapılandırılmış ve duyarlı bir görüşme ile uygun bir alanda yapılmalıdır. Görüşmede hastanın; tetikleyici faktörler, rahatsızlığın ya da şiddet davranışının erken belirti işaretleri ve diğer savunmasızlıkları ve bunların yönetimi hakkındaki görüşleri tespit edilmeye çalışılmalıdır. Hassasiyet ve zamanında geribildirim ile bu süreç tamamlanmalıdır (DH, 2007). Risk değerlendirmesinde doküman incelenmesi, risk değerlendirme sürecinin son derece önemli bir parçasıdır ve çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Bu süreç, bireydeki risk faktörlerinin değişiminin tanımlanmasını sağlar. Böylece sağlık profesyonelleri



mevcut zaman diliminde, önceki risk faktörlerinin tekrar etkinleşmesini göz önünde bulundurabilir ve ortaya çıkabilecek risk faktörlerini öngörebilirler. Bireyin geçmiş öyküsü değerlendirilirken bireyin birden fazla risk öyküsü varsa en son ve/veya en ciddi olan değerlendirmeye alınmalıdır. Risk değerlendirmesi ile ilgili bilgi alınabilecek kaynaklar; bireyin ailesi, akrabaları, diğer doktorlar, polis, ambulans gibi bireyle ilgili bilgi sahibi olan bireylerdir (Allnutt, 2010).

Risk değerlendirmesi yapılırken, riski artıran durumlar yanında önceki şiddet olayından önce gerçekleşen davranış veya mental durumdaki tetikleyiciler veya değişiklikler, risk faktörlerinin istikrarlı mı yoksa yakın zamanda değişken mi olduğu, riski değiştirecek herhangi bir şey olabilir mi, geçmişteki şiddet davranışında bireyi durduran faktörler ve aile/bakıcılar risk altında mı gibi sorularında yanıtlanması gerekmektedir.

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 (Wrycraft, 2009). Bireylerin güvenlik gereksinimlerini göz önüne alırken, hizmet kullanıcısının otonomi, özerklik ve özgürlüğünü destekleyen bir süreçtir. Pozitif risk alma yaklaşımı; birey merkezli olup, hastanın güçlü yönlerini geliştirmeye odaklanan ve onların durum üzerinde daha yüksek bir kontrol sağlamalarına destek olan bir süreci ifade etmektedir (NHS, 2017). Ruhsal Sağlık Reformu (2012), iyileştirme odaklı yaklaşımın kilit yapı taşlarını; ortaklık, dinleme, umut, seçim ve topluma katılım olarak tanımlamıştır. Pozitif ya da terapötik risk iyileşme odaklı yaklaşımın diğer bir yönüdür. Yeni karmaşık bir görev bireyin gelişimini ve ilerlemesini sağlayabilir (Slade, 2009). Hastaların gelişimi için alınan pozitif risklerin, toplumda istenmeyen negatif sonuçlar ortaya çıkarma durumu dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır (Morgan, 2000). Düzenlemenin yapılması, sağlık profesyonelinin bilgi, beceri ve güven sahibi olmasını gerektirmektedir.

Bireyler kendilerine ve başkalarına zarar vermediği sürece yaşamlarını tam olarak yaşama hakkına sahiptirler. Bireylerin günlük yaşamlarında makul seviyede risk almalarını desteklemekten korkmak, çoğu bireyin yapabileceği şeyleri yapabilmesini engelleyebilir. Bu durumda düşünülmesi gereken şey, bir eylemin sonucu ve bunun sonucunda herhangi bir zarar gelme ihtimalidir. Bağımsızlık, refah ve tercih açısından faydalar göz önüne alındığında, bireyin belirlenmiş riskleri

yönetmesine ve kendilerine en uygun şekilde yaşamalarını sağlayan bir destek planına sahip olması mümkün kılınmalıdır (Hepple ve ark., 2015). Hiçbir eylem tamamen risksiz değildir. Pozitif risk alma, tüm seçeneklerin doğasında olan riskleri kabul eder ve hizmet kullanıcısının özerkliğini ve yaşam hedeflerini destekleyecek riskleri seçmeye çalışır (Wrycraft, 2009 ve Higgins ve ark., 2015). Mevcut kaynakların kullanılmasını, istenilen sonuçların elde edilmesini ve potansiyel zararlı sonuçların en aza indirilmesini içerir (Morgan, 2011). Hemşirenin buradaki rolü; bireyin kişisel gelişimi ve öğrenmesi için fırsat sağlayacak olan riskleri dengelemek ve kötü sonuçları en aza indirmektir. Pozitif risk alma, risk değerlendirme ve güvenlik planlamasıyla birlikte ele alınmalıdır (Higgins ve ark., 2015).

## **2.2.Risk Değerlendirmesi ve Güvenlik Planlaması Uygulama İlkeleri**

Risk değerlendirme, uygulayıcının riskin nasıl akut hale gelebileceği ya da riskin nasıl tetiklendiği hakkında karar verdiği ve bu konuyla ilişkili bilgileri belgelendirdiği bir süreçtir. Riski hazırlayan, hızlandıran, sürdüren ve koruyan faktörleri ve bu faktörlerin birbirleri ile nasıl etkileşimde bulunarak riski ortaya çıkardıklarını belirler ve tanımlar (Hepple ve ark., 2015). Riskli davranışlar bireysel, çevresel ve durumsal faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkar (O'Rourke ve ark., 2006).

Rutin ruhsal sağlık değerlendirmesinin bir bölümü olarak risk ve gereksinimlerin izlenmesi gerekmektedir. Risk bazen çok kısa zaman aralıklarında değişebilmektedir. Bu nedenle riskin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi için bir prosedür olmalıdır. Aynı zamanda bu zaman aralıkları katı bir şekilde sınırlandırılmamalıdır. Bu prosedür, özel durumlarda daha erken bir dönemde yapılabilecek şekilde esnetilebilir olmalıdır (DH, 2007). Literatürde risk değerlendirmesinin; hasta servise kabul edildiğinde, her risk olayından sonra, hasta izinli ayrıldığında, bakımın tekrar düzenlendiği durumlarda, multidisipliner ekibin bakım eleştirilerinde, klinik süpervizyonlarda hasta riskinin tartışıldığı durumlarda, bakım programı yaklaşımlarında, taburculukta (Hepple ve ark., 2015), bakım transferleri veya değişikli durumlarda, yaşam olayı değişikliklerinde, önemli ruhsal durum değişikliklerinde (Judson ve ark., 1998) yapılması gerektiği bildirilmektedir.

Higgins ve ark., (2015) risk değerlendirme ve güvenlik planlaması ile ilgili 20 temel ilke belirlemiştir. Bu ilkeler aşağıda maddeler halinde sunulmuştur.

İlke 1: Hizmet kullanıcıları değerlendirme ve güvenlik planlama sürecinde aktif olarak katılmalı.

İlke 2: Hizmet kullanıcıları ile bakım sağlayıcıların tamamı arasındaki güven verici bir ilişkinin olması etkili bakım ve güvenlik planlaması için en iyi temel noktadır.

İlke 3: Kapsamlı bir risk değerlendirmesi, hizmet kullanıcılarına karşı yargısız ve olumlu bir tutum gerektirir.

İlke 4: Bir risk değerlendirmesi, bireyin genel mental sağlık değerlendirmesi ve iyileşme planının ayrılmaz bir parçasıdır.

İlke 5: Bütüncül olarak düşünülerek verilen klinik karar, risk değerlendirmesi için en iyi yaklaşım olarak düşünülür.

İlke 6: Risk değerlendirmesi ve güvenlik planlaması, güçlü yönlerle dayalı bir yaklaşım benimsemeli ve koruyucu faktörleri dikkate almalıdır.

İlke 7: Terapötik veya pozitif risk, risk değerlendirmesi ve güvenlik planlama süreçlerini desteklemelidir.

İlke 8: Riskin kapsamlı bir değerlendirmesi, başkalarının kaynaklanan riskler ve "iyatrojenik riskler" kadar hizmet kullanıcılarının kendilerine ve başkalarına verdiği risklerin dikkate alınmasını içerir.

İlke 9: Bir risk değerlendirmesi ve güvenlik planı, risk faktörlerinin nedenlerini içermelidir.

İlke 10: Risk değerlendirmesi ve güvenlik planlaması, statik veya bir kez yapılarak tamamlanan olay değil dinamik bir sürekli süreçtir.

İlke 11: Risk değerlendirmesi ve güvenlik planlaması, çok disiplinli bir katılım durumunda en iyi şekilde tamamlanır.

İlke 12: Risk değerlendirmesi bir güvenlik planı ile takip edilirse etkilidir.

İlke 13: Güvenlik planları, pozitif riskleri desteklemek, olumsuz olayları önlemek veya bu mümkün olmadığında, oluşan zararın en aza indirgenmesini amaçlayan esnek stratejiler geliştirmeyi içermektedir.

İlke 14: Etkili iletişim sağlamak için güvenlik planının açıkça belgelenmesi gerekmektedir.

İlke 15: Mümkin olan yerlerde aile/önemli diğer kişileri dahil etmek iyi bir uygulamadır.

İlke 16: Risk değerlendirme ölçekleri, diğer risk değerlendirme ve güvenlik planlama faaliyetleri ile birlikte en iyi şekilde kullanılır.

İlke 17: Risk değerlendirmesi ve güvenlik planları, danışan birey ve çok disiplinli ekiple düzenli olarak gözden geçirilmelidir

İlke 18: Hizmet kullanıcıları tarafından paylaşılan bilgiler, ekip içinde gizlidir ve yalnızca yasalar veya mesleki yönergeler tarafından talep edildiğinde açıklanır.

İlke 19: Risk değerlendirmesi ve güvenlik planlaması, örgütsel ve mesleki politikalar ve yönergeler bağlamında gerçekleşir.

İlke 20: Sürekli eğitim ve denetim, risk değerlendirmesi ve güvenlik planlamasında yetkin uygulamalar için gereklidir.

### **2.3.Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Risk Değerlendirmesi**

TRSM'ler gerek sosyal psikiyatrinin felsefesine, gerekse toplum ruh sağlığı uygulamasına uygun yapılanmalardır. TRSM'lerde bireysel bakım planları, ev ziyaretleri, tedaviye uyumu artırma, uyumlandırma, ruhsal eğitim, aile eğitimi, ruhsal-toplumsal beceri eğitimi, çeşitli uğraşı çalışmaları (resim, müzik, el sanatları, trikotaj, yazma gibi) yapılmaktadır. Türkiye'de ilk TRSM 2008 yılında Bolu'da açılmıştır. Bu tarihten itibaren TRSM'lerin sayısı artmış olup 2016 yılının sonuna kadar 236'ya çıkması hedeflenmiş ancak 2018 yılındaki mevcut TRSM sayısı 143'e ulaşmıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre her 100-300 bin nüfusa bir tane TRSM düşmesi planlanmaktadır (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2011).

Türkiye'deki TRSM'lerde şizofreni ve benzeri psikotik bozukluğu olanlar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkları olan bireylere, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetleri, takip ve tedavilerin yapılması gibi hizmetler verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). TRSM'lerin taburculuk sonrası dönemde, hastaların güçlendirilmesini ve toplumla bütünleşmesini hedef alan iyileştirme, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmaların yapılması, hastalık durumlarının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve izlenmesi, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ve diğer ilgili

personelerle ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmesini esas almaları gerekmektedir. Türkiye'deki TRSM'ler için hazırlanan çalışma rehberinde bütün TRSM personelinin risk değerlendirmesi, klinik agresyon yönetimi ve intihar riskinin yönetimi konularında eğitileceği ibaresi yer almakta ve bu amaca yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından personelerle eğitim verilmektedir. TRSM'lerde takip edilen hastalar intihar, şiddet, alevlenme ve kırılabilirlik riskleri yönünden değerlendirilerek risk yönetimi uygulamaları yapılmaktadır (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2011).

Psikiyatrik bakım alanlarında karşılaşılan riskler, psikiyatri hastalıklarının doğası nedeniyle oldukça fazladır. Bunlar; intihar, şiddet, kendine zarar verme, kırılabilirlik, ihmal, istismar, alevlenme, madde bağımlılığı gibi risklerdir. Özellikle TRSM'lerde güvenlik önlemleriyle ilgili kısıtlamaların çok fazla olmadığından dolayı, dikkatli risk değerlendirme yapılmadığı takdirde ölümlerle sonuçlanabilecek durumlara karşılaşılabilmektedir.

### **2.3.1. İntihar ve İntihar Riskinin Değerlendirilmesi**

#### **2.3.1.1. İntihar tanımı**

**İntihar:** Ölümle sonuçlanan kasıtlı, kendine zarar verme davranışıdır ( Jacobs ve ark., 2010). Genellikle “kendine zarar verme” ve “intihar” terimleri birbirinin yerine kullanılır ancak hem kavramsal hem de tedavi düzeyinde farklıdır (Perlman ve ark., 2011). Kasıtlı kendine zarar verme, intihar amaçlı olmaksızın vücut dokularının kasıtlı, doğrudan yaralanması veya kendini zehirlenme olarak tanımlanır (Klonsky, 2007; NHS, 2017). İntihar davranışlarını kasıtlı kendine zarar vermektan ayırt etmedeki zorluk kişinin niyetini belirlemektir. Ölümle sonuçlanmayan intihar davranışlarının “ölümcül olmayan” veya daha yaygın olarak “intihar girişimi” olduğu kabul edilir (Perlman ve ark., 2011). **İntihar girişimi,** Bireyin ölmek istediğine dair kanıtlarla (açık veya örtülü) birlikte, ölümle sonuçlanmayan kendine zarar verme davranışıdır ( Jacobs ve ark., 2010). **İntihar niyeti:** Bireyin öznel olarak yaşamına son verme arzusu ve beklentisi olarak tanımlanır. **İntihar düşüncesi** ise ölmeyi isteme düşünceleridir. İntihar planının özgüllüğü ve intihar niyetinin derecesine bağlı olarak ciddiyeti değişebilmektedir.

### **2.3.1.2.İntihar Epidemiyolojisi**

İntihar dünya çapında ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir (Nock ve ark., 2012). Dünyanın bütün bölgelerinde ve bütün sosyo ekonomik düzeylerde görülmektedir. Küresel olarak, her yıl 800.000'e yakın insan intihar nedeniyle ölmektedir. Tüm intiharların neredeyse üçte biri genç insanlardan oluşturmaktadır. İntihar, 15-29 yaşları arasındaki bireylerin ikinci önde gelen ölüm nedeni; 15-19 yaşları arasındaki kadınlar için yine ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Bu veriler, tüm dünyada yaşları standardize edilmiş intihar oranlarının 2016 yılında her 100 000 de 10,5 oranında olduğunu göstermektedir. İntihar oranının her 100 000 de kadınlar için 7,5; erkekler için 13,5'tur (WHO, 2018).

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) verilerine göre Türkiye'de 2013 yılında 1347'si erkek, 463'ü kadın olmak üzere toplam 1810 birey intihar nedeniyle yaşamını yitirmiştir. İntihar nedeniyle ölümler yaş ve cinsiyet açısından değerlendirildiğinde: erkeklerin en sık intihar ettiği dönem 35-54 yaşları arasındadır (477 intihar) ve bu yaş grubundaki intihar sayısı diğer yaş gruplarından belirgin bir şekilde fazladır. Kadınlarda ise, en sık intiharın 15-24 yaş aralarında olduğu (133), buna çok yakın bir oranla 35-54 yaş grubunda da (118) intihar sayısının fazla olduğu göze çarpmaktadır (WHO, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) verilerine göre Türkiye'de 2015 yılında 2358 erkek, 888 kadın; 2016 yılında 2426 erkek, 767 kadın; 2017 yılında 2368 erkek, 701 kadın intihar nedeniyle yaşamını yitirmiştir (TUIK, 2017).

### **2.3.1.3.İntiharı Önlemek İçin Küresel Eylem**

İntiharın önlenmesi sadece bireyler ve aileler için değil aynı zamanda toplumun refahına, sağlık sistemine ve ekonomiye de büyük yarar sağlamaktadır. 2013 yılında, Dünya Sağlık Örgütü 2013-2020 Ruh Sağlığı Eylem Planı, Dünya Sağlık Meclisi tarafından kabul edilmiştir (WHO, 2013). Eylem planı, 2020 yılına kadar ülkelerdeki intihar seviyesini % 10 oranında azaltma hedefine ulaşmak için intiharı önlemenin önemli bir öncelik olduğunu belirtmektedir. Bu eylem planı, intiharların dünya çapında ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve uygun çabalarla intiharların önlenebilir olduğunu vurgulamaktadır.

2015 yılında, 2030 yılına kadar nelerin başarılabilceğine odaklanan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Sustainable Development Goals), Birleşmiş

Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilmiştir. Binyıl Kalkınma Hedefleri kapsamından çok daha geniş bir kapsamda Binyıl Kalkınma Hedeflerinin (Millennium Development Goals) üçüncü hedefi ise, sağlıklı yaşam sağlamak ve her yaş için refahı desteklemektir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin amacı; bulaşıcı olmayan hastalıklardan erken ölüm oranını 2030 yılına kadar üçte bir oranında azaltılması, önlenmesi, tedavi edilmesi ve zihinsel sağlık ve iyiliğin desteklenmesidir.

Dünya genelinde intiharı önlemeye yönelik yukarıda açıklanan eylemler doğrultusunda Türkiye’de 2011-2023 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında intiharı azalmaya yönelik hedef ve stratejiler belirlenmiştir. Bu eylem planında intiharı azaltma hedefine yönelik olarak dört temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejiler aşağıda listelenmiştir:

- İntiharı önleme konusunda farkındalık yaratılması
- Geride kalanlara yönelik girişimlerde bulunulması
- Medyanın intihar konusunda haber yapma tutumu ile ilgili çalışmalar yapılması
- İntihar girişiminde kullanılan araçlara ulaşımın azaltılması

#### **2.3.1.4.İntihar Risk Faktörleri**

İntihar davranışını kesin olarak gösterebilecek bir yöntem yoktur (Judson ve ark., 1998). Risk değerlendirmesinde, sağlık profesyonelleri kendi klinik deneyimlerine güvenmeli ancak kanıt temelli bilgiler doğrultusunda değerlendirmelerini doğrulamalıdır (Fawcett ve ark., 2006). Geçmiş intihar girişimlerini, mevcut planları, girişim olasılığını ve koruyucu faktörleri sorgulayan basit bir algoritma, intihar girişimi potansiyeline sahip olduğu düşünülen hastaların risk sınıflandırması için kısa bir değerlendirme işlevi görebilir (Dube, 2010). Bu bölümde, bireylerin intihar girişimi risk seviyelerini belirlemede yol gösterici olabilecek bazı kanıt temelli araştırma bulgularına yer verilmiştir.

Araştırmalar genellikle intihar riskini tahmin edilmesinde diyatez-stres modellerinin kullanılmasını önermektedirler. Bu modele göre; erken dönem olumsuz yaşam deneyimleri (Brodsky ve ark., 2001), yakın zamanlardaki stresli yaşam olayları (Chang ve ark., 2010), psikopatolojinin seviyesi (Conner ve ark., 2003) ve yalnızlık ile mevcut dürtüsellik arasındaki etkileşim olduğu kabul edilmektedir. Bu durumun bir

istisnası ise; birden fazla intihar girişimi deneyimleyen bireylerin, stresli yaşam olaylarının intihar krizinin yoğunluğu ile korelasyon göstermemesidir (Joiner ve Rudd, 2000). Bu istisnai duruma, çoklu intihar girişimlerinin, ağrı, ölüm korkusu ve olumsuz sosyal sonuçlar gibi normal engelleri azaltarak alışkanlığa yol açabilmesinin neden olabileceği belirtilmektedir (Joiner, 2005).

Hastalar genellikle geçmiş intihar krizlerine veya güncel intihar girişimlere benzer şekilde ön belirtiler ve semptomlar gösterirler. Bu klinik örnekleri tanımlamak, klinisyene hastanın geçmiş semptom kalıbı ile karşılaştırıldığında hastanın mevcut intihar risk seviyesini değerlendirme yolu sunar. İntihar krizleri sırasındaki semptomların ilerlemesi tutarlı olsa da, intihar girişimi veya tamamlama yöntemi (yöntem değişikliği) farklı olabilir. Isometsa ve arkadaşlarının (1995) önceki intihar girişimlerini incelediği sistematik bir araştırmada (n=1,397) intihar girişiminde bulunanların % 82'sinin en az iki farklı yöntem kullandığı tespit edilmiştir. Amerikan İntihar Derneği, intihar riskinin tespit edilmesi ile ilgili sorunların ele alınması için bir çalışma grubu oluşturmuştur. Araştırma grubu gerçekleşmek üzere olan intihar riskinin yakın dönem belirtilerine odaklanmıştır (Rudd ve ark., 2006). Araştırma sonucunda; genel olarak risk faktörlerinin sabit olmasına rağmen, intihar düşünceleri, hazırlık eylemleri, stresli yaşam olayları ve bilişsel/duyuşsal durumlar gibi uyarı işaretlerinin epizodik ve gerçekleşmek üzere olan bir intihar krizini daha öngörücü olabileceği sonucuna varılmıştır.

DSÖ (2015), “intihar için en güçlü risk faktörünün önceki bir intihar girişimi olduğunu” belirtmektedir (Bryan ve ark., 2009 ve Bryan ve Corso 2014). Araştırmalarda en fazla rapor edilen risk faktörleri; olumsuz çocukluk çağı deneyimleri, stresli yaşam olayları, ailede intihar öyküsü ya da psikiyatrik patoloji, duygudurum bozuklukları öyküsü, anksiyete bozukluğu, psikotik bozukluk, intihar düşüncesi ve davranışları öyküsü, arkadaş ve ailenin yakın zamandaki intihar girişimleridir. Diğer belgelenen risk faktörleri, sosyal izolasyon, önceki girişimin ölümcüllüğü ve ruminasyondur. Bazı araştırma sonuçları, psikiyatrik hastalık, kronik tıbbi hastalık, psikososyal stres ve araçların bulunabilirliğini intihar için risk faktörleri olarak açıklamaktadır (Falcone ve ark., 2018). Geçmiş intihar davranışları ve intihar niyetinin nesnel göstergeleri (örneğin, planın özgüllüğü, öldürücü araçlara erişim, harekete geçme fırsatı) gelecekteki intihar davranışının çok daha güçlü tahmin edicileridir ve bu nedenle diğer intihar risk faktörlerine göre daha ön planda olmalıdır



(Bryan ve ark., 2009 ve Bryan ve Corso 2014). Tıbbi olarak ciddi intihar girişimleri, ölüm riskinin artması ve tekrarlanan intihar girişimleri ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Beş yıllık bir takip çalışması, tek bir intihar girişimi yapan bireylerin ortalama bir bireyden intihar nedeniyle ölme ihtimalininin 48 kat daha fazla olduğunu satmamıştır (Beautrais, 2004). Finlandiya’da yapılan 18.199 intihar girişimi vakasının epidemiyolojik çalışmasında, beş yıl içinde intihar girişimini tekrarlama riski %30; intihar nedeniyle ölüm riski %10 olarak bulunmuştur (Haukka ve ark., 2008). 10 yıllık prospektif çalışmaların ayrıntılı incelendiği bir araştırmada intihar fikrinin sınırlı öngörücü faydası vurgulanmaktadır (Borges ve ark., 2008). Araştırmada intihar düşüncesi, intihar planları, hareketler ve ciddi girişimler konularında 5001 kişiyle görüşülmüştür. Araştırma sonucuna göre; intihar düşüncesi, gelecekteki intihar fikrini öngörmektedir ancak geçmiş bir intihar planı veya girişiminin yokluğunda gelecekteki intihar girişimi riski ile negatif yönde ilişkilidir. Ayrıca, geçmiş intihar planlarının olmasının gelecekteki girişimlerini öngörmediği, fakat gelecekteki intihar düşüncesi ve intihar planlarının olasılığını öngördüğü, yalnızca bir önceki intihar girişimi öyküsünün gelecekteki intihar girişimi ile anlamlı ve pozitif bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir (Borgesve ark., 2008). Başka bir çalışmanın sonuçları ise ürperticidir: 76 psikiyatri hastasıyla yapılan ileriye dönük bir çalışmada, intiharı tamamlayanların % 78'inin, ölümden önceki son insan teması sırasında intihar düşüncesi veya niyetini reddetmiştir (Busch ve ark., 2003). Bu çalışma sonucu intihar girişimi riski değerlendirmesinin karmaşıklığını göstermektedir. Birçok çalışma, hastanın geçmişinde bir intihar girişimi öyküsünün olmasının, gelecekteki intihar girişimi ihtimalini en güvenilir şekilde öngören bir risk faktörü olduğu konusunda hemfikirdir (Madsen ve ark., 2012; Nordentoft, 2012; Olfson ve ark., 2012; Hjorthøj ve ark., 2014 ve Walsh ve ark., 2015). Toplam 21.385 denekten oluşan bir sistematik inceleme araştırmasında, daha önce kendine zarar verme girişimi olan bireylerin genel popülasyona göre intihar etme ihtimalininin yaklaşık 25 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Foley ve Kelly, 2007). Bir intihar girişimi için hastaneye yatırılan hastaların yaklaşık % 1 ila 6'sının, bir sonraki yıl intihar edeceği, riskin daha yaşlı hastalarda veya tekrarlanan girişimler öyküsü olanlarda daha yüksek olacağı belirtilmektedir (Hodelet ve Hughson, 2001; Hawton, 2003 ve Qin ve ark., 2006). İntihar girişimleri gelecekteki intihar için önemli riskler taşımaktadır, ancak risk kesin olmaktan uzaktır (Fowler, 2012). Hastaların intihar düşüncelerinden, intihara teşebbüs etmeye nasıl geçtiği henüz belli değildir (Falcone ve ark., 2018). Bu sonuçlar

doğrultusunda, yeni bir intihar girişimi için intihar girişimi öyküsünün olması üstünde artan bir geçerlilik olduğunu söylenilebilir (Cha ve ark., 2010).

İntihar riski değerlendirmesi, yalnızca depresyon ve/veya intihar düşüncesi varlığının taranmasının ötesine uzanır. İntihar risk değerlendirmesi; madde kullanımı, kendine zarar verme davranışları öyküsü, umutsuzluk ve kronik ağrı da dahil olmak üzere bir çok durumu kapsayacak şekilde ele alınmalı ancak bunlarla sınırlı kalmamalı, çoklu risk faktörlerinin değerlendirilmesini de içermelidir (Bryan ve Rudd, 2011). Kırılganlık faktörlerinin (diatez: saldırganlık/ dürtüsellik/karamsarlık, sınırda kişilik bozukluğu, madde kullanımı, bireysel/ailesel intihar eylemleri öyküsü, fiziksel hastalık ve sosyal destek yetersizliği) çevresel faktörler (maddi sıkıntı, sosyal bozulma, etkilenme), akut zehirlenme veya majör depresif dönemleriyle birlikte olmasını içeren stres-diatez modeline aşına olunmalıdır.

Klinisyenler ve araştırmacılar uzun zamandan beri bazı psikiyatrik bozuklukların intihar girişimi için diğerlerinden daha fazla risk taşıdığını varsaymakta ve konuyla ilgili araştırmalar yapılmaktadır. Retrospektif ve psikolojik otopsi çalışmaları, teşhis edilebilir bir ruhsal hastalığın tamamlanmış tüm intiharların en az % 90'ında mevcut olduğunu göstermektedir (Isometsa ve ark., 1995; Rich ve ark., 1986 ve Conwell ve ark., 1996). Bu psikiyatrik tanıların yarısı ve/veya üçte ikisi, duygudurum bozukluğu teşhisidir (Herrera, 2018). Bu verileri doğrular biçimde Harris ve Barraclough (1998), zihinsel gerilik dışında tüm psikiyatrik bozukluklarda intihar riskinin arttığını tespit etmiştir. Harris ve Barraclough'un yaptıkları sistematik bir derleme ve ruhsal bozuklukların mortalitesi ile ilgili tıbbi literatürdeki 249 raporun metaalizinde, psikiyatrik bozukluklar için Standart Ölüm Oranı (SÖO) belirlenmiştir. Araştırmada belirli bir psikiyatrik bozukluk için göreceli intihar riski, genel popülasyonda beklenen intihar oranı ile karşılaştırılmıştır. En yüksek SÖO'nun (23.14) yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, zihinsel gerilik dışında tüm psikiyatrik tanılarda SÖO yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bu bulgulardan farklı olarak Oquendo (2003), yaşam boyu intihar girişimi oranlarının bazı psikiyatrik bozukluklarda çok yüksek olmasına rağmen (bipolar bozuklukta % 29, majör depresif bozuklukta % 16), psikiyatrik hastalığın intihar eylemleri için yeterli bir durum olmadığını vurgulamaktadır. Bazı psikiyatrik tanıları arasında intihar girişimi risk seviyelerini karşılaştıran bir araştırmanın bulguları; madde bağımlılığı ve yeme bozukluğu tanısı alan kişilerde intihara bağlı ölüm oranlarının en yüksek, duygu

durum ve kişilik bozuklukları için orta derecede yüksek, kaygı bozuklukları için nispeten düşük oranlar olduğunu ortaya koymuştur (Harris ve Barraclough, 1998). Üç yıllık prospektif bir çalışmada, bipolar bozukluğa eşlik eden madde kötüye kullanımı bozukluğu olan bireylerin gelecek dönemlerde intihar girişimleri yapma ihtimalinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yen ve ark., 2003). Birden fazla madde kullanımı ile intihar riski daha da yükselmektedir (Borges ve ark., 2000). İntihar girişimi olan erkeklerin %30-40'ının, kadınların %15-20'sinin alkol kötüye kullanımı söz konusudur veya alkol bağımlısıdır. Normal popülasyonla karşılaştırıldığında, alkol bağımlısı bireylerde intihar riski 7 kat daha fazladır (Gorwood, 2001).

Soloff ve Fabio (2008), majör depresyon ve bipolar bozukluğun birlikteliğine zayıf sosyal uyum eklendiğinde, 12 aylık takipteki intihar girişimlerini öngördüğünü bulmuşlardır. Fawcett ve ark.'ın (2006) yaptıkları araştırmada; düşünce sokulması, büyüklük ve zihin okuma sanrıları dışındaki sanrıları olan depresyon hastaları ile yalnızca depresyonu olan hastalar karşılaştırıldığında intihar açısından anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır. Coryell ve arkadaşları (1996), 10 yıllık bir kohort çalışmasında (n=787), psikotik depresyonu olan hastalar ile psikotik olmayan depresyonu olan hastalar arasında intihar sıklığı arasında fark olmadığını tespit etmişlerdir. Bu araştırma bulgularından farklı olarak, Warman ve arkadaşlarının yaptıkları bir kohort çalışmasında (n=158), iki yıl boyunca heterojen bir psikotik ve psikotik olmayan intihar girişimi grubunu takip etmişlerdir. Psikotik bozukluğu olan hastaların intihar girişimi oranının, psikotik olmayan hastalardan yaklaşık olarak iki kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. İntihar düşüncesi, intihar planları ve intihar girişimlerinin değerlendirildiği 10 yıllık prospektif bir çalışmasından elde edilen kanıtlar, bozukluk türlerinden ziyade eşzamanlı olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların toplam sayısının, sonraki intihar davranışlarını tutarlı ve daha öngörücü olduğunu ortaya koymuştur (Borges ve ark., 2008). Bu tür kanıtlarla ilgili çelişkili durum, psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin çoğunun hiçbir zaman intihar girişiminde bulunmamasıdır (Fowler, 2012).

Kişilik bozukluklarında intihar riskinin arttığını gösteren pek çok araştırma bulgusu vardır. Tamamlanmış intiharların değerlendirildiği bir araştırmada, bireylerin %9-28'nde kişilik bozukluğu tanısı olduğu belirlenmiştir. Kişilik bozukluğu olup aynı zamanda daha önce intihar girişimi olan bireylerde intihar riski %55'lere kadar yükselmektedir (Soloff ve ark., 1994). Sınırdaki kişilik bozukluğu, intihar riskinin en

yüksek olduğu kişilik bozukluğu grubudur. Nitekim, toplum taramalarında tamamlanmış intiharların üçte birinde sınırda kişilik bozukluğu tanısının bulunduğu saptanmıştır ( Söderberg 2001 ve Holma ve ark., 2010). Benzer şekilde bir çalışmada sınırda kişilik bozukluğu tanılı bireylerin %46-92'sinin intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (Black ve ark., 2004 ). Anti-sosyal kişilik bozukluğu da intihar için risk faktörü olarak tanımlanan diğer bir kişilik bozukluğu türüdür (Joiner ve ark., 2005). Bir araştırmada kişilik bozukluğunun ciddiyeti ile (iki veya daha fazla kişilik bozukluğunu karşılama kriteri tanımlanmış) tekrarlayan intihar girişimleri arasında korelasyon bulunmuş, ancak bu etkinin sadece ağır kişilik bozukluğu olan genç kadınlar için geçerli olduğu belirtilmiştir (Blasco-Fontecilla ve ark., 2009).

İntihar girişimi riskinin değerlendirilmesinde; psikolojik kırılganlıkların değerlendirilmesi mantıklı bir yaklaşım gibi görünse de, deneysel literatür gözden geçirildiğinde dürtüsellik/saldırganlık, depresyon, kaygı, umutsuzluk ve kendini algılama/sosyal geri çekilme gibi incelenen çeşitli psikolojik konular için karışık sonuçlar ortaya koymaktadır. Dürtüsellik/saldırganlıkta önemli bir genetik yatkınlık söz konusu olup aile üyeleri intihar girişiminde bulunan bireylerde intihar girişiminde bulunma riski artmaktadır ancak bu ilişkiyi etkileyen birçok faktör olduğundan tek bir risk faktörünün öngörü geçerliliği azdır (Turecki, 2005).

Stresli yaşam olayları intihar riskini artırmaktadır (Brent ve ark., 1993). İntihar eden bireylerde, son 1 yıl içinde bir veya daha fazla stresli yaşam olayı öyküsü bulunmaktadır. Stresli yaşam olayları psikiyatrik hastalık oluşumundan bağımsız olarak intihar riskini artırmaktadır. Stresli yaşam olaylarının intihar girişimine yatkın bireylerde tetikleyici olduğu düşünülmektedir ( Foster, 2011). Stresli yaşam olayları karşısında işlevsel olmayan ve pasif başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullanan kişilerde intihar girişimi oranı yükselmektedir (Konkan ve ark., 2014). Stresli yaşam olaylarından, özellikle kişilerarası ilişkilerin istikrarına zarar veya tehdit içerenler, intihar riski ile ilişkilendirilmektedir (Paykel ve ark., 1975 ve Heikkinen ve ark., 1997). İntihar girişiminden önceki ay içindeki kişilik bozuklukları ve belirli olumsuz yaşam olayları arasındaki bağlantıyı inceleyen bir araştırmanın sonucunda; intihar girişiminde bulunanların, aşk ve evlilik problemleri veya hapsedilme gibi yasal sorunlar ile ilgili olumsuz stresli bir yaşam olayı yaşama durumlarının daha yüksek oranlarda olduğu tespit edilmiştir (Yen ve ark., 2005). Bu bipolar bozukluk, majör

depresif bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü temel tanılarında da geçerlidir.

Psikiyatrik bir durumla hastanede yatma, intihar riskini azaltma amacına rağmen, stresli bir yaşam olayı olarak işlev görebilir. Çok sayıda çalışma, hastaneye yatma ve taburcu olduktan kısa bir süre sonra intihar riskinin yüksek olduğunu göstermiştir (Appleby ve ark., 1999; Goldacre ve ark., 1993 ve Rossau ve Mortensen, 1997). Benzer şekilde Hunt ve arkadaşları (2009), taburculuk sonrası ilk gün, ilk hafta ve ilk ayın intihar için en yüksek risk dönemleri olduğunu, intihar girişiminin taburculuk ve taburculuk sonrası bakımı takip etmeme durumları ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu, ancak hastanede yatış süresi ile ilişkili olmadığını tespit etmişlerdir.

İntihar riskini artıran diğer bir durum fiziksel hastalıklardır (Harris ve Barraclough, 1997). İntihar eden kişilerin yaklaşık %5'inin intihar ettikleri sırada önemli bir fiziksel hastalığa sahip oldukları, yaşlı popülasyonda bu oranın %70'e kadar yükseldiği bildirilmektedir (Erlangsen ve ark., 2005). Ölümcül hastalığa sahip bireylerde ise intihar riski genel topluma göre 2-4 kat fazladır (Henriksson ve ark., 1995). İşlevselliği ve kişinin dış görünüşünü bozan, bilişsel işlevleri etkileyen, kronik ağrılı, kişileri başkalarına bağımlı hale getiren, görme ve işitme yetilerini bozan hastalıklarda risk daha da yükselmektedir (Chehil ve Kutcher, 2012). Epilepsi, multipl skleroz, kafa travmaları, beyin ve omurilik hastalıkları, sistemik lupus eritematozis, kardiovasküler rahatsızlıklar, Huntington koresi, demans, AIDS gibi nörolojik hastalıklar, Cushing sendromu, Klinefelter sendromu ve porfiri gibi endokrin hastalıklar, peptik ülser, karaciğer sirozu, prostat hipertrofisi ve kronik renal rahatsızlıklar gibi kronik seyir gösteren hastalıklarda da intihar riski artmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Umutsuzluğun depresyon ve intihar düşüncesi ile ilişkisi de bilinmekte ve intiharın güçlü bir yordayıcısı olduğu kabul edilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da intihar riski açısından umutsuzluğun yordayıcılığı gösterilmiştir (Batıgün, 2008). Yakın zamanda yapılan 10 yıllık bir takip çalışmasında hem retrospektif hem de prospektif değerlendirmelerde umutsuzluğun, intihar düşüncesi ve girişimi olan bireylerde olmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Qiu, ve ark., 2017).

İnsanların temel psikolojik ihtiyaçların biri olan sosyal bağ kurma Baumeister ve Leary (1995) tarafından aidiyet ihtiyacı olarak tanımlanmıştır. Önem verilen gruplara veya ilişkilere aidiyet ihtiyacının temel, güçlü ve son derece yaygın bir motivasyon olduğunu savunulmuş, bu ihtiyaç karşılanmadığında ise sağlık, uyum ve iyilik hali üzerinde pek çok olumsuz etkisinin olabileceği ortaya konulmuştur. Ait olma duygusunun intihar için koruyucu bir faktör olduğu yapılan araştırmalarla ıspatlanmıştır (Joiner ve ark., 2006). Sosyal izolasyon; intihar düşüncesinin, girişimlerinin ve yaşam boyu ölümcül intihar davranışının en güçlü ve güvenilir yordayıcılarından birisidir (Conwell, 1997; Trout, 1980 ve Joiner ve Van Orden, 2008).

İntihar ve intihar girişimini öngörmeye genetik göstergelerin tahmin edici değeri (yoğun olarak çalışılan serotonin taşıyıcı gen 5-HTTLPR dahil) henüz tam olarak anlaşılmamıştır (Arango ve ark., 2003). Bu durum, stresli yaşam olaylarına yetişkinlerin tepkileri ve nörolojik gelişim üzerine erken dönem olumsuz yaşantılar tarafından etkilenen gen çevre etkileşiminden kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmaktadır (Currier ve Mann, 2008). Bugüne kadar yapılan araştırmaların sonuçları göz önüne alındığında, gelecekteki intihar riskini değerlendirmek için tek bir statik risk faktörünün yeterli bir teşhis aracı sağlamamaktadır (Fowler, 2012). İlgi çekici bir gen-çevre çalışmasında, serotonin taşıyıcı fonksiyonel promotör polimorfizmi (5-HTTLPR), son günlerdeki stresli yaşam olayları ve intiharla ilgili davranış arasında bir bağlantı olduğunu gösterilmiştir (Caspi ve ark., 2003). Çalışmada, dört ya da daha fazla stresli yaşam olayının bir kombinasyonu, artan intihar düşüncesi ve 5-1 TTLPR geninin kısa formunun iki kopyası olan bireyler için, yapılan intihar girişimleriyle ilişkili olduğu bulunmuş, ancak genin iki uzun formuna sahip olanlar üzerinde minimum etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Aşağıdaki tabloda çeşitli sağlık ve intihar odaklı kuruluşlardan intihar risk faktörleri ve uyarı işaretlerinin listesine yer verilmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1: İntihar risk faktörleri**

<b>KURUM</b>	<b>Risk Faktörleri</b>	<b>Uyarı işaretleri</b>
Amerikan İntihar Birliği (Genç) (American Association of Suicidology) (Adults) (AAS, 2015)	Birden fazla uyarı işareti; beklenen ya da gerçek kayıplar ya da yaşam stresleri (örneğin, romantik ayrılıklar, yasal sorunlar, akademik başarısızlıklar); önceki intihar girişimleri.	Artan madde kullanımı; yaşam için hiçbir sebep veya amacın olmaması; kaygı, ajitasyon veya uyku problemleri; kapana kısılmış hissetmek; umutsuzluk; sosyal geri çekilme; hiddet ve öfke; dikkatsiz veya riskli davranışlar; dramatik ruh hali değişiklikleri.
Amerikan İntihar Birliği (American Association of Suicidology) (Youths) (AAS, 2015))	Birden fazla uyarı işareti; yeni veya artan uyarı işaretleri; gerçek veya beklenen kayıplar veya yaşam stresleri.	İntihar hakkında konuşmak ya da plan yapmak; umutsuzluk; şiddetli veya karşı konulmaz duygusal acı/sıkıntı; endişe verici davranışlar veya davranışlarda belirgin değişiklikler (örneğin, sosyal geri çekilme; uykudaki değişiklikler; öfke veya düşmanlık; artan ajitasyon veya sinirlilik).
Amerikan İntihar Önleme Birliği (American Foundation for Suicide Prevention) (AFSP, 2015)	Depresyon; bipolar bozukluk; şizofreni; sınırda veya antisosyal kişilik bozuklukları; davranış bozukluğu; psikotik bozukluklar veya semptomlar; madde bağımlılığı bozuklukları; ciddi veya kronik fiziksel sağlık sorunları; başkalarının intiharına maruz kalma; ölümcül araçlara erişim; stresli yaşam olayları; ailede intihar veya ruh sağlığı sorunları geçmişi; çocukluk çağı istismarı; önceki intihar girişimi.	İntihar hakkında konuşmak, yaşamak için bir nedene sahip olmamak, yük olma, kapana kısılmış hissetmek veya dayanılmaz bir acı; artan madde kullanımı; intiharı planlamak; dikkatsiz/umursamaz davranmak; sosyal geri çekilme; uyku problemleri; insanlara veda etmek; değerli eşyaların bağışlanması; saldırganlık; depresyon; ilgi kaybı; öfke ve sinirlilik; anksiyete; aşığılama.
Hastalık kontrol merkezleri (Centers for Disease Control) (CDC, 2015)	Ailede intihar veya çocuklukta kötü muamele öyküsü; önceki intihar girişimi; mental bozukluklar (özellikle depresyon); madde bağımlılığı; umutsuzluk; dürtüsel veya saldırgan eğilimler; intiharın asil/soylu olduğuna dair kültürel veya dini inançlar; bölgesel olarak intiharın yaygınlığı; sosyal izolasyon; ruhsal sağlık tedavisinin önündeki engeller; kayıplar; fiziksel hastalık; ölümcül araçlara erişim;	Kendine zarar verme hakkında konuşmak; artan madde kullanımı; ruh halinde değişiklikler, diyet veya uyku düzenindeki değişiklikler.

	stigma endişeleri nedeniyle yardım arama isteksizliği.	
Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health) (NIMH, 2015)	Mental bozukluklar (özellikle depresyon ve madde bağımlılığı); önceki intihar girişimi; ailede mental bozukluk, madde kötüye kullanımı, intihar, şiddet veya fiziksel/cinsel istismar öyküsü; evde silah veya ateşli silahların bulunması; hapsedilme; başkalarının intihar davranışlarına maruz kalmak.	Kendini öldürmekten bahsetmek veya kendini öldürmekle tehdit etmek; intiharı planlama; umutsuzluk; hiddet veya öfke; pervasız davranışlar; kapana kısılmış hissetmek; artan madde bağımlılığı; sosyal geri çekilme; anksiyete, ajitasyon veya uyku problemleri; dramatik ruh hali değişiklikleri; yaşamda amaç eksikliği.
Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) (WHO, 2015)	Mental bozukluklar (özellikle depresyon ve madde bağımlılığı); kriz anları; kronik ağrı ve hastalıklar; çatışma, afet, şiddet, istismar ve kayıplar; mülteci olmak, göçmen, yerliler, mahkum olmak veya heteroseksüel olmayan bir birey olmak; intihar girişimi öyküsü.	Belirtilmemiş.
APA: Amerika Psikiyatri Birliği: İntiharı Önleme, (APA: Suicide Prevention, 2016)	Önceki intihar girişimi/girişimleri, ailede intihar öyküsü, madde kötüye kullanımı, duygudurum bozuklukları (depresyon, bipolar bozukluk), ölümcül araçlara erişim (örneğin, evde ateşli silahların olması), kayıplar ve diğer olaylar (örneğin, bir ilişkinin kopması veya ölüm, akademik başarısızlıklar, yasal zorluklar, finansal zorluklar, zorbalık), travma veya istismar öyküsü, kronik ağrıyı içeren kronik fiziksel hastalık, başkalarının intihar davranışına maruz kalma.	Genelde ölme, ölüm veya intihar hakkında konuşmak veya yazmak; umutsuz, çaresiz veya değersiz olmakla ilgili yorumlar yapmak; Yaşama sebebi olmayan ifadeler: Yaşamda amaç yok; "Burada olmasaydım daha iyi olurdu" ya da "burada olmak istemiyorum" gibi şeyler söylemesi; alkol ve / veya uyuşturucu kullanımı artması; arkadaşlardan, aileden ve toplumdaki çekilme; görünüşte düşünmeden yapılan, umursamaz davranış veya daha riskli aktiviteler; dramatik ruh hali değişiklikleri; kapana kısılmış hissetmek veya başkalarına yük olma hakkında konuşmak.



Suicide Prevention Resource Center (Suicide Prevention Resource)	Önceki intihar girişimi/girişimleri; alkol veya diğer uyuşturucuların kötüye kullanılması ve kötüye kullanılması; mental bozukluklar, özellikle depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları; ölümcül araçlara erişim; intihar sonucu ölen birini tanımak, özellikle bir aile üyesi; sosyal izolasyon; kronik hastalık ve yetersizlik; davranışsal sağlık hizmetlerine erişim eksikliği.	Acil Risk: Ölmek veya kendini öldürmek istemesi hakkında konuşmak; online arama ya da silah alma gibi kendini öldürmenin bir yolunu araması; umutsuz hissetmek ya da yaşamak için bir neden olmadığı hakkında konuşması. Ciddi Risk: Kapana kısılmış ya da dayanılmaz acı içinde hissettiği hakkında konuşma; başkalarına yük olduğu hakkında konuşmak; alkol veya uyuşturucu kullanımını artırmak; endişeli veya sıkıntılı davranmak; umursamazca davranmak; çok az ya da çok fazla uyumak; geri çekilme ya da izole hissetme; öfke göstermek ya da intikam almaktan bahsetmek; aşırı ruh hali değişimleri sergilemek.
--	--	--

### 2.3.1.5. İntihar Riski İçin Koruyucu Faktörler

Risk faktörleri intihar araştırmalarının temel aldığı konudur ancak intihar davranışlarına karşı bir dereceye kadar dayanıklılık sağlayan koruyucu faktörler çok önemlidir. Çünkü risk ve koruyucu faktörlerin etkileşimi bireylerin intiharla ilgili sonuçlarını belirleyebilir (Goldsmith ve ark., 2002). Olumlu psikoloji hareketinin artması ve uygulanabilir bir psikolojik yapı olarak esnekliğe daha fazla vurgu yapılması ile birlikte koruyucu faktörler çalışmalara giderek daha fazla dahil edilmekte, ancak spesifik koruyucu faktörlerin ölçümü ve mekanizmaları belirsizliğini korumaktadır.

Bilişsel bir seviyeyi sürdürme yeteneği koruyucu bir faktör olarak işlev görmektedir (Malone ve ark., 2000 ve Linehan ve ark., 1983). Örneğin, kesitsel bir çalışmada, daha önce intihar girişiminde bulunmayan depresif hastaların, çocuklarına ve ailelerine karşı daha fazla sorumluluk duyduğunu, sosyal dışlanmadan korktukları, intiharı manevi olarak daha fazla kabul etmedikleri, daha fazla hayatta kalma ve başa çıkma becerileri gösterdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, daha önce intihar girişiminde bulunan depresyon hastalarıyla karşılaştırıldıklarında intihardan daha fazla korktukları belirlenmiştir (Malone ve ark. 2000). İki yıllık prospektif bir çalışmada, yaşamak için

nedenlerinin olmasının, depresif kadın hastaların gelecekteki intihar girişimlerine karşı koruyucu bir faktör olduğu ancak erkekler için aynı durumun söz konusu olmadığı tespit edilmiştir (Lizardi ve ark. 2007).

Sağlıklı ve iyi gelişmiş başa çıkma becerileri, stresli yaşam olaylarına karşı bir tampon sağlayabilir intihar davranışı olasılığını azaltır (Joseph ve Plutchik, 1994). Koruyucu faktörler arasında manevi itirazlar ve dini inançların gücü koruyucu görünmektedir. Genel olarak, bireylerin, güçlü dini inançları olduğu ve intiharın manevi olarak dini inanışla bağdaşmadığına dair bir inanca sahip olduklarında intihar düşüncelerinin daha az olması muhtemeldir (APA, 2003; Maris, 1981 ve Neeleman, ve ark., 1998). Dini ve manevi inanç ve usuller, başa çıkma stratejileri, umut ve amaç duygusu sunarak intihar riskini azaltabilir (APA, 2003).

Evlilik, intihara karşı bir derece koruma sağlar (Kposowa, 2000; Kreitman, 1988 ve Smith ve ark., 1988), ancak yüksek çatışma veya şiddet içeren bir evliliğin varlığı risk faktörü olarak işlev görebilir (APA, 2003). Gebelik sağlıklı kadınlar için intihar riskinin önemli ölçüde azaldığı bir dönemdir (Harris ve Barraclough, 1998); ancak, hamile gençler (13-19 yaş arası), düşük sosyoekonomik statüdeki hamile kadınlar ve doğum sonrası psikiyatrik bir durumla hastaneye yatırılan kadınlar için risk anlamlı derecede daha yüksektir (Appleby ve ark., 1998 ve Yonkers ve ark., 2001). Kadınlar için evde çocukların varlığı ek bir koruyucu etki sağlayabilir (Marzuk ve ark., 1997; Qin ve Mortensen, 2003 ve Nock ve ark., 2008). İlginçtir ki, çocuk sahibi olma intihar ve intihar girişimlerine karşı koruyucu bir faktör olsa da, çocuk yetiştirme ile ilgili stres intihar düşüncesi olasılığını artırır (Nock ve ark., 2008).

Ulusal bir ergen araştırmasının yeniden analizinde, Winfree ve Jiang (2010) okulda güvende hissetmenin intihar düşüncesi ve intihar girişimlerine karşı en tutarlı koruyucu faktörlerden biri olduğunu bulmuşlardır. Güçlü aile bağları etkili bir komşuluk ağı ile birleştiğinde ergenlerde intihar girişimi riskini de azaltmaktadır (Maimon ve ark., 2010).

En önemli değiştirilebilir koruyucu faktörlerden biri, hasta ile klinisyen arasındaki pozitif destekleyici ilişkilerin deneyimidir (APA, 2003). Bir dizi randomize klinik çalışma, intiharla ilgili davranışların azaltılmasında mektuplar, telefon temasları veya kısa görüşmeler yoluyla sempatik ve ilgili bir sosyal destek sağlanmasının

etkisini göstermektedir (Motto ve Bostrom, 2001; Fleischmann ve ark., 2008 ve Guthrie ve ark., 2001).

Aşağıdaki tabloda, makaleler, klasik kaynaklar ve çeşitli ülkelerin intihar riski değerlendirme rehberleri incelenerek intihar için koruyucu faktörler olarak belirledikleri durumlar listelenmiştir.

**Tablo 2: İntihar riski için koruyucu faktörler**

<b>Bireysel faktörler</b>	<b>Kaynaklar</b>
Güçlü bir yetkinlik duygusu	(Samra ve ark., 2007)
Etkili kişiler arası ilişkiler	(Samra ve ark., 2007)
Güçlü sosyal destek algısı	(NSW Department of Health, 2004)
Başetme ve etkili problem çözme becerisi	(Samra ve ark., 2007; NSW Department of Health, 2004)
İyimser bir bakış açısı (birey tarafından)	(NSW Department of Health, 2004)
Dine bağlılık	(Samra ve ark., 2007)
Mevcut ruhsal sağlık bakımının iyi olması	(NSW Department of Health, 2004)
Çocuklar için sorumluluk sahibi olma	(NSW Department of Health, 2004)
Akran gruplarına bağlılık	(NSW Department of Health, 2004)
Yardım arama ve ulaşma yeteneğinin olması	(NSW Department of Health, 2004)

<b>Ailesel faktörler</b>	<b>Kaynaklar</b>
Aileye karşı sorumluluk duygusu	(Samra ve ark., 2007)
Sıcaklık ve ait olma ile karakterize aile ilişkileri	(Samra ve ark., 2007; NSW Department of Health, 2004)
Bakıcıların/ ebeveynlerin destekleyici bir tutumda olması	(NSW Department of Health, 2004)

<b>İşle ilgili faktörler</b>	<b>Kaynaklar</b>
Başarı duygusu	(Samra ve ark., 2007)
Profesyonel gelişim fırsatları (örneğin, kariyer gelişimi, stres yönetimi atölyeleri)	(Samra ve ark., 2007)
Destekleyici, cezalandırıcı olmayan çalışma ortamı	(Samra ve ark., 2007)

Olumlu akran desteği ve meslektaş ilişkileri	(Samra ve ark., 2007)
İşyerinde temel değerlerin varlığı (örneğin bütünlük, dürüstlük)	(Samra ve ark., 2007)
Çalışan yardım programlarına erişim	(Samra ve ark., 2007)

<b>Toplumla ilgili faktörler</b>	<b>Kaynaklar</b>
Katılım fırsatları	(Samra ve ark., 2007)
Uygun fiyatlı, erişilebilir destekleyici kaynaklar	(Samra ve ark., 2007)
Gelecek için umut	(Samra ve ark., 2007)
Kararlılık ve dayanışma	(Samra ve ark., 2007)

#### **2.4.Risk Değerlendirmede Hemşirelerin Rolü**

Ruh sağlığı hizmetlerinde riskin değerlendirilmesi ve yönetilmesi; hizmetleri kullanan insanlar, aile üyeleri, uygulayıcılar, kamuoyu ve politika yapıcılar dahil olmak üzere tüm paydaşları ilgilendiren konulardır (Higgins ve ark., 2015). Dolayısıyla, risk değerlendirmesi ve güvenlik planlaması yalnızca herhangi bir meslek veya disiplinin görev alanına girmez ancak ruh sağlığı hemşiresinin temel işlevlerinden biridir (HSE, 2009). Profesyonel hemşirelerin bakım verme rolüne bağlı olarak riskin değerlendirilmesi hemşirelerin yükümlülüğüdür (NMC, 2008). Etkili risk değerlendirmesi genel bakım değerlendirmesinin ve bakımın diğer yönlerinden ayrı olarak değil, genel bakım sürecinin ve hemşirelik rollerinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmelidir (Wrycraft, 2009). Hemşirelerin uygulamalarını etkileyebilecek ve şekillendirebilecek bir faktör, örgütsel politikalar ve prosedürlerdir. Nitekim, Türkiye’deki Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikteki (2011) ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin görev yetki ve sorumluluklarının D maddesinde “riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir.” ibaresi de risk değerlendirmesinin hemşirenin yükümlülüklerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır.

İlk zamanlardan itibaren, hemşirelerin başarılı bir şekilde risk yönetimi yapmaları beklenmiş ve başarısız uygulamalar söz konusu olduğunda sorumlu

tutulmuşlardır. Örneğin, on dokuzuncu yüzyılda bakımları altındaki hastalardan herhangi birinin kaçması durumunda hemşirelere para cezası verilmekteydi (Woods ve Ketles, 2009). Psikiyatri hemşireliği her zaman, ruhsal hastalığı olan bireylerin bağımsızlık ve kendi kaderlerini tayin etme hakları ile korunma ihtiyaçlarını dengelemek zorunda olan bir meslek olmuştur (Woods, 2010). Bu amaç doğrultusunda risk değerlendirme ve pozitif risk alma uygulamalarını bir denge içerisinde yürütmeleri gerekmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin, risk değerlendirmesi ve yönetim rolünü yerine getirmelerinde iletişimdeki bilgi, beceri ve uzmanlıklarının rolü çok büyüktür (Woods ve Ketles, 2009).

Risk değerlendirmesi ve güvenlik planlamasının ruh sağlığı hemşirelerinin rolünün temel bir yönü olduğu vurgulanmasına rağmen hemşirelerin risk yönetimine ilişkin tutumlarını değerlendiren az sayıda araştırma bulunmaktadır (Crowe ve Carlyle, 2003; Woods ve Kettles, 2009 ve Cusack ve Killoury, 2012). Risk yönetimi uygulamalarıyla ilgili bazı araştırma bulguları, hemşirelerin riski değerlendirmede geçerliliği olan bir ölçek kullanmak yerine sezgilerine başvurma eğiliminde olduklarını, risk değerlendirmesinde çoğunlukla şiddet, intihar (Godin, 2004) ve kendisine veya başkalarına zarar verme riskleri (Higgins ve ark., 2015) üzerine odaklandıklarını, risk değerlendirmesinin doktorların sorumluluğu olduğunu düşündüklerini (Muir-Cochrane ve ark., 2011 ve Higgins ve ark., 2015) ortaya koymaktadır. Higgins ve ark.'ın (2015) yaptıkları çalışmada; ruh sağlığı çalışanlarının genel olarak risk değerlendirme araçlarına karşı olumlu bir tutum sergilediği belirtilmekte, araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun klinik uygulamalarında risk değerlendirmesi yaptıkları (%95) ifade edilmektedir. Türkiye'de hemşirelerin risk değerlendirme tutumlarını değerlendiren bir araştırma bulunmamaktadır.

## **2.5.Bulanık Mantık**

Bulanık mantık; insan düşünce yapısını temel alan, bu düşünceyi matematiksel fonksiyonlara dönüştürme yoluyla işlem yapan bir yaklaşımdır. Zadeh tarafından 1965'te önerilen bulanık teori, bir kümeyle ait olma kavramını yumuşatmaktadır. Bulanık küme teorisinin modellenmesi, belirsizliklerin müdahalelerine alternatif bir araç olarak ortaya çıkmıştır. Açık ve kesin sınırları, dilsel değişkenleri olmayan kavramları temsil etmek için geliştirilmiştir (Zadeh, 1965).

İkili mantık olarak bilinen klasik küme teorisine göre (Aristo mantığı) elemanlar verilen bir kümeye (evrene) ait olma 1 (doğru) veya olmama 0 (yanlış) şeklinde gösterilmektedir. Bununla birlikte, bir elemanın kümeye üyeliğinin belirsiz veya kesin olmadığı birçok durum vardır; bu durumlar sağlık alanında sık görülür (Phuong ve Kreinovich, 2001; Velasevic ve ark., 2001; Esposito ve ark., 2011 ve Binaghi ve ark., 2008). Bulanık küme teorisinde, bir elemanın kümeye kısmen ait olduğu durumlarda kullanılan üyelik derecesi kavramı kümelerin sınırlarının gevşetilmesine izin vermektedir. Bulanık kümedeki elemanların üyelik derecesi 0 ile 1 arasında değişmektedir ve bu değerler kısmi üyeliği göstermektedir (Zadeh, 1965).

Bulanık mantık yöntemi ile modellemeler yapılırken, girdilerin tümü çıktıların tümüyle ilişkilendirerek küme ve kuralların tanımlaması yapılmaktadır. Bu özelliklerden dolayı bulanık mantık yönteminin çalışma şekli matematiksel bir neden-sonuç fonksiyonunun çalışma sistemine benzemektedir (Zadeh, 1965).

Bilgisayarlar, insan beyni gibi akıl yürütememektedir. Bunun yerine bilgisayarlar, sıfır ve bir dizilerine indirgenmiş kesin gerçekler ve doğru ya da yanlış olan önermeleri kullanarak akıl yürütmektedir. İnsan beyni, bilgisayarlardan farklı olarak, hemen hemen her şeyin ancak kısmen doğru olabildiği bir dünyada akıl yürütebilmek için sağduyusunu kullanmaktadır. Bulanık mantık, doğru yanlış, siyah beyaz gibi kesin önermelerin yerine insan beyni gibi belirsiz bir dünyanın gri, sağduyulu resimlerini üretmeleri için bilgisayarlara yardımcı olan makine zekası biçimidir. İnsan zekası gerektiren problemlerin matematiksel olarak modellenmesinde klasik küme teorisi yetersiz kalmaktadır. Klasik küme teorisi kesinlik ifade eden durumlara dayanmakta olup belirsizlikler söz konusu değildir. Örneğin hava ya “sıcak” veya “soğuk”tur. Havanın ne kadar sıcak ya da ne kadar soğuk olduğu klasik küme teorisinde söz konusu değildir. Fakat günlük yaşamda karşılaşılan pek çok problem, dilsel şekilde ifade edilir, incelenir ve yorumlanır. Ayrıca bu ifadeler kişilerin değer yargılarına, kültürlerine ve alışkanlıklarına göre farklılık gösterebilir. Düşüncelerdeki bu farklılaşmalar, problemin çözümündeki belirsizliğin temelini oluşturmaktadır. Örneğin “hava soğuk” kelimesinin ifade ettiği anlam kişilere, alışkanlıklara göre değişebilir. Kişilere göre değişiklik gösterebilen belirsiz ifadeler bulanık ifadelerdir. Bulanık mantık bu belirsiz ifadelerin sembolik şekilde ifade edilmesine imkan sağlar (Çevik ve Yıldırım, 2010). Nitekim Lotfi A. Zadeh bulanık mantığı belirsizlik ve yaklaşık düşünmenin temeli olarak tanımlamıştır (Zadeh, 1965).

### 2.5.1. Bulanık Kümeler

L. Zadeh'in (1965) tanımına göre bulanık küme  $\mu_x$  üyelik fonksiyonu ile ifade edilen elemanlardan oluşan ve üyelik dereceleri 0 ile 1 arasında değerler alabilen kümeleri ifade etmektedir. Üyelik fonksiyonu elemanları kümeye tam olarak ait ise üyelik derecesi "1"; eleman kümeye hiç ait değilse üyelik derecesi "0"; kısmi üyelik söz konusu ise 0 ile 1 arasında değerler alır (Pedrycz ve Gomide, 1998 ve Sakawa ve ark., 2011).

Bir bulanık A kümesi; U uzayında tanımlanan ve [0, 1] aralığında değerler alabilen  $\mu_A(x)$  üyelik fonksiyonu ile karakterize edilen kümedir ve şu şekilde gösterilir:

$$A = \{ (x, \mu_A(x)) / x \in U \}$$

Üyelik fonksiyonunun aldığı değerlere üyelik değerleri denilmektedir.  $\mu_A(x)$ , x'in bu uzaya ne kadar üye olduğunun ölçüsüdür.

Elemanları x olan A kümesinin evrensel kümesinin U olduğu varsayılırsa; A kümesi için  $\mu_A$  karakteristik fonksiyonu aşağıdaki gibidir.

$$A: X \rightarrow [0,1]$$

$$\mu_A(x) = \begin{cases} 1, & \text{Eğer } x \in A \text{ ise} \\ 0, & \text{diğer durumda} \end{cases}$$

Küme değerinin [0,1] arasında değerler aldığı durumlarda,  $A^1$  kümesi *Bulanık Küme* olur.  $\mu_A(x)$  1'e yaklaştıkça x'in  $A^1$  kümesine olan üyeliği artacak; 0'a yaklaştıkça x'in  $A^1$  kümesine olan üyeliği azalacaktır.

### 2.5.2. Psikiyatri Alanında Bulanık Mantık Uygulamaları

Tıp alanında, bilgisayar tabanlı sistemlerin uygulamaları hızla artmaktadır. Bununla birlikte, bilgisayarlı yöntemlerin bu yoğun bilgi ve uzmanlık temelli disiplinde kullanımı birçok zorluğu beraberinde getirmektedir. En önemli problem, çeşitli tıbbi kavramların modellenmesi, temsil edilmesi ve yorumlanmasıdır. Örneğin, bazı semptomlar ve etiyolojileri moleküler biyoloji ve genetik olarak tanımlanır, fizyolojik süreçler kimya ve fizik modelleri kullanılarak tanımlanır; ancak zihinsel

bozukluklar daha subjektif duygular, davranışlar, alışkanlıklar ve yaşam olayları anlamında tanımlanmaktadır. Bu nedenle, tıbbi kavramların temsili, doğal olarak karmaşık, içeriğe bağlı gelişen ve çoğu zaman kesin olmayan kavramları modellemek için yeterince açık olmalıdır (Kwiatkowska, 2013). Dilsel değişkenleri kullanan bulanık kurallara dayalı modeller, tıp ve sağlık hizmetlerinde bulanık sistemleri geliştirmek için en güçlü araçlar arasında yer almaktadır (Costa ve ark., 2004; Vineis, 2008; Phuong ve Kreinovich, 2001; Velasevic ve ark., 2001; Esposito ve ark., 2011 ve Binaghi ve ark., 2008). Bulanık sistemler, uygun bir mantık motoru kullanarak belirsiz bilgilerle ilgili mantık yürütme çerçevesini sağlayan yaklaşık bir akıl yürütmeye dayanır (Massad ve ark., 2008 ve Binaghi ve ark., 2008).

Bulanık kümeler ve Bulanık mantık, Yapay Sinir Ağları (ANN) ve Genetik Algoritmalar (GA) gibi ılımlı hesaplama teknikleri, gerçek dünya verileriyle ilgili belirsizlikler ve belirsizliğin ele alınmasında yararlıdır. Psikiyatride, ılımlı bilişim tekniklerinin uygulamaları, doğrusal olmayan, çok boyutlu ve belirsizlik gibi konuların ele alınmasında olasılıksal yaklaşımlar gibi zor bilişime kıyasla daha uygundur. Bununla birlikte, birleşik alan uzmanlığının (örneğin, hem psikiyatride hem de bilgisayar bilimlerindeki uzmanlığın) bulunamaması nedeniyle, bu konudaki araştırmaların sayısı da azdır (Chattopadhyay, 2017).

Bulanık küme ve bulanık mantığın değeri, ayrılmayan nitel girdileri ele alma ve insanlar gibi analiz etme kabiliyetine dayanmaktadır. Birçok çalışmada bu yöntemlerle yetişkin psikiyatrik olguları taramaya ve öngörmeye çalışılmıştır. Bu çalışmalarda yazarlar, kısa psikiyatrik derecelendirme ölçeği versiyon-F2 (BPRS-F2) ve Plackett-Burman tasarım deneylerini kullanarak yedi psikotik hastalığı istatistiksel olarak modellemişlerdir (Chattopadhyay ve ark., 2007; Chattopadhyay ve ark., 2008; Chattopadhyay ark., 2009 ve Chattopadhyay ve ark., 2010). Radyal temel fonksiyonun (Radial basis function) gücü ve geri yayılım (back propagation) algoritması, kırsal kesimdeki doktorlara psikiyatrik hastalıkları teşhis etmelerinde yardımcı olmak amacıyla bir karar destek sistemi (DSS) geliştirmek için kullanılmıştır. Yazarlar, önerilen karar destek sisteminin psikiyatrik sorunları % 98.75 kesinlikte teşhis edebildiği sonucuna varmıştır (Suhasini ve ark., 2010 ve Suhasini ve ark., 2011). Bir diğer araştırmada, atipik veya tipik antipsikotiklere maruz kalan kronik şizofreni hastalarında, birkaç yıldan uzun süre zarfındaki kilo değişimlerini öngörmeye nöro-bulanık modelin performansı değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan modelin,



ağırlık değişimlerinin %93'ünü tahmin edebildiği belirlenmiştir (Lan ve ark., 2008). Premenstrüel sendrom vakalarını taramak ve derecellemek için hiyerarşik bir karar ağacı temelli, bulanık mantık modeli önerilmiştir (Chattopadhyay ve Achary, 2012).

Bulanık mantık kullanılarak sıkça araştırılan bir psikiyatrik hastalıkta depresyondur. Chattopadhyay (2017) depresyonun sınıflandırılmasında bulanık küme teorisi uygulamıştır. Bulanık mantığın, depresyonun klinik belirtilerini değerlendirerek depresyon seviyesini belirlemedeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmada, hibrid kontrolörün ortalama %95.50 kesinlikte depresyon teşhisi ve derecelendirmesini sağladığı sonucuna varılmıştır (Chattopadhyay, 2017). Bir grup araştırmacı, ciddiyetine/derecesine bağlı olarak bir dizi yetişkin depresyon vakasını sınıflandırmada geri yayılım (back propagation) yaklaşımını kullanmıştır. Araştırmada, geri yayılım sinir ağı yaklaşımının depresyon vakalarını ortalama % 89 doğrulukla sınıflayabildiği sonucuna varılmıştır (Chattopadhyay ve ark., 2011 ve Chattopadhyay ve ark., 2012).

İntihar, bulanık mantık yöntemi kullanılarak sıkça araştırılan bir diğer konudur. Günümüzde kanıtlanmış iki potansiyel intihar risk faktörü vardır. Bunlar; ciddi intihar düşüncesi ve kasıtlı kendine zarar verme öyküsüdür. Bir araştırmada geçmiş öykülerden; yaş, eğitim yılı, din, aileye sahip olma durumu, geçmiş psikiyatri hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, anksiyete durumu ve depresyon durumunu içeren sekiz faktörü temel alarak intiharı tahmin etmek için yapay sinir ağı modeli kullanılmıştır (Taia ve ark., 2007). Araştırmada, intihar düşüncesini belirleyen faktörlerin; "yaş", "eğitim yılı", "dini inanç", "aile durumu", "ruhsal bozukluk öyküsü", "ailede ruhsal bozukluk öyküsü", "anksiyete derecesi" ve "depresyon derecesi" değişkenleri olduğu saptanmıştır (Taia ve ark., 2007). Başka bir araştırmada; aile içi şiddetin intihar üzerindeki etkisi Combined Disjoint Block Fuzzy Cognitive Maps ile değerlendirilmiştir (Devadoss ve ark., 2012). Araştırmada yeni bir fuzzy ölçeği olan indüklenmiş küme yöntemi (Induced Cluster metodu (ICM)) kullanılarak aile içi şiddetin intihar düşüncesi üzerine etkisi belirlenmiştir (Victor ve ark., 2013). Modai (1998) ise, yapay sinir ağları modelini kullanarak, bireylerin intihar eğilimini belirlemede 11 değişkenin varlığını tespit etmiş (yalnız yaşama/yaşamama, tedavi için işbirliği, genel işlev, akrabalarda intihar öyküsü, uyuşturucu kullanımı, sanrı, halüsinasyon, tanı, çocuk sayısı, baskı ve çalışma durumu) ve modelin intihar eğilimini belirlemede iyi çalıştığını belirtmiştir (Modai ve ark., 1998). White, Lawrence ve

Mazlack'ın araştırmasında (2011), intihar notlarındaki kelimelere dayalı kök nedensel ilişkileri keşfetmek ve ayırt etmek için bulanık bilişsel haritalar kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, bu yöntemin potansiyel olarak intihar eylemlerinin tahmin edilmesi ve hayat kurtarabilecek olası müdahalelerin yapılabilmesi için kullanılabilceği bildirilmiştir (White ve ark., 2011).

Psikiyatri alanında bulanık mantık modeli kullanılarak yapılan araştırmaların sonuçları değerlendirildiğinde psikiyatrik hastalıkların ve intihar gibi karmaşık verilerin değerlendirilmesinde bulanık mantığın en uygun yöntem olduğuna karar verilmiştir.



## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1.Araştırmanın Türü

Araştırma iki adımdan oluşmaktadır:

**Birinci adımın türü:** TRSM’lerdeki sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesine ilişkin görüşlerinin, uygulamalarının ve önerilerinin belirlenmesi amacıyla kalitatif araştırma yöntemlerinin tanımlayıcı deseni kullanılmıştır.

**İkinci adımın türü:** Bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracının geliştirilmesinde metodolojik araştırma yöntemi kullanılmıştır. Geliştirilen intihar riski değerlendirme aracı hakkındaki görüşlerin alınmasında ise nitel araştırma yöntemlerinin tanımlayıcı deseni kullanılmıştır.

### 3.2.Araştırmanın Örneklemi

**Birinci adımın örnekleme:** Araştırmanın örneklemine; İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Karaman İl Sağlık Müdürlüğü Karaman Devlet Hastanesi’ne bağlı TRSM’lerde çalışan sağlık profesyonelleri alınmıştır. Bu TRSM’lerde çalışan sağlık profesyonellerinden tamamına ulaşılmaya çalışılmış ancak bir sağlık profesyoneli yeni göreve başlamış olması ve henüz risk değerlendirmesi yapmadığı için araştırma dışında tutulmuştur. Toplam 14 sağlık profesyoneli araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

**İkinci adımın örnekleme:** Araştırmanın birinci adımındaki aynı örneklem grubuna uygulanmıştır. Örnekleme yer alan sağlık profesyonellerinden bazılarının tayin sebebiyle yer değişikliği oluşmuştur. Araştırmanın bu adımındaki örneklem grubunda toplam 15 sağlık profesyoneli yer almaktadır.

### 3.3.Veriler Toplama Araçları

**Birinci adımın veri toplama araçları:** Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Bu form iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda; sağlık profesyonellerinin yaşı, cinsiyeti, çalışma deneyimi, mesleği gibi bazı

sosyodemografik özelliklerini değerlendiren yedi soru yer almaktadır. Formun ikinci kısmında; sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesini tanımlamaları, risk değerlendirmesine yönelik görüşleri, önerileri ve uygulamalarının belirlenmesine yönelik 11 soru yer almaktadır (Ek-6).

**İkinci adımın veri toplama araçları:** Bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracına ilişkin sağlık profesyonellerinin görüşleri araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla değerlendirilmiştir (Ek-7). Yarı yapılandırılmış görüşme formu iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda; sağlık profesyonellerinin yaşı, cinsiyeti, çalışma deneyimi, mesleği ve risk değerlendirme eğitimi alma durumlarını belirlemeye ilişkin sekiz soru yer almaktadır. İkinci kısımda; sağlık profesyonellerinin intihar risk değerlendirme aracını kullanmalarının, intihar risk değerlendirme uygulamalarındaki etkilerini, intihar risk değerlendirme aracının güçlü ve geliştirilmesi gereken taraflarını belirlemeye yönelik üç soru yer almaktadır.

### 3.4.Uygulama

Araştırmanın her iki adımının uygulanması için, etik kurul izni ve gerekli kurum izinleri alındıktan sonra araştırma örnekleminde yer alan sağlık profesyonelleri ile görüşme yapılmıştır. Her adımın uygulanmasında araştırmacı kendisini tanıtmış, araştırmanın amacı, süreci hakkında katılımcılara bilgi vermiş ve katılımcıların yazılı onamları alınmıştır. Görüşmeler; her sağlık profesyoneli ile bire bir olacak şekilde, sağlık profesyonellerinin kendi odalarında yapılmıştır. Bir görüşmede ifadeler tekrar edene kadar görüşme sürdürülmüş ve görüşme doyum verdiği noktada sonlandırılmıştır. Görüşme süresi 15 dakika ile 35 dakika arasında değişiklik göstermiştir. Görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir.

Araştırmaya katılan 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”, ergoterapist ERG şeklinde kodlanmıştır.

**Birinci adımın uygulanması:** Veriler, her bir sağlık profesyoneli ile ayrı ayrı olacak şekilde “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” rehberliğinde bireysel görüşme yapılarak toplanmıştır. Görüşmeler; 26 Eylül 2018 tarihinde İstanbul İl Sağlık

Müdürlüğü'ne bağlı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi TRSM'de, 27 Eylül 2018 tarihinde Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı TRSM'de, 24 Eylül 2018 tarihinde Karaman İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı TRSM'de yapılmıştır. Görüşmeler sağlık profesyonelinin izin vermesi halinde ses kayıt cihazına kayıt edilmiş ve görüşme sonrasında yazılı metin haline getirilmiştir. Sağlık profesyonellerinden 12'si görüşme sırasında ses kaydına izin vermiştir. Ses kaydına izin vermeyen iki sağlık profesyoneli ile yapılan görüşme araştırmacı tarafından yazılarak kayıt edilmiştir. Görüşmelerin yazıya aktarılması sırasında kayıtların eksik tutulmaması için sağlık profesyonellerinden ek süre istenmiştir.

**İkinci adımın uygulanması:** Araştırmanın ikinci adımında ilk olarak bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar risk değerlendirme aracı geliştirilmiştir. Daha sonra geliştirilen intihar risk değerlendirme aracı hakkında sağlık profesyonellerinin görüşleri alınmıştır. İntihar risk değerlendirme aracının geliştirilme süreci aşağıda sırasıyla açıklanmıştır:

#### **3.4.1. Bulanık Mantık Modeline Temellendirilmiş İntihar Risk Değerlendirme Aracının Geliştirilmesi Süreci**

**a) İntihar risk faktörlerinin belirlenmesi:** İntihar riskini artıran ve intihardan bireyi koruyan faktörler faktörlerinin belirlenmesi amacıyla; kanıt temelli araştırma sonuçları sistematik derlemeler ve meta analiz çalışmaları incelenmiştir. İntihar risk faktörlerinin belirlenmesi için incelenen sistematik derleme ve meteanaliz çalışmaları tablo 3'te listelenmiştir.

**Tablo 3: İntihar risk faktörlerinin belirlenmesinde yararlanılan kanıt temelli araştırmalar**

Araştırma adı	Modeli	Yayın yılı	Yazarlar
Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence	Sistematiik derleme	2017	Runeson ve ark.
Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research	Sistematiik derleme	2017	Franklin
Risk Estimates and Risk Factors Related to Psychiatric Inpatient Suicide	Sistematiik derleme	2017	Madsen ve ark.
Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review	Sistematiik derleme	2005	Mann ve ark
Review: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors	Sistematiik derleme	2010	Hor ve Taylor
Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review	Sistematiik derleme	2013	Hawton ve ark.
School Connectedness and Suicidal Thoughts and Behaviors: A Systematic Meta-Analysis	Meta analiz	2017	Marraccini ve Brier
Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis	Meta analiz	2004	Arsenault-Lapierre ve ark.
Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis	Meta analiz	1997	Harris ve Barraclough
Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies	Meta analiz	2016	Ribeiro ve ark.
Suicide in borderline personality disorder: A metaanalysis	Meta analiz	2009	Pompili ve ark.
Suicide in Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis	Meta analiz	2003	Pompili ve ark.
Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior	Meta analiz	2007	Li ve He
What distinguishes suicide attempters from suicide idestors? A meta-analysis of potential factors	Meta analiz	2016	May ve Klonsky

Bu değerlendirmeler sonucunda intihar riskini artıran; intihar öyküsü, mevcut dönemde intihar düşüncesi, intihar girişimi planı, düşünce içeriğinde bozulma, şizofeni ve bipolar bozuklukla birlikte mevcut olan diğer tanılar, ilaç tedavisine uyumu, psikiyatri servisinden taburculuğu sonrasındaki süre, stresli yaşam olayları, umutsuzluk, ailede intihar öyküsü, umutsuzluk, beck depresyon ölçeği puanı, duygusal durumu, distres düzeyi, psikolojik sağlıklı olmak üzere toplam 14 kategori belirlenmiştir. Bu 14 kategori altında toplam 43 risk faktörü yer almaktadır.

İntihardan bireyi koruyan faktörler ise; evli olma, çocuk sahibi olma, bilişsel düzeyinin iyi olması, manevi/dini inanışlar, aile ve bağların güçlü olması, komşuluk/arkadaşlık bağlarının iyi olması, iş meslek sahibi olma ve hasta ile danışman arasındaki pozitif ilişki olmak üzere toplam 8 faktörü içermektedir.

**b) Risk faktörlerinin etki seviyelerinin belirlenmesi için uzman görüşlerinin alınması:** İntihar riskini artıran ve intihardan KORUYAN faktörler belirlendikten sonra, bu faktörlerin intihardaki etki seviyesinin belirlenmesi için uzman görüşüne başvurulmuştur. Görüşler psikiyatri kliniklerinde çalışan (9 hekim, 4 hemşire, 2 sosyal hizmet uzmanı ve 4 psikolog) toplam 19 uzmandan alınmıştır. Uzmanların psikiyatri kliniklerindeki çalışma süreleri 10 ile 42 yıl arasında değişmektedir. Psikiyatri alanındaki uzmanlardan, intihar riskini azaltan ve artıran her bir faktöre, intihar riskindeki etki oranına “0 ile 1 puan” arasında yer alacak şekilde, yüzde bir hassasiyetle puan değeri vermeleri istenmiştir. Uzmanlar her faktöre 0-1 arasında değer atamışlardır. 19 uzmandan gelen bu sayısal değerler excel programına yazılmış, her bir risk faktörünün ortalaması alınmış ve toplam puan elde edilmiştir.

İntihar öyküsü, intihar düşüncesi ve planı gibi intihar riski için kanıtlanmış risk faktörlerinin tek başına ya da varlığında riskin yüksek çıkmasını sağlamak için her bir risk faktörüne etki gücü değeri eklenmiştir.

Etki gücü değerlerinin belirlenmesi için, iki araştırmacı birbirinden bağımsız olarak risk faktörlerine 5'ten küçük olacak şekilde bir değer atamış bu iki değer ortalaması etki gücü değeri olarak belirlenmiştir. Bireyi intihardan koruyan faktörler bulanık mantık modelinden ayrı olarak değerlendirildiği için etki gücü değeri eklenmesi yapılmamıştır.

İntihar risk faktörleri için uzmanlardan alınan görüşlerin ve etki gücü değeri ortalama değerleri tabloda sunulmuştur (Tablo 4).

**Tablo 4: İntihar risk faktörlerine uzmanların atadığı puan değerleri ve araştırmacıların atadığı etki gücü değerleri ortalamaları**

<b>İntihar riski göstergeleri</b>	<b>Yüzdellik değer</b>	<b>Etki gücü</b>
<b>İntihar öyküsü</b>		
Birden fazla intihar eylemini tekrarlama öyküsü var	<b>0,88</b>	<b>4,75</b>
Bir tane intihar girişimi öyküsü	<b>0,65</b>	<b>2,5</b>
İntihar öyküsü yok	<b>0,12</b>	<b>1</b>
<b>Mevcut dönemde intihar girişimi düşüncesi</b>		
Sürekli bir şekilde intihar edeceğine dair açık bir niyetin varlığı	<b>0,81</b>	<b>5</b>
Aralıklı intihar düşünceleri	<b>0,64</b>	<b>3,25</b>
İntihar düşüncelerinin olmaması	<b>0,10</b>	<b>1</b>
<b>İntihar girişimi planı</b>		
İntihar planının olması	<b>0,87</b>	<b>5</b>
İntihar planının olmaması	<b>0,20</b>	<b>1</b>
<b>Düşünce içeriğinde bozulma</b>		
Mevcut dönemde yoğun sanrı/halüsinasyon varlığı (kendini öldürme komut içerikli)	<b>0,85</b>	<b>4,65</b>
Mevcut dönemde sanrı/halüsinasyon olmaması (kendini öldürme komut içerikli)	<b>0,19</b>	<b>1,25</b>
<b>Şizofeni ve bipolar bozuklukla birlikte mevcut olan diğer tanılar</b>		
Bipolar bozukluk	<b>0,55</b>	<b>1,75</b>
Madde bağımlılığı	<b>0,61</b>	<b>2</b>
Depresyon	<b>0,64</b>	<b>3,5</b>
Kişilik bozuklukları		
A kümesi bozukluklar (Paranoid KB, Şizotipal KB, Şizoid KB)	<b>0,10</b>	<b>1,25</b>
B kümesi bozukluklar (Sınırdaki KB, Antisosyal KB)	<b>0,70</b>	<b>3</b>
Kaygı bozuklukları	<b>0,31</b>	<b>1,75</b>
Yeme bozuklukları	<b>0,28</b>	<b>1,25</b>
Pospartum psikoz	<b>0,63</b>	<b>2,5</b>
Yaşamı tehdit eden, ağrı ve işlev bozukluğuna neden olan kronik hastalık	<b>0,50</b>	<b>2,5</b>
<b>İlaç tedavisine uyumu</b>		
İlaç tedavisine hiç uymuyor	<b>0,61</b>	<b>2,5</b>
İlaç tedavisine ara sıra uyuyor	<b>0,46</b>	<b>1,35</b>
İlaç tedavisine uyuyor	<b>0,20</b>	<b>1</b>
<b>Psikiyatri servisinden taburculuğu sonrasındaki süre</b>		
Taburculuk sonrası ilk gün ile ilk bir ay arasındaki süre	<b>0,46</b>	<b>2</b>
Taburculuk sonrası bir aydan sonraki süre	<b>0,37</b>	<b>1,4</b>
Uzun dönemdir psikiyatri servisine yatışa gerektiren bir durumun olmaması	<b>0,14</b>	<b>1</b>
<b>Stresli yaşam olayları (Danışan isterse stresli yaşam olayları listesinden yararlanabilir)</b>		
Bireyin son bir ay içinde algıladığı yüksek düzey stresli yaşam olayı/larının varlığı	<b>0,64</b>	<b>3</b>



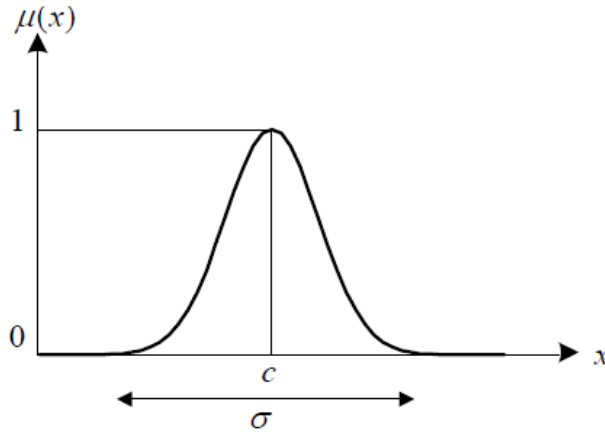
Bireyin son bir ay içinde algıladığı orta düzey stresli yaşam olayı/larının olması	0,42	1,75
Bireyin son bir ay içinde algıladığı hafif düzey stresli yaşam olayının olması	0,20	1
<b>Ailede intihar öyküsü</b>		
Ailesinde intihar nedeni ile ölen bireyin bulunması	0,80	3,75
<b>Umutsuzluk</b> (Danışman ihtiyaç duyarsa Umutsuzluk ölçeğinden yararlanabilir)		
Umutsuzluk, çaresizlik, güçsüzlük hisleri, yaşama dair kötümser bakış açısı	0,70	3
Belirsiz, olumsuz gelecek planları	0,54	2,5
Geleceğe dair bazı umutların olması, bazı gelecek planlarının olması	0,16	1,1
<b>Beck depresyon ölçeği puanı</b>		
Beck depresyon ölçeğinden “17 puan ve üzerinde” bir değer almak	0,61	3,75
Beck depresyon ölçeğinden “17 puanın” aşağısında bir değer almak	0,24	1,25
<b>Duygusal durumu</b>		
Duygusal kargaşa (anksiyete, ajite, öfke).	0,53	3,5
Duygusal dalgalanmalar	0,50	3
Düşük düzeyde anksiyete	0,18	1
<b>Distres düzeyi</b>		
Distres termometresinden alınan puanın “0-3 puan” arasında olması	0,17	1
Distres termometresinden alınan puanın “4-6 puan” arasında olması	0,34	1,75
Distres termometresinden alınan puanın “7-10 puan” arasında olması	0,56	3
<b>Psikolojik sağlamlık</b>		
Psikolojik sağlamlık ölçeğinden alınan puanın ortalamının üzerinde olması(12 ve üzerinde puan)	0,16	1
Psikolojik sağlamlık ölçeğinden alınan puanın ortalamının altında (12 puanın altına)	0,39	2,25
<b>Koruyucu faktörler</b>		
Evli olma (Olumlu ilişkileri olan)	-0,30	
Çocuk sahibi olma	-0,31	
Bilişsel düzeyinin iyi olması	-0,26	
Manevi/dini inanışları (intiharı olumsuz değerlendiren)	-0,31	
Aile bağlarının güçlü olması	-0,26	
Komşuluk/arkadaşlık bağlarının iyi olması	-0,26	
İş/meslek sahibi olması	-0,26	
Hasta ile danışman arasındaki pozitif ilişki	-0,29	

**d) Bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracının değerlendirme prensibi**

Araştırma için Gaussian Dağılım Modeli'ne göre otomatik hesap yapan bir excel dosyası hazırlanmıştır. Model aşağıdaki formül üzerinden çalışmaktadır.

$$f(x, \mu, \sigma) = \frac{1}{\sigma\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{(x-\mu)^2}{2\sigma^2}}$$

Formül, gauss dağılımının, olasılık yoğunluk fonksiyonu olarak geçmektedir. Formülde kullanılan ve çan eğrisinin şeklini belirleyen en önemli değişken  $\sigma$  değeridir. Bu değer dağılımın üzerinde uygulandığı olasılıksal sürecin veya topluluğun standart sapmasıdır. Ayrıca formülümüzde bulunan  $\mu$  değeri, ortalama değerdir ve çan eğrisinin tepe noktasının hangi  $x$  değeri için olduğunu belirler.



**Şekil 1: Gaussian üyelik fonksiyonu**

intihar risk değerlendirme aracının online olarak çalışabilmesi için bu konuda deneyimli bir uzmandan destek alınmış ve link oluşturulmuştur. İntihar risk değerlendirme aracındaki her bir intihar risk göstergesi, likteki anket üzerinde işaretlenmektedir. İntihar risk değerlendirme aracının arka planındaki bulanık mantık modeli bütün skorları hesapladıktan sonra Gaussian Dağılım Modeli'ne göre yorumlama yaparak intihar risk düzeyini ortaya koymaktadır. Risk değerlendirmesi yapan sağlık çalışanı formu doldurduktan sonra ekranda risk düzeyini görebilmektedir. Risk değerlendirme aracından maksimum 43.08, minimum 2.19 alınabilmektedir. Risk seviyesi Düşük-Orta-Yüksek olmak üzere 3 kategoride değerlendirilmektedir. 43.08'e

yaklaştıka yüksek risk oranı; 22.6'ya yaklaştıka orta risk oranı; 2.19'a yaklaştıka düşük risk oranı artmaktadır.

Araştırmada bireyi intihardan koruyan 8 faktör belirlenmiştir. Uzman görüşü alınan psikiyatri uzmanları, bireyi intihardan koruyan faktörlerin intihar riskini azaltmadaki etki düzeyini “0 ile 1 puan” arasında yer alacak şekilde bir puan değeriyle belirlemişlerdir. 19 uzmanın verdiği puanların ortalamaları alınmıştır. Program koruyucu faktörlere verilen puan değerlerini toplayarak hesaplama yapmakta ve intihar riskini artıran faktörlerden ayrı olarak değerlendirmektedir. Koruyucu faktörlerden alınacak maksimum puan 2,25; minimum puan ise 0,26 dır. Puan değeri yükseldikçe bireyin intihardan korunma düzeyi artmaktadır. Sağlık profesyonelleri bireyin intihar risk seviyesini belirledikten sonra, bireydeki koruyucu faktörlerin durumu da göz önünde bulundurarak klinik bilgi ve deneyimlerinin ışığında bir karar verebilmektedir.

#### **Bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracının TRSM’lerde uygulanması ve kullanıcı görüşlerinin alınması:**

Araştırmada geliştirilen intihar risk değerlendirme aracına ilişkin; 25 Haziran 2019 İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi TRSM’de, 26 Haziran 2019 tarihinde şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı TRSM’de, 29 Haziran 2019 tarihinde Karaman İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı TRSM’de geliştirilen intihar risk değerlendirmesi aracının nasıl kullanılacağı hakkında bilgilendirme yapılmış ve akabinde risk değerlendirme aracı örneklemde yer alan sağlık profesyonellerinin kullanımına açılmıştır. İntihar risk değerlendirme aracı hakkındaki eğitimler; bulanık mantık, araçta yer alan değerlendirme soruları, bulanık mantığın değerlendirmeyi nasıl yaptığı ve sonuçların yorumlanması konularını kapsayan bir power point sunusu şeklinde yapılmıştır. şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı TRSM ve Karaman İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı TRSM’de uygun bir eğitim odası sağlandığı için ekibin tamamına aynı anda eğitim yapılmıştır. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi TRSM’de ise sağlık profesyonellerinin iş yoğunluğundan dolayı her sağlık profesyoneline ayrı ayrı olacak şekilde eğitim verilmiştir. Eğitimler sırasında sağlık profesyonellerinin soruları yanıtlanmış, ayrıca aracın uygulanması sırasında sorun

yaşadıkları durumlarda iletişim kurabilmeleri için araştırmacının iletişim bilgileri tüm sağlık profesyonelleri ile paylaşılmıştır.

Risk değerlendirme aracının uygulanması için örneklemedeki sağlık profesyonellerine dört haftalık süre verilmiştir. Bu süre zarfında sağlık profesyonellerinden, intihar risk değerlendirme aracını özellikle intihar riski olduğunu düşündükleri en az 3 danışanlarına uygulamaları istenmiştir. Dört haftalık süre sonunda sağlık profesyonellerinin intihar risk değerlendirme aracı hakkındaki geri bildirimleri yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla alınmıştır (Ek-8).

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma kapsamında toplanan veriler betimsel analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir. Betimsel analiz yöntemi, verilerin daha önceden belirlenmiş temalara göre özetlenmesi ve yorumlanmasını içeren bir nitel veri değerlendirme yöntemidir. Bu analiz türünün temel hedefi, elde edilen bulguların okuyucuya özetlenmiş ve yorumlanmış bir biçimde sunulmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2013). 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. Böylece verilerin hangi temalar altında düzenleneceği ve sunulacağı belirlenmiştir. İkinci adımda, araştırmacılar daha önce oluşturmuş oldukları çerçeveye dayalı olarak verileri okumuş ve düzenlemişlerdir. Bu süreçte verilerin anlamlı ve mantıklı bir biçimde bir araya getirilmesine önem verilmiştir. Üçüncü aşamada; düzenlenmiş olan veriler tanımlanmıştır. Dördüncü aşamada tanımlanmış olan bulgular açıklamış, ilişkilendirilmiş ve anlamlandırılmıştır (Bal, 2013 ve Yıldırım ve Şimşek, 2013).

### **3.6. Etik Konular**

Araştırma için 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) (Ek-1). Araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen sağlık profesyonellerine araştırma hakkında bilgi verilmiş ve aydınlatılmış (bilgilendirilmiş) onam formu imzalatılmıştır.

Araştırmaya katılan bütün katılımcıların gizliliği sağlanmış ve isimleri gizli tutulmuştur.

### **3.7.Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği**

Araştırmada geçerlilik ve güvenirliliğin sağlanmasına ilişkin nitel araştırmalarda yer alan *inandırıcılık*, *aktarılabirlik*, *tutarlık* ve *teyit edilebilirlik* ilkelerinden yararlanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2011).

İnanılabilirlik, araştırma sürecinin ve sonuçlarının açık, tutarlı ve başka araştırmacılar tarafından doğrulanılabilir olmasıdır. Bu araştırmada veri yeterliliğini bulgular kısmında açıkça okuyucuya sunmuştur. Görüşmeler araştırmanın amacına uygun olacak şekilde, ifadeler tekrar edene kadar sürdürülmüş ve doyum verdiği noktada sonlandırılmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2011).

Aktarılabirlik, herhangi bir araştırmacının çalışma hipotezinin başka içeriğe uygulanılabilirliğini ifade eder. Aktarılabirlik ilkesi bağlamında araştırmacı, bulguları genelleme yapmadan ve yorum katmadan okuyucuya sunmuştur (Yıldırım ve Şimşek 2011).

Tutarlık: Araştırmacı, araştırmanın tüm aşamalarında (veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi) görüşmecilere tutarlı davranmıştır. Araştırmacı tüm görüşmelerinde aynı araştırmacı, aynı ses kayıt cihazı ve aynı görüşme formu kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2011).

Teyit edilebilirlik: Araştırmacının, araştırmadan ulaştığı sonuçları, topladığı verilerle sürekli teyit etmesi, bu çerçevede okuyucuya mantıklı bir açıklama sunmasıdır. Araştırmanın teyit edilebilirliği için görüşmelerden elde edilen bütün verileri her iki araştırmacı birbirinden bağımsız olarak okumuş, analiz etmiş kodlar ve temalar belirlemişler, son aşamada ise belirlenen bu temalar birleştirilerek araştırmanın temaları alt temaları ortaya çıkarılmıştır. Ayrıca bu verilerin hepsi gerektiğinde incelenmek üzere saklanmıştır (Bal, 2013; Yıldırım ve Şimşek, 2013).

## 4.BULGULAR

### 4.1. Birinci Adımın Bulguları

Araştırma kapsamında, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM'den 5 ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi TRSM'den 4, Karaman Sağlık İl Müdürlüğüne bağlı Karaman Devlet Hastanesi TRSM'den 5 olmak üzere toplam 14 sağlık profesyoneli ile görüşme yapılmıştır. Sağlık profesyonellerinin bazı sosyodemografik ve mesleki deneyimleri ile ilgili özellikleri tablo 5'te yer almaktadır.

**Tablo 5: Araştırmanın birinci adımı kapsamında görüşme yapılan sağlık profesyonellerinin özellikleri**

	Yaş	Cinsiyet	Mesleği	Eğitim düzeyi	TRSM'de çalışma süresi	Diğer psikiyatri servislerinde çalışma süresi	Risk değerlendirme eğitimi alma durumu
PU1	30	Erkek	Psikiyatri uzmanı	Lisansüstü	1 yıl	5 yıl	Hayır
PU2	33	Kadın	Psikiyatri uzmanı	Lisansüstü	1.5 yıl	10 yıl	Evet
PU3	37	Erkek	Psikiyatri uzmanı	Lisansüstü	2 yıl	10 yıl	Evet
PU4	36	Kadın	Psikiyatri uzmanı	Lisansüstü	2 yıl 2 ay	10 yıl	Evet
H1	31	Kadın	Hemşire	Lisans	2 yıl	0	Evet
H2	38	Kadın	Hemşire	Lisans	6 yıl	5	Hayır
H3	36	Kadın	Hemşire	Lisansüstü	4.5 yıl	0	Evet
H4	39	Kadın	Hemşire	Lisans	3.5 yıl	8 yıl	Evet
H5	38	Kadın	Hemşire	Lisansüstü	3 yıl	4 yıl	Evet
H6	38	Kadın	Hemşire	Lisansüstü	1 yıl	10 yıl	Hayır
PSK1	38	Kadın	38	Lisans	3 yıl	7 yıl	Evet
PSK2	33	Erkek	Psikolog	Lisans	4 yıl 2 ay	3.5 yıl	Evet
SHU1	28	Erkek	Sosyal hizmet uzmanı	Lisansüstü	2 yıl	0	Hayır

SHU2	58	Kadın	Sosyal hizmet uzmanı	Lisans	2 yıl	3 yıl	Hayır
------	----	-------	----------------------------	--------	-------	-------	-------

TRSM’lerde çalışan sağlık profesyonelleri ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler betimsel analiz yöntemiyle değerlendirilmiş ve altı ana tema belirlenmiştir. Bu temalar; risk değerlendirme tanımları, risk değerlendirme yöntemleri, risk değerlendirme uygulamalarının yeterliliğine ve nedenlerine ilişkin görüşler, risk değerlendirme sorumluluğu, risk değerlendirmesi eğitime yönelik öneriler, TRSM’ye yönelik risklerdir.

Sağlık profesyonelleriyle yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizinden elde edilen tema ve alt temalar Tablo 3’te yer almaktadır. Tablonun akabinde her bir tema ve alt temaya ilişkin görüşme örnekleri yer almaktadır.

**Tablo 6: Sağlık profesyonellerinin risk değerlendirmesine ilişkin uygulamalarının, görüşlerinin ve önerilerinin analizinden elde edilen tema ve alt temalar**

Ana Tema	Alt Tema
<b>1.Risk değerlendirme tanımları</b>	<b>1.1.Olasılığı değerlendirme</b> *Zarar verme *Zarar görme *Zorluk yaşama *Olaylardan etkilenme
	<b>1.2. Bütüncül değerlendirme</b> *Sosyal *Ekonomik *Hastalık
	<b>1.3.Önlem almak</b>
<b>2. Mevcut risk değerlendirme yöntemleri</b>	<b>2.1.Formları kullanma</b>
	<b>2.2. Görüşme yoluyla</b> *Hasta ile *Ailesiyle
	<b>2.3.Formları kullanma+ Ekiple paylaşma</b>
<b>3.Mevcut risk değerlendirme uygulamalarının yeterliliğine ve nedenlerine ilişkin görüşler</b>	<b>3.1.Yeterli</b> *Formlar açık, net yeterli *Ekip iyi, deneyimli
	<b>3.2.Yetersiz</b> <b>Hastadan kaynaklı</b>

	<p>İç görüşünün olmaması İletişim kurulamaması TRSM'ye düzenli gelmemesi Sosyoekonomik düzeyin düşük olması</p> <p><b>Aileden kaynaklı</b> Hastaya destek olmaması Ekiple işbirliği yapmaması Bilişsel düzeyinin iyi olmaması</p> <p><b>Formlardan kaynaklı</b> Mevcut formlardaki sorular açık, net değil, puanlaması yok RD (Risk değerlendirme) ölçeklerinin olmaması</p> <p><b>Sağlık çalışanlarından kaynaklı</b> Hastayı yeterince tanıyıp değerlendirme yapamaması (ev ortamı da dahil) Hukuki olarak risk değerlendirme yetkisinin olmaması Psikiyatri kliniklerinde çalışma deneyimlerinin olmaması İş yükü fazlalığı nedeniyle ekiple toplanılamaması Risk değerlendirmesiyle ilgili eğitim almamaları</p> <p><b>Çalışma koşullarından kaynaklı</b> İş yükü fazlalığı nedeniyle ekibin toplanamaması Güvenlik personelinin olmaması Ekibin sürekli değişmesi Hasta kayıtlarının/arşivin olmaması</p> <p><b>Fizik koşullardan kaynaklı</b> Hastaneye uzak olması Yemekler ve malzemelerin dışardan geliyor olması</p> <p><b>Yerel yönetimlerin destek olmaması</b></p>
<b>4.Risk değerlendirme sorumluluğu</b>	<p>Bütün ekip (Sekreter, temizlik elemanı, güvenlik dahil) Aile /Hastanın kaldığı kurum Öncelikle vaka danışmanları + ekip Hasta öncelikle, sonra danışman ve psikiyatrist Tüm ekip ama doktor ve hemşirenin gözlemesi farklı SHU sosyal açıdan değerlendirmeli görev tanımlarına risk değerlendirmesi eklenmeli Doktor ve vaka danışmanı Primer olarak doktor Hastane yönetimi (eğitim yapmaktan sorumlu)</p>
<b>5.Risk değerlendirmesi eğitimine yönelik öneriler</b>	<p><b>6.1.Eğitimler yeterli</b></p> <p><b>6.2. Eğitimler yetersiz</b></p> <p><b>İçerikle ilgili öneriler:</b></p>



	<p>Durumlara özgü risk değerlendirmesi (evlenme, taşınma vb.)</p> <p>Hastalıklara göre riskler ve hastalık bilgisi</p> <p>Hastanın bütün olarak nasıl değerlendirileceği (çevresiyle birlikte)</p> <p>Riskin boyutları</p> <p>İntiharda RD</p> <p>Önlemler</p> <p>SHU önemi vurgulanmalı</p> <p>Düşme riski</p> <p>Uygulamada kullanılan formlar</p> <p>Bütün risk alanlarını içermeli (gaz kaçağı, su basması, gürültü riski gibi)</p>
	<p><b>Eğitimin süresi ile ilgili öneriler</b></p> <p>Bir kez olmamalı, sık ve sürekli olmalı</p>
	<p><b>Eğitim yöntemi ile ilgili öneriler</b></p> <p>Vaka üzerinden anlatılmalı</p>
	<p><b>Kime eğitim yapılmalı</b></p> <p>Tüm ekibe</p> <p>Ailelere</p>
<b>6.TRSM'ye yönelik riskler</b>	<p><b>7.1.Hastaya yönelik riskler</b></p> <p>Zarar verme ( Kendisi, çevresi, eşyaya)</p> <p>Alevlenme</p> <p>Madde kullanımı</p> <p>İlaç uyumsuzluğu</p> <p>TRSM'ye gelmeyi bırakma</p> <p>İstismar</p> <p>Psikiyatrik ilaçlarla ilgili riskler</p>
	<p><b>7.2.Sağlık çalışanlarına yönelik riskler</b></p> <p>Ev ziyaretleri</p> <p>Şiddete maruz kalma</p> <p>Hastayı yeterli değerlendiremememe</p> <p>Düşme (zemin uygun değil)</p> <p>İğne batması</p> <p>Güvenlik görevlisinin olmaması</p>
	<p><b>7.3.Bina ile ilgili riskler</b></p> <p>Su basması, yangın, zeminle ilgili</p> <p>Yemeklerin hijyenik şartlarına ilişkin riskler</p>
	<p><b>7.4. En riskli hastalar</b></p> <p>Adli hastalar</p> <p>TRSM'ye gelmeyi kabul etmeyen hastalar</p>

## TEMA 1: Risk Değerlendirme Tanımları

TRSM’lerde çalışan sağlık profesyonellerinin risk değerlendirme tanımları değerlendirildiğinde “olasılığı değerlendirme”, “bütüncül değerlendirme” ve “önlem almak” olmak üzere toplamda 3 alt tema belirlenmiştir. Aşağıda sırasıyla bu alt temalara ve ilgili kavramlara örnekleriyle birlikte yer verilmiştir:

### Alt Tema 1: Olasılığı değerlendirme

Olasılığı değerlendirme alt teması; “zarar verme”, “zarar görme”, “zorluk yaşama” ve “olaylardan etkilenme” kavramlarını kapsamaktadır.

Araştırmadaki bazı katılımcılar, risk değerlendirmesini hastaların kendilerine ve çevrelerine **zarar verme** durumları olarak ele almışlardır;

*“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.”*

Katılımcıların, hastaların **zarar görmesi** kavramını içeren risk değerlendirme tanımları şöyledir;

*“H 6: Risk değerlendirmesi hastanın zarar görebileceği durumların belirlenmesidir.”*

*“H 2: Hastanın ileride özellikle TRSM’deyken neler yaşayabileceğini değerlendirmemiz aslında. Ailesinde kendi bünyesinde neler yaşayabilir bunu değerlendirme bence. Tamamen hastalığını düşünerek bütünleştirici bir şekilde değerlendirdiğimiz, bu hasta ne yaşayabilir, neler deneyimleyebilir yani bunları belirleme süreci diyebilirim.”*

Sağlık profesyonellerinden biri, risk değerlendirmesini, hastaların **zorluk yaşayacağı** durumların belirlenmesi olarak tanımlamıştır;

*“PSK 2: Hastayı tanımlamak, yani hastanın hangi problemleri yaşayacağını ya da yaşayabileceğini tahmin etmek diyebilirim.”*

Sağlık profesyonellerinden birisi ise risk değerlendirmesini, **olaylardan etkilenme** durumunun belirlenmesi olarak tanımlamıştır;

*“SHU 1: ... Bir olay oldu bu olaydan etkilenip etkilenmeyeceğini belirlemedir. Bazı hastalar çok etkilenebilir bazıları çok etkilenebilir. Bunu belirlemektir.”*

## **Alt Tema 2: Bütüncül değerlendirme**

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, tabii hastalığın belirtileri, hastalığın gidişatı hepsi risk değerlendirmesinin içine giriyor. Sadece hastalığı yönüyle bakmak yeterli olmaz. Yaşadığı mahalleden tutunda, karşılaştığı kişilere kadar bütün yönleriyle hastanın değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir.”*

*“PU 2: ..hastalığın belirtileri, hastalığın gidişatı hepsi risk değerlendirmesinin içine giriyor. Sadece hastalığı yönüyle bakmak yeterli olmaz...”*

## **Alt Tema 3: Önlem almak**

Araştırmadaki bazı katılımcılar risk değerlendirmesini önlem almak kavramı çerçevesinde şöyle ifade etmiştir:

*“PU 1: Hastaların genellikle karşılaşacakları tehlike içeren meselelerin tespit edilerek gerekli önlemlerin alınmasıdır.”*

*“PSK 1: ... Riskli durumların belirlenmesi ve önlemlerin planlanması.”*

## **TEMA 2: Mevcut Risk Değerlendirme Yöntemleri**

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberinde risk değerlendirme formu ve yönetim planı yer almaktadır. Bu formda alevlenme, intihar, kırılganlık, şiddet risklerinin değerlendirilmesi için bazı sorular yer almaktadır. Sağlık profesyonelleri danışmanlıklarını yürüttükleri bireylerin risk değerlendirmelerini bu formlar üzerinde yapmakla yükümlüdürler (Karaoğlan ve ark.TRSM çalışma rehberi).

Sağlık profesyonellerinin bildirimlerine göre, risk değerlendirme yöntemleri için üç alt tema belirlenmiştir. Bu alt temalar ve alt temaları açıklayan örnekler aşağıda yer almaktadır:

### **Alt tema 1: Formları kullanma**

TRSM'lerdeki sağlık profesyonellerinin her biri danışmanı olduğu hastanın risk değerlendirme formunu doldurmakla yükümlüdür: Araştırmadaki katılımcılar mevcut risk değerlendirme formlarını doldurarak risk değerlendirmesi yaptığını belirtmiştir: “

*“PU 3: TRSM risk değerlendirme formunda bulunan risk değerlendirmesi formlarını kullanarak yapıyoruz.”*

### **Alt tema 2: Görüşme yoluyla**

Sağlık profesyonellerinden bazıları, hastalarla ve/veya aileleriyle görüşerek risk değerlendirmesi yaptıklarını ifade etmişlerdir:

*“H2: ...hasta görüşmeye uygunsa, açıksa hastayla görüşerek birebir görüşerek yapıyoruz. Hasta görüşmeye açık değilse mesela çoğu zaman hastaya direk intihar riskini soramıyorsun. Daha önce evinde bununla ilgili bir şeyler var mı diye birçok hastaya soramadığımız durumlar oluyor. Bunları kendi edindiğimiz bilgiler eşliğinde ailesine sorarak ya da birileri varsa yakınlarla konuşarak doldurmaya çalışıyoruz.*

*“PU 4: Burada danışmanların formları var, onlar üzerinden bir ekstra risk değerlendirmesi yapılıyor. Bunların dışında işte biz görüşmeler boyunca işte intihar riski ya da hastalara zarar verme açısından görüşme esnasında bir izleme yapıyoruz.”*

### **Alt tema 3: Formları kullanma ve ekiple paylaşma**

TRSM'lerde risk değerlendirme formları rutin olarak doldurulmaktadır. Bununla birlikte bazı sağlık profesyonelleri risk değerlendirmesini formları doldurup ekiple paylaşarak konuyla ilgili fikir alış verişı yaptıklarını belirtmişlerdir:

*“H 4: Kendimiz danışman olarak birebir formları dolduruyoruz. Daha sonra diğer ekip üyeleri ile paylaşıp fikir alıyoruz.”*

*“SHU 2: Bizim haftalık toplantılarımızda, hastanın risk durumuna ilişkin herhangi bir görüşüm olduysa onları belirtiyorum. Kendi danışanlarımızın risk değerlendirmelerini psikiyatristle birlikte yapıyoruz.”*

## **TEMA 3: Risk Değerlendirme Uygulamalarının Yeterliliğine ve Nedenlerine İlişkin Görüşler**

Risk değerlendirme uygulamalarının yeterliliği hakkında sağlık profesyonellerinin bazıları yeterli, bazıları ise yetersiz şeklinde görüş bildirmiştir. Risk

değerlendirmesi uygulamalarının yeterliliğine dair belirlenen iki tema ve ilgili alt temaları aşağıda yer almaktadır:

### **Alt tema 1: Yeterli**

Sağlık profesyonellerinden bazıları, risk değerlendirme uygulamalarının yeterli olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir.

Katılımcılardan bazıları risk değerlendirme *formlarının açık, net yeterli* olduğunu belirtmiştir: “*H 5: TRSM'nin risk değerlendirme formunun açık, net ve yeterli olduğunu düşünüyorum...*”

*H 6: Kurumumuzdaki uygulamanın yeterli olduğunu düşünüyorum.”*

Araştırmadaki katılımcılardan biri risk değerlendirmesini *yeterli* bulduğunu *ekibin iyi ve deneyimli* olduğunu ifade etmiştir:

*“PU 2: Şu ondaki durumu ben iyi düzeyde görüyorum. Çünkü ekip iyi. Uzun yıllar psikiyatri servislerinde çalışmış ve TRSM açıldığından 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.”*

### **Alt tema 2: Yetersiz**

Araştırmadaki sağlık profesyonelleri; hastalardan, hastaların ailelerinden, formlardan, sağlık çalışanlarından, çalışma koşullarından, fiziksel koşullardan ve yerel yönetimlerin destek olmamasından kaynaklanan nedenlerden dolayı risk değerlendirme uygulamalarında yetersizliklerin olduğunu bildirmişlerdir. Aşağıda bu problem alanları ve ilgili görüşme örneklerine yer verilmiştir:

#### **Hastadan kaynaklı**

Hastaların *TRSM'ye düzenli gelmemeleri* risk değerlendirmesinin yeterli düzeyde yapılamamasına neden olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bu bağlamdaki ifadeleri şöyledir:

*“H 4: Hastanın TRSM katılımı yoksa risk değerlendirme formları doldurulamıyor veya güncellenemiyor. Hastanın TRSM katılımı düzenli olmayınca güven ilişkisi kuramıyorsun. Hasta sana sadece tedavi bazlı bakıyor ve sen o anlamda risk değerlendirme formlarını yeterli dolduramıyorsun. Dolayısıyla hakkını vererek bir risk değerlendirmesi yapmak zorlaşabiliyor.”*

Hastanın iç görüşünün olmaması, hastayla iletişim kurulamaması ve sosyoekonomik düzeyinin düşük olması gibi faktörler risk değerlendirmesinin yeterli düzeyde yapılamamasına neden olmaktadır:

*“SHU 2: Eğer hasta iletişim kurmuyorsa, iç görüşü yoksa, eğer ailede sahip çıkmıyorsa düzgün bir risk değerlendirmesi olamıyor, güvenilir olamıyor, bunu da TRSM’deki risk değerlendirme formunun mevcut bağlam bölümünde açıkça ifade ediyoruz. Çünkü bilinmeyenleri çok fazla oluyor ya da ne kadar doğru söylediğini bilmiyorsunuz. O yüzden de ben biraz kontrolçüyüm galiba o yüzden bana göre ortaya çıkan sonuçlarda çok güvenilir olmuyor. Hep bir açık kapıları olduğunu düşünüyorum işin açıkçası. Belki başkasına göre normal ama ben biraz tedirginim bu konuda. Mesela hasta TRSM’ye gelmiyor, telefonla ulaşmaya çalışıyorsunuz açmıyor, sonrada intihar girişimiyle hastaneye yatmış oluyor, o zamanda yapacak bir şey olmuyor.”*

*“PU 2: ...sosyoekonomik düzeyi yüksek bir ailede yaşayan bireyle risk değerlendirmesi yapmak daha kolay. Hastanın iç görüşü, bilinç düzeyi, bilişsel işlevlerinin iyi olması çok değerli.”*

### **Aileden kaynaklı**

Risk değerlendirmesinin yeterli düzeyde yapılamasının bir sebebi de hastaların ailelerinin sağlık profesyonelleri ile işbirliği kurmamalarıdır:

*“PU 2: Aile desteği yoksa bizim için zor, bakım evi hastaları bizim için çok zor. Bakım evinden gelen hastaların risk değerlendirmesini yaparken oradan gelen bakım personelinden aldığımız ufak bilgilerle formları doldurmaya çalışıyoruz...”*

Bazı katılımcılar ailenin ekiple işbirliği yapmamasından kaynaklanan zorluklardan bahsetmiştir:

*“H 3: Bir diğer risk değerlendirmesinde cinsel istismarını soruyorum, intihar etmeyi düşünüyor musun bir planın var mı diye soruyorum. Bazen hasta yakının yanında görüşme yapmak durumunda kalıyorum, 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 profesyonellerinden biri ailenin bilişsel düzeyinin de risk değerlendirmesinde önemli olduğunu vurgulamıştır:

*“PU 2: ...Ailelerin bilişsel düzeylerinin de iyi olması risk değerlendirmesinde iş birliği yapma, bilgi alma durumlarını kolaylaştırıyor.”*

### **Formlardan kaynaklı**

Sağlık profesyonellerinden bazıları, mevcut formlardaki soruların açık ve net olmaması, puanlamasının olmaması, risk değerlendirme ölçeklerinin olmaması nedenlerine bağlı olarak risk değerlendirme uygulamalarının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir:

*“H 4: Geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Formlar daha açık ve belirleyici yazılabilir. Formdaki bağlamlar bölümü daha açık yazılabilir (neleri kastediyor, bir örnekle açıklanabilir). Riskle ilgili bazı sorular var bunlar net değil. Mesela başkalarına zarar verme riski bölümünde bir soru var. Burada madde kullanımı başkasına zarar verme riskini artırır diyor. Yani madde bağımlısı bir başkasını madde kullanımına alıştıran mı zarar verir, yoksa madde kullanımının etkisinde mi zarar verir? Bu şekilde bazı sorular çok açık değil. Bunlar örnek verilerek neyi kastettiği açıklanmalı. Mesela daha önceki durumyla ilgili olarak bir zamandan bahseden sorular var, bunlar netleşmeli, son 1 yılını kapsıyor, on yılını yoksa hayatı boyunca mı? Uzun ve kısa vadeli riskler ne? Kısa ve uzun vadeli stratejiler neyi kastediyor? Bunlar netleştirilmeli.”*

*“PU 3: Geliştirilebilir. 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.”*

Sağlık profesyonellerinden bazıları, risk değerlendirme ölçeğinin olmaması nedeniyle zorluk yaşamaktadır:

*“H 3: Elimde ölçek formunun olmaması onun haricinde başkada bir şey yok. Kendi kafamdan bir sistem oluşturdum. İyi, orta, düşük, ondan sonra bu koruyucu faktörleri yazıyorum, işte ona göre altında bir özet şeklinde değerlendirme yapıyorum. Ama elimde, hasta şu sonuca göre yüksek riskli bulunmuştur ama şu şu koruyucu faktörlerden dolayı ben bu riski düşürüyorum gibi bir ibare kullanmak isterim. Yani daha somutlaştırmak isterim, kendimi daha güvence altına almak isterim.”*

**Sağlık çalışanlarıyla ilgili:** Araştırmadaki katılımcıların bazıları, sağlık çalışanlarının risk değerlendirme eğitimi almamasına bağlı bir yetersizlikten bahsetmiştir:

*“H 2: ... Özellikle ben risk değerlendirme eğitimi almadım ama diğer hemşire arkadaşım ve sosyal hizmet uzmanımız eğitim aldıkları için onların yaptıkları risk değerlendirmesini daha uygun buluyorum. Onların yaptıklarını daha doğru değerlendirme olarak buluyorum. Çünkü özellikle onların eğitimde, birebir vaka yönetimi olarak ta yaptıkları için onlardan yardım alarak da risk değerlendirme formlarını dolduruyorum. Formdaki risk bağlamı diye bir kısım var o kısmı çok çözemedim. Açıkçası ben o bölümü bilemediğim için biraz zorlanıyorum...”*

Katılımcılardan bazıları, yeterli düzeyde risk değerlendirmesi yapabilmek için psikiyatri kliniklerinde çalışma deneyiminin olması gerektiğini ifade etmişlerdir:

*“H 5: Risk değerlendirmesi için ben kesinlikle şunu düşünüyorum: Kişilerin hizmet ettiği alandaki hastalık gruplarını iyi tanıması gerekiyor. Hastalığı bilmeden kriz nedir, atak nedir, nasıl gelir bunları bilmeyince kişi değerlendirmeyi de yapmakta güçlük çekiyor. Bence risk değerlendirme 4 yıllık psikiyatri deneyimi olan ve akut servislerde çalışan bir hemşire için üzerine bakanlık eğitimiyle birlikte iyi bir seviyeye ulaşıyor. Akut servisler size riskin ne olduğunu öğretiyor.”*

Sağlık profesyonellerinin hastayı yeterince tanıyamaması risk değerlendirmesini zorlaştıran bir durumdur: *“H 5: Hastayı çok iyi tanımak gerekiyor. Hastanın evini ev ortamını bilmek gerekiyor. Hastayı iyi tanımadığınızda risk değerlendirmesi yapmak zorlaşıyor. Bazen bir hasta geliyor bilgi alıp risk değerlendirmesi yapamıyorum. Yakını yok vs.”*

Sağlık profesyonellerinden biri, hukuki olarak risk değerlendirme yetkisinin olmamasının risk değerlendirmesini zorlaştırdığını belirtmiştir: *“H 1: Yaşadığımız zorluklar hukuki, ailesel destekte yoksunluk... Risk değerlendirmesinde bizlere hukuki olarak yetki verilmesini isterdim...”*

Risk değerlendirme konusunda sağlık profesyonelinin bilgili olmaması risk değerlendirmesini zorlaştırmaktadır: *“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 geliştiği için yapamadığınız şeyler size sıkıntı verebiliyor...”*



İş yükü fazlalığı nedeniyle ekiple toplanamama risk değerlendirmesinde yaşanan diğer bir zorluktur: *“H 5: ...Yoğunluğumuz o kadar fazla ki biz hiç bir araya gelemiyoruz. Dolayısıyla o risk değerlendirme bireysel görüşmenin neticesi olarak kalıyor. O yüzden çokta hakkını veremediğimizi düşünüyorum. Vaka danışmanı kimse risk değerlendirmesini o yapıyor. Tabi hasta riskli çıkmışsa ekip olarak kriz toplantısı yapıp sorunu ekip olarak çözmeye çalışıyoruz.”*

### **Çalışma koşullarıyla ilgili**

Çalışmadaki katılımcılar, iş yükünün fazla olması nedeniyle ekibin toplanamaması, güvenlik personelinin olmaması gibi çalışma koşullarına bağlı bazı nedenlerden dolayı risk değerlendirmesinin yeterli olmadığını bildirmişlerdir:

*“H 5: .... Mesela şöyle bir şey var risk değerlendirme formunun ekip halinde yapılması gerekiyor. Sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ergoterapist, hemşire ve psikiyatri uzmanı ile birlikte yapılması gerekiyor ancak yoğunluğumuz o kadar fazla ve ekip sirkülasyonu o kadar fazla oluyor ki biz hiçbir araya gelemiyoruz. Dolayısıyla o risk değerlendirme bireysel görüşmenin neticesi olarak kalıyor. O yüzden çokta hakkını veremediğimizi düşünüyorum. Vaka danışmanı kimse risk değerlendirmesini o yapıyor...”*

*“SHU 1: Yetersiz. Mesela bizim güvenliğimiz yok. Bizim için bu risk. Tek erkek benim burada çalışan. Psikozlu bir hastamız vardı, bir başka hastaya saldırdı ben müdahale ettim. Ben olmasam ne olacaktı. Ben tuttum, ben o anda orada olmasaydım, bayanlar onu ayıramazdı. Bu bizim için bir riskti. Hastalar birbirine zarar verebilir, güvenlik olması lazım, daha kaliteli bir fiziksel ortam olması lazım”*

### **Fizik koşullar**

Sağlık profesyonellerinden bazıları, hastaneden uzak olması, yemekler ve malzemelerin dışardan gelmesi gibi TRSM'nin fiziksel koşullarına bağlı olan yetersizliklerden bahsetmiştir:

*“SHU 2: Yeterli düzeyde değil. Yani her şeyden önce hasta ve çalışan güvenliği açısından hastaneden uzak olması, uzaktan malzemeydi vs., mesela yemek bile uzaktan geliyor burada hazırlanamıyor. Bu tip durumlar oluyor, yemekten böcek çıkıyor mesela bu hasta ve çalışan güvenliği açısından iyi bir şey değil. Ama bununla ilgili bizim herhangi bir düzenlememiz olamıyor. Biz sadece merkeze bildirmekle kalıyoruz. Bunun dışında yetersiz kaldığımız şeyler hastaları spor aktivitesi yaptırılmıyor alanınız yok yapmak isteyen de yapamayabiliyor.”*

### **Sistemden kaynaklı**

Sağlık profesyonelleri, ekibin sürekli değişmesi, hasta kayıtlarının/arşivin olmayışı, iş yükünün fazla olması gibi nedenlere bağlı olarak, sistemden kaynaklanan çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar:

Ekibin sürekli değişmesi risk değerlendirmesini zorlaştırmaktadır: “*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*”.

Hasta kayıtlarının/arşivin olmayışı, risk değerlendirmesini zorlaştırmaktadır: “*SHU 1: Hastanın geçmişe dair öyküsü, intihar olabilir, adli öyküsü olabilir bunların olup olmadığına dair bilgimiz olmadığında zorluk yaşayabiliyoruz. Hastanın geçmişe dair risk öyküsünü bilmemiz lazım ki hastanın risk değerlendirmesi yapalım. Mesela mevsimsel geçişler hastayı etkiliyor mu etkilemiyor mu bunu bilmeliyiz ki mevsimsel geçişlerde hastanın riskli olup olmadığını tahmin edebilelim. Geçmişte bir yerden bir yere taşındığı zaman hasta uyum sağlamakta zorlanıyorsa o hasta için taşındığı zaman risk vardır, bu gibi şeyler.*”

Sağlık profesyonellerinin takip ettiği hasta sayısının çok fazla olması risk değerlendirmesini zorlaştırmaktadır:

“*PSK 2: Risk değerlendirmesinde yaşadığımız çok fazla zorluk var. Birincisi çok fazla hastaya bakıyoruz. Benim 132 hastam var. Bu şekilde hastalarımınla sık sık görüşmem imkansız, yoğun çalışma temposu içerisindeyiz. ...*”

### **Yerel yönetimlerin destek olmaması**

Sağlık profesyonellerinin bir tanesine göre, risk değerlendirmesi için yerel yönetimlerin destek olmaması risk değerlendirmesini zorlaştırıcı bir faktördür: “*PSK 2: ... Belediyeler, muhtarlıklar gibi yerel yönetimler destek vermeyebiliyor.*”

### **TEMA 4: Risk Değerlendirme Sorumluluğu**

Risk değerlendirmesinin kimin sorumluluğu olduğuna dair sağlık profesyonellerinin görüşleri incelenmiş ve altı alt tema belirlenmiştir. Bu alt temalar ve alt temalara örnek teşkil eden görüşlerden bazı örnekler aşağıda yer almaktadır:

### **Alt Tema 1: Bütün ekip**

Araştırmadaki sağlık profesyonelleri, risk değerlendirmesinin tüm ekibin sorumluluğu olduğunu belirtmiştir. Sağlık profesyonellerinin bu yöndeki ifadeleri aşağıda yer almaktadır:

*“PU 2: Bence ekip hepsi sorumlu. Sekreter, memurlar onların gözlemi bile önemli. Bazen sekreter diyor ki, şu hasta şurada şunu yaptı, orada onun gözlemi bile önemli. Ekip bütün sonuçta. Herkes her şeyi bi şekilde gözlüyor, bakıyor, ilişkilere bakıyor. Gözlem açısından orada çalışan herkes sorumlu ama tabi düşük derecede diyebiliriz. Öncelikli olarak doktor, oradaki hemşireler, sosyal hizmet uzmanı onları sosyal olarak değerlendirmede sorumlu. Tabi sağlık personeli daha kolay değerlendirebiliyor. Benim fikrim o.”*

*“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.”*

### **Alt Tema 2: Aile /Hastanın kaldığı kurum**

Araştırmadaki bazı katılımcılar, hastanın ailesi ve/veya kaldığı kurumunda risk değerlendirmesinden sorumlu olduğunu belirtmiştir:

*“H 1: TRSM olarak kesinlikle tedavi ekibi olarak sorumluyuz (doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı) ama bunun dışında aile veya kaldığı herhangi bir kurum varsa bakım evleri gibi bu kurumlarda sorumlu olduğunu düşünüyorum. Çünkü bu iş birliği çok önemli, iş birliği çerçevesinde yapılmalıdır.”*

*“SHU 1: Hasta ilk önce kendisi sorumlu, ikincisi aile/yaşadığı kişiler sorumlu. Bizim buraya sabah 9.30 da gelir 15:30 da giderler, ama aile hep onlarla birlikte. Örneğin hastanın duygu durumu değiştiği zaman aile hemen gözlemlemesi lazım. Hemen müdahale etmesi lazım, doktora götürmesi lazım. Örneğin hastanın hastanede yatması gerekiyordur, hasta yatmam der, ailede yatırmak istemezse biz bir şey yapamıyoruz. Ama aile yatırmak isterse yatırabiliriz. Tabi TRSM ekibi risk değerlendirmesi yapmaktan sorumludur.”*

### **Alt Tema 3: Öncelikle vaka danışmanları + ekip**

Katılımcıların bazıları risk değerlendirmesinin öncelikle vaka danışmanının görevi olduğunu daha sonra ekibin sorumluluğu olduğunu ifade etmiştir:

*“H 3: Öncelikli olarak vaka danışmanı sorumludur. Daha sonra bütün tedavi ekibi sorumludur.”*

*“PU 4: Danışmanlar primer olarak sorumlu, çünkü onlar daha çok birebir konuşuyor. Yani ayrıntılı değerlendirip soruyor. Biz doktorlarda aynı zamanda sorumluyuz tabi ki.”*

#### **Alt Tema 4: Hasta öncelikle, sonra danışman ve psikiyatrist**

Sağlık profesyonellerinden biri, risk değerlendirmesinden hastanın kendisi, danışmanı ve hekimin görevi olduğunu belirtmiştir:

*“H 4: En başta hasta sorumlu, daha sonra hastanın danışmanı ve uzman psikiyatrist sorumlu.”*

#### **Alt Tema 5: Tüm ekip ama doktor ve hemşirenin gözlemesi farklı**

Araştırmadaki bir psikiyatri uzmanı, hemşire ve hekimin gözleminin risk değerlendirmesinde önemli olduğunu belirtmişlerdir:

*“PU 2: ...Sosyal hizmet uzmanının sosyal açıdan değerlendirmesi önemli tabi ama hastayı doktorun ve hemşirenin gözlemlemesi daha farklı ve etkili.”*

#### **Alt Tema 6: SHU sosyal açıdan değerlendirmeli görev tanımlarına risk değerlendirmesi eklenmeli**

Sağlık profesyonellerinden biri, risk değerlendirmesinde sosyal hizmetin önemini dile getirmiştir:

*“PSK 2: ...sosyal çalışanların görev tanımlarının içerisine mutlaka risk yönetimindeki rolleri eklenmeli. Örneğin danışan TRSM ye gelmiyor, biz bu hastanın risk değerlendirmesini yapamıyoruz. Sosyal çalışanlar bu konuda aktif olmalı, hasta gelmiyor takibi yapılamıyor sosyal çalışmacı bu hastanın toplumda takibini yapmalı ya da TRSM ye gelmesini sağlamalı.”*

#### **Alt Tema 7: Doktor ve vaka danışmanı**

Bazı sağlık profesyonelleri risk değerlendirmesinin, öncelikle danışman ve hekimin sorumluluğu olduğunu belirtmişlerdir:

*“PSK 1: TRSM deki risk değerlendirmesinden hastanın danışmanı ve psikiyatri uzmanı sorumludur.”*

### **Alt Tema 8: Primer olarak doktor**

TRSM'ler için hazırlanan çalışma rehberinde risk değerlendirmesinden primer olarak hekimin sorulu olduğu belirtilmiştir. Araştırmadaki sağlık profesyonellerinden birinin görüşü de bu yöndedir:

*“PU 1: Psikiyatri hekimi başta olmak üzere diğer yardımcı sağlık personelinin primer olarak sorumlu olduğunu düşünüyorum...”*

### **Alt Tema 9: Hastane yönetimi**

Sağlık profesyonellerinden birisi, 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 Değerlendirmesi Eğitime Yönelik Öneriler**

Araştırmadaki sağlık profesyonellerinden dokuz tanesi Sağlık Bakanlığı tarafından verilen risk değerlendirme eğitimini almış, beş tanesi ise almamıştır. Araştırmadaki sağlık profesyonellerinin, risk değerlendirme eğitimleri hakkındaki görüşleri yeterli ve yetersiz olmak üzere iki alt temada değerlendirilmiştir. Aşağıda bu alt temalar ve alt temaların içeriğini yansıtacağı düşünülen görüşme örneklerinden bazılarına yer verilmiştir:

### **Alt Tema 1: Eğitimler Yeterli**

Araştırmadaki bazı katılımcılar bakanlık eğitimini yeterli bulduklarını ifade etmiştir:

*“H 1: ...Bakanlıktan bize verilen eğitimin içeriğini yeterli buluyorum.”*

*“H 6: Bakanlık eğitimi çok yeterli. Oradaki gibi vaka üzerinden değerlendirme yapılıp anlatılmalı.”*

### **Alt Tema 2: Eğitimler Yetersiz**

Sağlık profesyonelleri, risk değerlendirme eğitimlerinin içeriği, süreci, yöntemi ve hedef grubuyla ilgili çeşitli yetersizliklerinin olduğunu belirtmiş ve bu alanlara yönelik önerilerde bulunmuşlardır:

## 1.İçerikle ilgili öneriler:

Araştırmadaki katılımcılardan bazıları, eğitimin içeriğiyle ilgili şu önerilerde bulunmuştur:

**Durumlara özgü risk değerlendirmesi yapılmalıdır:** “H 2: Eğitim almadım. Ancak şöyle bir içerik olsun isterdim. İlk kez hastaya risk değerlendirmesi yaptıktan sonra tekrar risk değerlendirmesi yapılacaksa bu durumuna ilişkin risk değerlendirme soruları eklenebilir. Bu tür durumlara özgü risk değerlendirmesi olabilir mi? Örneğin evlenme, birini kaybettiğinde ortaya çıkan riskler ya da taşınmayla ilgili olabilecek riskler gibi. Biz direk bunlara ilişkin sorular sorabiliriz.”

**Hastalıklara göre riskler ve hastalık bilgisini de içermelidir:** “H 3: ... Eğer TRSM ye risk değerlendirme eğitimi verilecekse psikoza ve bipolar bozukluğa yönelik iyi bir literatür değerlendirmesi yapılması gerekir. Çünkü her birinin risk değerlendirme parametreleri ayrıdır. Örneğin şizofreni hastasında erkek cinsiyet ve 35 yaş altı riskli bir kategoriye gösterirken, bipolarda başka bir durum risk olabilir. Hani biz bipoları da şizofreniyi de aynı kategoride değerlendiriyoruz. Dolayısıyla bunların parametreleri farklıdır. Risk değerlendirmesi eğitimlerinin içeriği de her bir hastalığa yönelik ayrı ayrı olacak şekilde olmalı.”

**Hastanın bütün olarak nasıl değerlendirileceği (çevresiyle birlikte) anlatılmalıdır:** “PU 2: Aslında şöyle söyleyebilirim. Bir hastayı değerlendirmeyi bilen bir hastayı değerlendirebilecek yeterlilikteysen sen riski de onun içerisinde değerlendiriyorsundur. Yani hastayı bütün olarak değerlendiriyorsan, yaşadığı mahalleden, kira mı kendinin mi, evdeki oda sayısına kadar ayrıntılı bir değerlendirme yaparken bir yandan da hastanın hastalıkla ilgili bilgisini değerlendiriyorsun. Ama kalkıp soru cevap şeklindeki bir hasta değerlendirmesinden sen risk değerlendirmesi bekleyemezsin. Yani hastaya sadece belirtilerle hastayı değerlendirirsen risk değerlendirmesi yapamazsın TRSM’de durum farklı, bireyin oturduğu mahalleden, çevresindeki kahvehaneden, ganyan bayiinden tut her şeyi bileceksin. Çünkü o bireylerin bazen alkol madde kötüye de kullanımları da oluyor. Eksen 2 kişilik özelliklerinden farklı durumlara da gidebiliyor. Ganyan bayii evinin yanında birey oradan çıkmıyor. Kötü bir mahallede yaşıyor ve madde kullanıyor, maddeye bağlı psikozlar var biz mesela bu hastaları TRSM’ye dahil etmedik, sonuçta buradaki hastalara da madde getirebilir, onları maddeye alıştıracaktır. TRSM’deki diğer hastaları korumak amacıyla maddeye bağlı psikoza olanları TRSM’den ayrı tuttuk ve

onların hizmetini poliklinikten veriyoruz ve onlara ev ziyareti yapıyoruz. Özetle eğitim içeriğinde hastayı bütün olarak değerlendirmeye yönelik eğitim verilmeli. Hastayı maddi, manevi, ekonomik gibi birçok yönden değerlendirecek bir risk değerlendirme eğitimi olmalı.”

**Riskin boyutlarını içermelidir:** “PU 3: Risk taminin 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.”

**İntiharda risk değerlendirmesini içermelidir:** “PU 4: ...İntihar riski yüksek olan grupların neler olacağına daha ayrıntılı anlatılması gerekir. Örneğin şimdiki intiharı yordayan faktörler, mesela bunlar daha çok konuşulabilir. Geçmişte intihar girişiminin olması çok yordayıcı bir faktördür ya da alkol kullanım bozukluğunun olması çok büyük bir risk faktörüdür. Bunları öngörecektür durumların belirtilmesi önemlidir.”

**Önlemlere yer verilmelidir:** “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.”

**Sosyal hizmet uzmanının önemi vurgulansın:** “PSK 2: ... Bu eğitimlerin içeriğinde sosyal çalışmacıların önemi vurgulanmalı ve sosyal çalışmacıların görev tanımlarının içerisinde mutlaka risk yönetimindeki rolleri eklenmeli...”

**Düşme riski yer almalıdır:** “H 4: “...Örneğin formda düşme riski yok bunlar eklenmeli...”

**Uygulamada kullanılan formlar üzerinden anlatılmalıdır:** “H 4: Eğitimlerde direk ne yapıyorsak hangi formları kullanıyorsak direk onlar üzerinden anlatılmalı.”

**Bütün risk alanlarını içermelidir (gaz kaçağı, su basması, gürültü riski gibi):** “SHU 2: ... Mesela hastaneden iş sağlığı uzmanları geliyor, tüpleri sayıyorlar, gaz kaçağı alarmımız var mı, kamera var mı işte bunlara bakıp gidiyorlar ama hani bizi su bastı bu da bir risk, gürültüde bir risk, hastanın duygudurumundaki yükselmeye ilgili olarak ta çeşitli riskler ortaya çıkabilir. Bunlarla ilgili herkesin eşit miktarda bilgisinin olmadığını düşünmüyorum. Bütün risk alanları ile ilgili bilgiler verilmelidir.”

## 2. Eğitimin süresi ile ilgili öneriler

*Bir kez olmamalı, sık ve sürekli olmalı: “H 4: Eğitimler asla bir kereye mahsus olarak yapılmaz. Tekrarı olmalı, bilgiler güncellenmeli... Eğitimler sıklaştırılmalı.”*

## 3. Eğitim yöntemi ile ilgili öneriler

*Vaka üzerinden anlatılsın: “H 1: ...Risk değerlendirmesinin vaka üzerinden anlatılması çok yararlı olur ...”*

## 4. Kime eğitim yapılmalı?

*Tüm ekibe eğitim yapılmalı: “SHU 2: Risk değerlendirmesi eğitimi almadım. Risk değerlendirmesi eğitiminde veya gerekirse çalıştaylarda risk değerlendirme parametrelerinin beyin fırtınasına açılması gerekir. Bunlarla ilgili bilgilerinde bütün çalışanlara iletilmesi gerekir. Bizde bu ayak eksik. Sahada çalışanlardan bilgi alınmalıdır ve olay bildirim formlarıyla bildirilen durumlardan bir risk analizi yapıp bununla ilgili bütün çalışanlara bilgi verilmelidir...”*

*Ailelere eğitim yapılmalı: “SHU 1: Ailelere de risk değerlendirme eğitimi yapılmalıydı bence.”*

## TEMA 6: TRSM'ye Yönelik Riskler

TRSM'lerde çalışan sağlık profesyonellerinin ifadelerine göre TRSM'ye özgü riskler; hastaya yönelik riskler, sağlık çalışanlarına yönelik riskler, bina ile ilgili riskler, en riskli hastalar olmak üzere dört alt temada değerlendirilmiştir. Aşağıda bu temayla ilgili her bir alt tema ve alt temayla ilgili görüşme örneklerine yer verilmiştir:

### Alt Tema 1: Hastaya yönelik riskler

Araştırmadaki sağlık profesyonellerinin ifadelerine göre hasta bireyin karşılaşabileceği riskler aşağıda listelenmiştir:

#### 1. Zarar verme ( Kendisi, çevresi, eşyaya):

*“H 6: “Silaha erişimi varsa, yalnız yaşıyorsa, ilaç uyumsuzluğu varsa bunlar hastanın intihar riskini artırır.”*

*“H1: Soyutlama, yani hasta kendisini hastalık nedeniyle toplumdan soyutluyor. Bu da bence risk yani biz bu durumla çok karşılaşıyoruz mesela.... Bipolar hastalar için söyleyim. Mesela bir dönem alış veriş çılgınlığı yaşıyor o atak dönemlerinde. Bir*



*hastamız senetle alışveriş yapmış mesela o esnafa zarar da veriyor hem de kendisine zarar vermiş oluyor. O aldığı kıyafetleri başka bir yerde satmış mesela daha düşük bir fiyata, bu durumu bilinçsizce yapıyor ama kendine ve topluma zarar veren bir durum mesela bu.”*

## **2. Alevlenme**

*“H 5: En çok karşılaşılan risk türü alevlenme riski. Çevreye zarar verme ve suisid çok fazla değil, genelde istismar edilme ve alevlenmeyi görüyoruz.”*

*“PU 1: Hasta açısından en fazla risk tedaviye uyumunun bozulması buna bağlı alevlenme...”*

## **3. Madde kullanımı:**

*“H 4: Madde kullanımı riski var...” “H 2: Madde kötüye kullanımı olabiliyor ve bu tedaviyi yüzde yüz etkiliyor”.*

*“SHU 1: ...İlaçların etkinliğini bozar alkol... Alkol kullanma başka önemli bir durum. Alkol madde kullanımını değerlendiriyoruz. Hastaya uygun bir şekilde soruyoruz. Sürekli uyarıyoruz, ilaçların etkinliğini bozacağını söylüyoruz...”*

## **4. İlaç uyumsuzluğu:**

*“H2: Tedaviye uymama durumu bir risk olabilir. Çok fazla gördüğümüz bir durum bu. İlaçların yan etkilerinden dolayı mesela en fazla bırakma cinsel performansı düşürmesi nedeniyle oluyor. Klozapin kullanan bir hastamız evleneceğim cinsel yönden güçsüz olurum diye almak istemedi mesela, klozapini kestirdi. Mesela yan etkiler nedeniyle sürekli ilaçlarını değiştiren bir hastamız var. Hastaların çoğu kendilerine bu ilaçların zarar verdiğini düşünüyor. “Kullana kullana ne olacak bu ilaçları?” diyebiliyorlar. Mesela aşırı su içme, çay içme davranışları görüyoruz. Bu tutumları incelediğinizde bu ilaçları vücutlarından atmak için bir yol olarak hastaların bunları yaptığını görüyorsunuz. Mesela bir hastamız sırf müsküler enjeksiyonu istemediği için depo enjeksiyon yaptırmak istemiyor.”*

*“SHU 1: Örneğin kişi çalışmak zorunda ekonomik geliri yetersiz. Bir iki gün çalışıyor sonra ayrılmak zorunda kalabiliyor. Sonra ilaç kullanmayı bırakabiliyor, çünkü çok uyuyorum uyku yapıyor diyor ilacı bırakıyor ama tabii ilacı bıraktıkça da ataktan dolayı çalışmıyor...”*

## **5. TRSM'ye gelmeyi bırakma:**

*“H1: Kişilerin TRSM takibini bırakması buradaki rehabilitif hizmetleri alamamasına neden oluyor, bu bir risk.”*

## **6. İstismar**

Psikiyatrik hastalıkların özelliğinden kaynaklanan diğer bir risk ise, danışanların savunmasızlığı ve kırılganlığı nedeniyle diğer bireyler tarafından ihmal edilmeye ve istismara açık olmalarıdır. Sağlık profesyonellerinin görüşlerine göre personelden, diğer hastalardan, aile/bakım vericilerden, toplumdaki diğer bireylerden kaynaklanan ve danışan bireyi etkileyen birçok risk faktörü vardır. Aşağıda bu riskle ilgili sağlık profesyonellerinin bazılarının ifadelerine yer verilmiştir:

*“H2: Çevrenin hastayı suistimal etmesi. Mesela hastanın düşünsel yetersizliği olduğu için çevresinde hastayı kullananlar olabiliyor. Maddi manevi, cinsel tacize kadar her şey var, mesela fiziksel açıdan (hastayı çalıştırmaları mesela). Mesela hastanın yaşadığı kişiler ablası ve eniştesi, hasta bunlara mecbur. Hasta yaşadığı kişilerin yaşam şekillerine de uymak zorunda kalıyor hasta. Mesela eniştesi alkol alıyor hastamızda alıyor dönem dönem, zaten hastanın alkol öyküsü var. Bu risk var mesela hastanın eniştesi alkol aldıkça hasta kendini koruyamıyor o alkolden. Bu defa hasta tedavisini almamaya başlıyor. Genelde ailelerin etkisi çok fazla. Mesela yine aile hastayı tamamen kendi başına bırakmış, tedaviye ihtiyacı olmadığını düşünüyor, hasta olmadığını düşünüyor. Bir hastamız var mesela, bu hasta ailesiyle kavga etmiş ve dağa çıkmış, 1 ay dağda kalmış, dağda ayakları donmuş ve ampute edilmiş. Bu bir fiziksel ihmaldir. ...”*

*“H3: ...TRSM'ler için riskler: Hastanın ailesi veya başkaları tarafından ihmale ve istismara uğraması. Kurum çalışanının hastayı suistimal etmesi (hastadan hediye vb. alması gibi).”*

Sağlık profesyonellerinin bildirimlerine göre damgalama TRSM'deki hastaların karşılaştıkları önemli bir risk durumudur.

*“SHU 1: Toplumdaki hastalar için en önemli sorun damgalama. Ailesi damgalayabiliyor, sen delisin diyor, mesela eşi delisin, ruh hastasıdır diyor. Damgalama, al sana risk. Hastayı strese sürüklüyorsun. Hastanın kendi kendine yetersiz olduğunu bastıra bastıra söylüyorsun. Bu, kişinin kendine olan güvenini*

azaltır, becerisini azaltır, değerini azaltır, daha çok içine kapanır, dışarı çıkmaz, kendini yetersiz görür...”

“H 1: Çevrenin hastaya yönelik riski en başta damgalama. Toplumda hastayı izole ediyor. Hasta kendini izole ettiği gibi toplumda aile de hastayı izole edebiliyor.”

### **7.Psikiyatrik ilaçların kötüye kullanımı**

Psikiyatri hastalarında kullanılan bazı ilaçların özellikleri nedeniyle kötüye kullanımları söz konusu olabilmektedir. Psikiyatri hastalarına reçete edilen bu ilaçlar, hastaların kendileri, aileleri ve/veya çevreleri tarafından kötüye kullanabilmektedir. Bu araştırmada sağlık profesyonelleri psikiyatrik ilaçların kötüye kullanımıyla ilgili şu örnekleri vermişlerdir:

“H2: Bir hastamız akineton ilacını kötüye kullanıyordu. Hatta satıyordu. Bu kişi hatta akinetonu alkolle alıyordu, biz onu burada bir iki hastaya da önerirken duyduk. Diğer hastalara zarar veriyor diye biz o hastayı buradan uzaklaştırdık evde takip ediyoruz. Başka bir hastamız da kötüye kullanıyor yine akinetonu, yazdırmak için rapor çıkarmaya çalışıyor. Bir hastamızın neurotin bağımlılığı var.”

“SHU 1: Mesela bir hastamız vardı oğlu madde bağımlısıydı. Mesela hastaya iki aylık akineton yazıyorduk, bir ay sonra akineton bitti diye geliyordu. Oğlu satıyordu alinetonları. Biz hastayı uyardık, bu suç dedik, oğlun cezaevine girer dedik. Sonra yazmadık biz akinetonu. Bize kızdı başka yerde yazdırmaya çalıştı. Mesela ailesinde madde kullanımı var ama hastaya zarar veriyor. O çocuk yakalansa babası da zarar görecektir. Hem hukuki yönden, hem tıbbi yönden, hem maddi hem manevi yönden zarar görecektir yani. Bazen hastalar bize yeşil reçeteli ilaç yazdırmaya geliyorlar. Soruyoruz niçin istiyorsun diye, çevresindeki insanlar onların ilaç yazdırabileceklerini biliyorlar, bana şu ilacı yazdır diyorlar, sana para veririz diyorlar, biz hastaları uyarıyoruz. Sakın ha diyoruz. Böyle bir iki kişi oldu mesela. Hastadan kahvehanede biri akineton istemiş oda bir iki tane vermiş, biz o hastayı uyardık...”

### **Alt Tema 2: Sağlık çalışanlarına yönelik riskler**

Araştırmadaki sağlık profesyonellerinin bildirimlerine göre, TRSM’lerde sağlık çalışanları çeşitli risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Aşağıda bu riskler listelenmiştir:

**1.Ev ziyaretleri:** “H 5: ...Ev ziyaretleri çok riskli. Mesela biz ev ziyaretine 2 bayan gidiyoruz ki yönergede de o şekilde 2 kişi gitmek zorunda, siz iki kişi gidiyorsunuz bir

eve sizi tanımayan 10 kişilik bir grup çıkıyor karşınıza. 10 kişinin içinde birçok erkek olabiliyor...”

“SHU 1: Ev ziyaretlerinde riskler var: Mesela bir hastaya ev ziyaretine gittik, birazda sıkıntılı bir hasta, burada da doktor beye vurmaya falan çalışmış. Ev ziyaretinde bize de saldırabilir. Hatta bizden önceki ekibin ev ziyaretinde hasta bıçak çekmiş, bizimkiler kaçamamış, kapıyı falanda kapatmış, sonra biri engel olmuş falan.”

**2.Şiddete maruz kalma:** “H 6: Hasta saldırganlığı olabilir (bunlar sözel fiziksel olabilir). Hasta merkeze madde etkisinde gelebilir. Hasta yakını da şiddet uygulayabiliyor, örneğin hastasını kaybeder sorumlusu olarak bizi görür...”

“H 3: “... Hastanın personele yönelik olarak cinsel taciz ve fiziksel şiddet uygulaması.”

**3.Hastayı yeterli değerlendirememe:** “H2...Bunun dışında hastayı yeterli değerlendirememe olabilir. Hastayı yeterli değerlendiremediğiniz zaman buradan alması gereken hizmeti yeterli düzeyde alamayabilir...”

**4.Düşme (zemin uygun değil):** “H 6: Hasta kayar düşer mesela, personelde aynı şekilde düşebilir.”

**5.İğne batması:** “H 6: Enjeksiyon yaparken hemşireye iğne batabilir.”

**6.Güvenlik görevlisinin olmaması:** “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.”

### **Alt Tema 3: Bina ile ilgili riskler**

Sağlık profesyonellerinin bildirimlerine göre, TRSM’lerde binayla ilgili çeşitli riskler söz konusudur:

**1.Su basması, yangın, zeminle ilgili:** “SHU 2: ... Şu an biz toplum merkeziyiz, kapımız herkese açık, kapıdan kimin girebileceğini bilemiyorsunuz...Bunun dışında yetersiz kaldığımız şeyler hastaları spor aktivitesi yaptırılmıyorsunuz alanınız yok yapmak isteyen de yapamayabiliyor...”

“H 6: Binayla ilgili riskler söz konusu olabilir. Mesela burayı su basmıştı, yangın çıkabilir, dolap düşebilir. Hasta kayar düşer mesela, ...”

**2. Yemeklerin hijyenik şartlarına ilişkin riskler:** “SHU 2: Yeterli düzeyde değil. Yani her şeyden önce hasta ve çalışan güvenliği açısından hastaneden uzak olması, uzaktan malzemeydi vs., mesela yemek bile uzaktan geliyor burada hazırlanamıyor. Bu tip durumlar oluyor, yemekten böcek çıkıyor mesela bu hasta ve çalışan güvenliği açısından iyi bir şey değil...”

#### **Alt Tema 4: En riskli hastalar**

Araştırmadaki katılımcılar, adli hastalar, TRSM’ye gelmeyi kabul etmeyen hastalar ve tanımadıkları hastaların dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini bu hastaların daha riskli olabileceğini ifade etmişlerdir:

**1. Adli hastalar:** “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.”

#### **2. TRSM’ye gelmeyi kabul etmeyen hastalar:**

“H 5: Bazen uzun süre TRSM katılımı olmayan hastaya gidiyorsunuz o da sıkıntılı bir durum. Çünkü hastanın durumunu bilmiyorsunuz, hasta yakınları size hastayı iyi gibi gösteriyor fakat bir bakıyorsunuz hasta eksite olmaya çok meyilli. Dolayısıyla personel de kendini de riske atmış oluyor.”

“H 2: ... Bir de bazen mesela bizim ziyaretleri ile takip ettiğimiz hastalar var, bunlar farklı şekilde birileri tarafından getirildiler. Bunlar TRSM’ye gelmeyi kabul etmeyen aileler ve hastalar. Aile hastayı kontrol edemediğinde hastayı TRSM’ye getiriyorlar. Acil servis gibi TRSM’ye getirebiliyorlar. Burada hasta doktora, çalışan ve diğer danışanlara zarar verebiliyor. Mesela bazen doktor yönlendirmesiyle ilk kez gelen hastalarda şiddet, kendine zarar verme riskleri olabiliyor. Çevresindeki eşyalara zarar verebiliyor...”

#### **3. Tanımadığımız hastalar:**

“PU 2: ..İkincisi hastaları tanımiyorsan, TRSM’deki ekip tanımiyorsa bunlar riskli. Belki bu hastalar TRSM’de bir müddet yanında refakat eden biriyle durabilir. Sonra biraz daha ortama uyum sağladıktan sonra, biraz biz onu tanıdıktan sonra tek kalabilir diye düşünüyorum. Tabi biz TRSM’de kişinin bireysel işlerini kendisinin yapmasını hedefliyoruz. Ama hastayı tanıyana kadar sorun çıkmaması, diğer hastaların veya hastanın kendisinin zarar görmemesi için hastanın yanında biri

*refakat edebilir. Birden ajite olabiliyorlar. Çünkü bu hastalar paranoid hastalar, bir bakıştan bir gülüşten rahatsız olabilen hastalar, bunlar hep risk. Bu hasta grubuyla çalışırken biz neyin ne zaman olabileceğini bilemeyiz. Hasta çok sakinken bir anda epileptik nöbet geçirdi bu bir risk. İlaç dozunu artırmıştık ve ilaca bağlı epilepsi nöbeti geçirdi. Yani bunlar her yerde olabilir belki ama TRSM’de bu hastanın daha çok meyilli var. Çünkü verdiğimiz ilaçlar epilepsi nöbetini artırıyor, bu bir risk. Biz hep uyanık olmalı ve hastaları gözlemlemeliyiz aslında. Bir hastamız vardı mesela, hapşurdu bana hapşurdu diye yengesini öldürdü. TRSM’nin en büyük riski çok riskli bir hasta grubuyla ne yapacağını bazen de kestiremediğimiz bir hasta grubuyla, birbirlerine ne yapacağını kestiremediğimiz hasta grubuyla çalışmak. Bir serviste yaşamıştık bir şizofreni hastası atakta diğer şizofreni hastasının gözünü parmağıyla çıkardı. Bu hastaların hepsi için durum böyle. Ataktayken hasta atakta dersin ve servise yatırırısın. Ama TRSM’de de atağı ne zaman olacak, neye alınganlık gösterecek bilemezsin yani.”*

#### **4.2. İkinci Adımın Bulguları**

Araştırma kapsamında, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM’den 6 ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi TRSM’den 5, Karaman Sağlık İl Müdürlüğüne bağlı Karaman Devlet Hastanesi TRSM’den 5 olmak üzere toplam 15 sağlık profesyoneli ile görüşme yapılmıştır. İntihar risk değerlendirme aracı hakkında görüşleri alınan sağlık profesyonellerinin özellikleri tablo 7’de yer almaktadır.

**Tablo 7: İntihar risk değerlendirme aracı hakkında görüşleri alınan sağlık profesyonellerinin özellikleri**

	Yaş	Cinsiyet	Mesleği	Eğitim düzeyi	TRSM’de çalışma süresi	Diğer psikiyatri servislerinde çalışma süresi	Risk değerlendirme eğitimi alma durumu
PU1	38	Erkek	Psikiyatri uzmanı	Lisansüstü	3 yıl	13 yıl	Hayır
PU2	31	Erkek	Psikiyatri uzmanı	Lisansüstü	1 yıl	6 yıl	Hayır
H1	36	Kadın	Hemşire	Lisansüstü	6 yıl	0	Evet
H2	39	Kadın	Hemşire	Lisansüstü	2 yıl	11 yıl	Evet
H3	35	Kadın	Hemşire	Lisans	6 yıl	5 yıl	Evet
H4	45	Kadın	Hemşire	Lisans	6 yıl	8 yıl	Hayır
H5	40	Kadın	Hemşire	Lisans	5 yıl	4 yıl	Evet
H6	38	Kadın	Hemşire	Lisansüstü	5 Yıl	4 yıl	Evet
PSK1	26	Kadın	Psikolog	Lisansüstü	1 yıl	4 ay	Hayır
PSK2	27	Kadın	Psikolog	Lisansüstü	1 yıl	0	Hayır
PSK3	33	Erkek	Psikolog	Lisans	5 ay	8 yıl	Evet
SHU1	25	Kadın	Sosyal hizmet uzmanı	Lisans	4 ay	1 yıl	Hayır
SHU2	28	Erkek	Sosyal hizmet uzmanı	Lisans	2 yıl	2 yıl	Evet
SHU3	26	Erkek	Sosyal hizmet uzmanı	Lisans	1 yıl	2 yıl	Hayır
ERG	25	Kadın	Ergoterapist	Lisans	1 yıl	0	Hayır

TRSM’lerde çalışan sağlık profesyonelleri ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler betimsel analiz yöntemiyle değerlendirilmiş tema ve alt temalar belirlenmiştir. Temalar güçlü yönler ve geliştirilmesi gereken yönler olarak belirlenmiş olup; kapsam, uygulanabilirliği ve intihar riskini ölçme durumu da üç alt tema olarak saptanmıştır.

Sağlık profesyonelleriyle yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizinden elde edilen tema ve alt temalar Tablo 8’de yer almaktadır. Tablonun sonunda her bir tema ve alt temaya ilişkin görüşme örneklerine yer verilmiştir.

**Tablo 8: İntihar risk değerlendirme aracı hakkındaki görüşeler doğrultusunda belirlenen tema ve alt temalar**

<b>Değerlendirme Alanları</b>	<b>Güçlü yönleri</b>	<b>Geliştirilmesi gereken yönler</b>
<b>Kapsamı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Hızlı ve doğru değerlendirme açısından soru sayısı ideal</li> <li>*Minimum soruyla maksimum faydayı elde etmek açısından soru sayısı ideal</li> <li>*Kısa, net ve öz</li> <li>*Tam olarak intihara binaen hazırlanmış</li> <li>*Zaten bir şekilde irdelenmesi gereken sorular</li> <li>*Distres termometresi çok güzel</li> <li>*Koruyucu faktörler kısmı çok iyi</li> <li>*Düşünce, duygu ve davranış toplu halde değerlendiriliyor</li> <li>*Değerlendirmeyi kolaylaştırması</li> <li>*Herhangi bir sorunun atlanmasına engel olması</li> <li>*Koruyucu faktörleri göz önünde bulundurması</li> <li>*Psikiyatri eğitimi alan herkesin doldurabilmesi</li> <li>*Elektronik ortamda olması</li> <li>*Değerlendirme sonucunda bir oran vermesi</li> <li>*Daha profesyonel değerlendirme sağlaması</li> <li>*Yapılan işin kalitesini arttırması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Psikolojik sağlamlık ölçeğinin 1. ve 3. sorusunun mantığı aynı olması</li> <li>*Kısa psikolojik sağlamlık ölçeğinde soruların birbirine çok benzemesi</li> <li>*Ek tanımlar kısmına şizoeffektif tanısı, psikotik depresyon, organik olmayan psikoz eklenebilir</li> <li>*Ek tanımlar sorusuna eş tanı yok şeklinde bir seçenek eklenebilir</li> <li>*Ek tanımlar sorusunda bipolar I ve bipolar II olarak ayrılabilir</li> <li>*İntihar planı sorusundan sonra, planın gerçekliğini araştıran bir soru eklenebilir</li> <li>*İntihar yöntemi ile ilgili bir soru eklenebilir (ası, bıçak, silah, vb.)</li> <li>*İntihar düşünceleri sorusuna “pasif intihar düşüncesi” seçeneğinin eklenebilir</li> </ul>



	<p>*Klinisyenler arası ortak dil sağlaması</p> <p>*Mevcut formları koyacak yer yok bu bilgilerin sistemde kalması</p> <p>*Yasal belgeleme sağlaması</p>	<p>*En son intihar girişiminin ne zaman olduğu sorulabilir</p> <p>*Ailelerin intihar konusundaki duyarlılığının ne durumda olduğu değerlendirilebilir</p> <p>*İntiharla ilgili mektup bırakma, yakınlarına söyleme gibi durumlar sorgulanabilir</p> <p>*Sorulara a,b,c gibi seçenek eklenebilir</p> <p>*Anksiyetenin belirlenmesi için sorular eklenebilir</p> <p>*İntihar girişimini sormaktan rahatsızım, hastaya hatırlatıcı olabilir</p> <p>*Başkalarına zarar verme, savunmasızlık, alevlenme risk değerlendirme çeşitleri de eklenilebilir</p>
<b>Uygulanabilirliği</b>	<p>*Çok zaman almıyor</p> <p>*Kolay</p> <p>*Uygulaması çok basit</p> <p>*Hastayla konuşurken sorulan alınan bilgiler doğrultusunda hazırlanmış gibi</p> <p>*Görüşme içerisinde uygulayabilecek bir şey</p> <p>*Yorum gerektiren yerler az</p> <p>*Kararsız kalınan değerlendirmeler için oldukça yönlendirici</p> <p>*Çok işlevsel</p>	<p>*Hastayı iyi tanıyan bir danışmanın doldurması uygun olur</p> <p>*Hastaların aldıkları ilaçlara ve hastalıklarına bağlı olarak çabuk sıkılmaları</p> <p>*TRSM'nin sistemine entegre edilmesi</p> <p>*Sonuç ekranında hastanın intihar risk değerlendirmesinin</p>

		gidişatını gösteren bir grafiğin gösterilmesi *Sahada kullanılıp kanıtların ortaya çıkarılması
<b>İntihar riskini ölçme durumu</b>	*Danışmanın tahmin ettiği sonuca benzer bir sonuç ortaya koyması *Sonuçların tutarlı olması *Muğlak kalınan durumlarda netlik vermesi	

### **Tema 1: Güçlü Yönleri**

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri, bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar risk değerlendirme aracının kapsamına, uygulanabilirliğine ve intihar riskini ölçme durumuna yönelik güçlü yönlerini belirtmişlerdir. Aşağıda, kapsamı, uygulanabilirliği ve intihar riskini ölçme durumu alt temaları başlıkları altında sağlık profesyonellerinin ifadeleri yer almaktadır:

#### **Alt Tema 1: Kapsamı**

Katılımcılar intihar risk değerlendirme aracında bulunan soruların sayısının ve kapsamının yeterli olduğunu şu şekilde beyan etmişlerdir:

*“PU 1: Bence kapsamı yeterli gibi yani hızı ve bu doğruyu değerlendirme için soru sayısı çok abartılı olmaması lazım, o anlamda soru sayısı açısından ideal geldi bana...Özellikle bu tür bir vakayla görüşürken minimum soruyla maksimum faydayı elde etmemiz lazım...”*

*“PU 2: Sorular net zaten, zaten en büyük özelliklerinden birisi...”*

*“SHU 3: ...Kısa ve öz olmuş...Çok uzun sürdüğü zaman insanlar artık sallayarak dolduruyor. Bunlar söylemiyorlar bir şeyleri gizliyorlar. Kısa ve öz olması o yönden iyi. Sorularda şöyle 0-10 arasında puan alan distres termometresi var ya o çok güzel.*

*“SHU 3: Bu koruyucu faktörler kısmı çok iyi... İntiharı engelleyen en önemli kısım bu zaten...çok beğendim...”*

*“H5: Sorular bence tamda ihtiyaca binaen olduğunu düşünüyorum...”*

## **Alt Tema 2: Uygulanabilirliği**

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin bazıları geliştirilen risk değerlendirme aracının uygulanabilirlik açısından pratik olduğunu belirtmişlerdir. Geliştirilen intihar risk değerlendirme aracını pratik bulan katılımcılar bunu; çok zaman almaması, kolay, uygulaması çok basit, hastayla konuşurken sorulan alınan bilgiler doğrultusunda hazırlanmış gibi, görüşme içerisinde uygulayabilecek bir şey, yorum gerektiren yerler az, kararsız kalınan değerlendirmeler için oldukça yönlendirici ve çok işlevsel olmasına bağlamaktadırlar. Aşağıda bu kavramları içeren bazı görüşme örnekleri yer almaktadır:

*“PSK 1: ...çok basit yani, uygulaması çok basit zaten, aracı sözel uygulamak çok kolay...çok zamanımı almadı açıkçası intiharla ilgili değerlendirmede, çok güzel bir sohbet yani, bir görüşme içerisinde uygulayabileceğim bir şey oldu...”*

*“H4: Pratik. Zaten o yönü güzel mesela şu an bizim mevcut formunu kullandığımız risk değerlendirme formu çok sorular net ama değerlendirme yorum istiyor senin yorumun çok önemli oluyor burada. Bence daha net bilgiler daha net şeyler ortada yorum giren yerler daha az o yüzden bence bu form daha etkili daha güzel kullanışlı...Hani hastayı tanıdıktan sonra hızlı bir şekilde değerlendirilebilir...Bir de yönlendirici bir yönü var...”*

*“SHU 4: ...Elimizin altında böyle bir formun olması hastayla yapacağımız görüşmelerde bizim görüşme kalitemizi artıran bir şey olabilir. O yüzden ben işlevsel olabileceğini düşünüyorum açıkçası...”*

*“H 3: ...Bazen çok kararsız kaldığım hastalar oluyor kendine zarar verme riskine yönelik ben bu hastayı nasıl değerlendireyim diye düşündüğüm hastalar oluyor. Böyle durumlarda çok yönlendirici oldu. Bence etkili. Kullanılabilir bir ölçek.”*

Aracın, intihar risk değerlendirmesini kolaylaştırması, değerlendirme sırasında soruların atlanmasına engel olması ve koruyucu faktörleri dikkate alması katılımcıların hemen hemen hepsinin üzerinde durduğu bir husus olmuştur:

*“PU 1: Yani uygulamalarımızı kolaylaştır çünkü zaten temelde buradaki sorularla intihar riskini düşündüğümüz, bu anlamda değerlendirdiğimiz kişinin temel*

*bilmemiz gereken parametreleri zaten. Muhtemelen bunlar arasında en kıymetli ya da en makul olanları seçtiniz o anlamda işimizi kolaylaştırıyor yani herhangi bir soru atlamamıza engel oluyor başlangıçta bir de koruyucu faktörleri göz önünde bulunduruyor o yüzden işimizi kolaylaştırıyor. Bize yol gösterici oluyor.”*

*“H 6: ...Mesela biz bazen hastayı sorgularken es geçtiğimiz bir şey olabilir...Hani şöyle intiharı tetikleyen faktörleri hakikaten iyi tespit etmek lazım. Şu formda hani eksik kalan bir şey yok, hani bunu formal olup, bunları hastayla birlikte doldurmak neticesinde bütün soruların ortadan kalkacağını düşünüyorum.”*

Aracın psikiyatri eğitimi alan herkes tarafından kolayca doldurulabilmesi yine aracın güçlü bir yönü olarak belirtilmiştir: *“SHU 1: Kesinlikle anlaşılır. Eğer yani psikotik hastalıklar duygudurum bozuklukları hakkında kısmen bilginiz varsa, biraz psikiyatri eğitimi almışsanız soruları anlamamak diye bir şey söz konusu değil... Kesinlikle bu soruları hastalar da yanıtlar çünkü hani hastanın anlayamayabileceği bir şey de yok.”*

Geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının elektronik ortamda olması nedeniyle kolay ulaşılabilmesi, değerlendirme sonucunda bir oran vermesi, daha profesyonel değerlendirme sağlaması, yapılan işin kalitesinin artması, ortak bir dil sağlaması, resmi belgeleme sağlaması ve dosyalama gerektirmemesi gibi özellikleri sağlık profesyonellerinin belirttiği güçlü yönlerdir:

*“PU 1: Kolaylaştırdı, daha profesyonel değerlendiriyorum. Neden? Çünkü zaten elimizde buna benzer bir skalamız yok. Kolaylaştırmaktan öte de kalitesini artırdı yaptığımız değerlendirmenin, bunu düşünüyorum...”*

*“PSK 1: ...dediğim gibi hani yüzde 10 oranında yüksek riske dahil oldu hasta, yüzde 80 orta, yüzde bilmem kaç düşük riske dahil oldu, bu biraz daha şey yaptı hani, bizim görmemizi sağlıyor yani yüksek riskli ihtimali var ama yüzde 10 diyebiliyorum, o yüzden hani yorumlamama bence katkı sağladı.”*

*“H5: Bence bütün hastalara yapmak lazım bunu. Sonuca göre... Ondan sonra devam eder... Yine illa gözden kaçandırmalar olur da hani... En azından yapılmış olur. ‘Biz yapmıştık, bu süreçte böyle bir düşüncesi yoktu’ gibi bir belgemiz de olmuş olur.”*

### **Alt Tema 3: İntihar Riskini Ölçme Durumu**

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri geliştirilen intihar risk değerlendirme aracını kullanarak danışanlarının intihar riskini değerlendirmişlerdir. Sağlık profesyonelleri geliştirilen intihar risk değerlendirme aracını kullanarak aldıkları sonucun, kendilerinin tahmin ettikleri sonuçla benzerlik gösterdiğini ifade etmişlerdir:

*“PSK 2: Benim değerlendirdiğim bir hastada benim kafamda olanla benzer bir sonuç çıktı mesela, gerçekten de öyle yani...”*

*“PU 2: ... bence sistem kendi içerisinde ve sonuçlarıyla tutarlı. Ama tabi ki bunun ne derece işe yaradığı, daha ampirik bir şey lazım. Ama verdiği şeyler tutarlı ve kullanıma uygun olduğunu düşünüyorum...”*

İntihar risk değerlendirme aracının sağlık profesyonellerinin tahminleriyle örtüştüğüne vurgu yapılırken aynı zamanda muğlak durumları da netleştirdiği şeklinde olumlu görüşler de yöneltmiştir: *“H 4: Yorumlama kesinlikle çok güzel... değerlendirmeler zaten kişi ile tam düşündüğümüz şekilde. Mesela muğlak kaldığınız şeylerde de birden netlik veriyor yani bence güzel.”*

### **Tema 2: Geliştirilmesi Gereken Yönler**

Araştırmadaki katılımcılar intihar risk değerlendirme aracının kapsamı ve uygulanabilirliği ile ilgili olarak bazı yönlerinin geliştirilebileceğini belirtmişlerdir. İntihar risk değerlendirme aracının geliştirilmesi gereken yönleri teması; kapsamı ve uygulanabilirliği alt temaları başlıkları altında aşağıda sırasıyla açıklanmıştır:

#### **Alt Tema 1: Kapsamı**

Araştırmadaki bazı katılımcılar risk değerlendirme aracında bulunan psikolojik sağlamlık ölçeğindeki bazı soruların anlamlarının birbirine çok yakın olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir:

*“H 3: Psikolojik sağlamlık ölçeği birinci soru ve üçüncü soru...bana göre bu iki sorunun mantığı aynı neden iki tane var. Yani bu ölçekteki sorular birbirine genel olarak çok yakın zaten...”*

*“H4: Kısa psikolojik sağlamlık ölçeğinde sorular birbirine o kadar çok benziyor ki sanki birbirinin aynı sorular var....Bu tarz soruların soruları soruş şekli kafa karıştııcı oluyor acaba şöyle miydi böyle miydi kafa karıştııcı oluyor şahsen aynı sonuç çıkıyor aslında ama bence böyle...”*

Bazı katılımcılar şizofreni ve bipolar bozukluğa eş tanımlar sorusunun seçeneklerine; şizoeffektif tanısı, psikotik depresyon, organik olmayan psikoz tanımlarının eklenilebileceği, bipolar tanısının bipolar I ve bipolar II olarak ayrılabilceği ve eş tanı yok şeklinde bir seçenek eklenebileceği önerilerini sunmuşlardır:

*“H 1: Ek tanımlar sorusu. Bu soruda şizofreniye eş tanı olacaksa şizoeffektif bozukluk olmalı, bipolar tanısı yerine. Yine eş tanımlarda psikotik depresyon olabilirdi.”*

*“ERG 1: Hani şizofreni ve bipolar bozukluğa ek tanımlar var. O mesela bana daha genel geldi. Mesela orada şizoeffektif bozukluk yoktu. Organik olmayan psikoz yoktu.”*

*“PU 2: Bipolarların belki tipleri bile ayrılıyor olabilir, bipolar I-bipolar I...”*

*“SHU1: Altıncı soruda belki bir sekme daha açılıp ek tanı yok denilebilir, kişinin kafasında ek tanısı yoksa o seçeneği işaretlemek daha net olur.”*

İntihar risk değerlendirme aracında bulunan intihar planının olup olmadığının sorgulandığı sorunun akabinde, planın gerçekçiliğini araştıran bir soru eklenebileceği yönünde bir öneri şöyledir: *“PSK 2: Mesela ilk sorularda intihar planı var mı diye bir soru vardı. Bence o sorudan sonra o planın gerçekliğini araştıran bir soru daha olmalıydı bence...Yani belki oraya açık uçlu bir şey yazılabilir. Çünkü kategorize etmek zor olabilir onu. Çünkü bazı hastaların planı var ama çok gerçekçi değil, oda bir risk oluşturmuyor aslında.”*

İntihar risk değerlendirmesi aracına, intihar yönteminin ve daha önceki intihar girişimindeki uygulamalarının belirlenmesi için bazı soruların eklenilebileceği yönündeki bir öneri şu şekildedir: *“H 5:..Hangi yöntemle intihar girişiminde buldunuz? Hani asıysa belki biraz daha ciddiye alınabilir gibi. İşte ne bileyim ilaçsa daha hafif belki algılanabilir asıya göre. İşte kendi mi söylemiş intihar edeceğim gibi, hani belirleyici bir şeyler söylemiş mi, veda mektubu yazmış mı gibi atıyorum. Hani o yönde belki sorular yazılabilirdi. İşte iyileştikten sonra kendi mi yakınlarına söylemiş*

*ilaç içtim diye veya öncesinde işte ben intihar edeceğim gibi bir şeyler söylemiş mi gibi. O tarzda sorular belki söylenebilirdi. Onlar yoktu burada...”*

İntihar risk değerlendirme aracında bulunan mevcut dönemde intihar girişimi düşüncesi sorusuna, pasif intihar düşünceleri seçeneğinin eklenmesi yönünde bir öneri şöyledir: *“SHU 3: Mesela şey oluyor bazen, pasif intihar düşünceleri oluyor, bu eklenebilir mi yani sizin için...Mesela bazen de intihar düşüncesi var ama eyleme geçmeyle ilgili düşüncesi yok.”*

Sorulara ilişkin bir öneri de, en son intihar girişiminin ne zaman olduğunun sorulmasıdır: *“H 3: Birde en son intihar girişimi ne zaman oldu gibi bir soru olmalı bence... O önemli olabilir. Çünkü yakın bir dönemse hala devam ediyor olabilir intihar düşüncesi...”*

Ailelerin intihar konusundaki duyarlılığını araştıran bir sorunun eklenebileceğine dair bir öneri şu şekildedir: *“H 3: Belki aileler ile ilgili bu konuda duyarlılığı ne durumda belki onlara bilgi girilebilir miydi? Bilmiyorum. Ya şöyle hani benim orada aileyi söylememin sebebi bazı aileler bilinçli. Böyle intihar girişimleri için falan daha koruyucu yaklaşımlar yapabilir... Şart mı değil çünkü bence bu hali yeterli zaten hani gayet güzeldi bence...”*

İntihar riski değerlendirmesindeki sorulara seçenek ismi/kodu eklenmesi ve bunun gerekçesini açıklayan bir öneri şu şekildedir: *“H5:Belki şey olabilir sorularda; ikinci soru demiş hiçbir şık yok ya A-B-C şeklinde. En azından hastanın seçmesi açısından. A'yı söylüyorum gibi, B bence B şıkkı gibi. A-B-C denebilirdi veya ne bileyim başka bir şey eklenebilirdi... Hangisiydi o, ilk okuduğunuz muydu? İkinci miydi o gibi düşünmesin diye. Yani cevap olarak A şıkkı, B şıkkı diye daha rahat cevaplayabilir.”*

Risk değerlendirme alanlarının çeşitlendirilmesi önerilmiştir: *“H5: ...Hani bu suicid riski değerlendirmesi, başkalarına zarar verme risk değerlendirmesi, işte ne bileyim savunmasızlık riski, alevlendirme riski... Bu risk değerlendirmeler daha da artırılabilir çeşidi açısından...”*

*“SHU 1: Elinize sağlık hani çok güzel, aynı formu alevlenme içinde beklerim, çünkü böyle bir form alevlenme hani çok karşılaştığımız bir durum hani intihar o*

*kadar çok sık değil ama alevlenme bizim daha çok sıklıkla önümüze gelen bir durum olduğu için onunda böyle bir pratik bir formu olsa çok çok şahane olur...”*

## **Alt Tema 2: Uygulanabilirliği**

Araştırmadaki sağlık profesyonelleri intihar risk değerlendirme aracının uygulanabilirliğinin artması için bazı önerilerde bulunmuşlardır:

İntihar risk değerlendirme aracının uygulanması hususunda bazı katılımcılar risk değerlendirme aracını hastayı iyi tanıyan bir danışmanın doldurmasının ve sisteme entegre edilmesinin daha etkili olacağını belirtmişlerdir:

*“PSK 2: Testi yapan kişi hastayı yeterince tanıyorsa zaten kolayca risk değerlendirmesini tamamlıyor. Hastanın verdiği cevaplardan ziyade biz o hastayı tanıyoruz ya o nedenle bizim doldurmamız daha kolay.”*

*“PU 1: ...günlük uygulamamızdaki sistemlere entegre edilirse mesela bizim TRSM’lerde kullandığımız formların yüklü olduğu bir web üzerinde bir program var o programa entegre edilirse biz de hızlıca uygulayabiliriz...Sonuç ekranına grafikler eklenebilir biz hastanın dosyasına girdiğimizde her yaptığımız grafiği ayrı ayrı verebilir. Bize bir eğri şeklini bize sunarsa mesela iki haftada bir bu ölçüğü uyguladık diyelim gidişatı gösteren bir grafiği verirse hızlı bir şekilde çok kullanışlı olabilir.”*



## 5.TARTIŞMA

### 5.1. Birinci Adımın Tartışması

#### TEMA 1: Risk Değerlendirme Tanımları

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 (2013) yaptığı araştırmada; sağlık profesyonelleri riski, "olumsuz bir olayın üstesinden gelmek veya engellemek için bir mücadele" olarak tanımlamıştır. Godin'in (2004) araştırmasına katılan toplum ruh sağlığı hemşireleri, risk değerlendirmesini; bir risk profili oluşturmak için bir hasta hakkında veri toplama durumu olarak tanımlamışlardır. Bu araştırma ve Godin'in araştırmasındaki katılımcılar, risk değerlendirmesini danışanın riskler açısından değerlendirilmesi olarak ele alırken Woods'un araştırmasındaki katılımcılar riski olumsuz ve engellenmesi gereken bir durum olarak değerlendirmektedir. Bizim araştırmamızdaki katılımcılar da 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.

#### TEMA 2: Risk Değerlendirme Yöntemleri

Sağlık profesyonelleri risk değerlendirmesini; form doldurma, görüşme yoluyla, form doldurma ve ekiple paylaşma yöntemleriyle yapmaktadırlar. Görüşmeler hasta ile ve/veya hastanın ailesi/yakınları ile yapılmaktadır.

Bu araştırmada sağlık profesyonellerinin tamamı risk değerlendirmesi yaptığını bildirmiştir. Türkiye'deki TRSM'ler için hazırlanan çalışma rehberinde, sağlık personelinin doldurmakla yükümlü olduğu bir risk değerlendirme kılavuzu yer almaktadır. Hastanın danışmanlığını üstlenen sağlık personeli bu formu doldurmakla yükümlü olduğu için sağlık profesyonellerinin tamamı risk değerlendirmesi yapmaktadır. Türkiye'deki TRSM'lerdeki risk değerlendirme formları incelendiğinde; kendine zarar verme, başkalarına zarar verme, savunmasızlık ve alevlenme risk

faktörlerini değerlendiren soruların yer aldığı görülmektedir. Dolayısı ile sağlık profesyonellerinin risk değerlendirme uygulamaları incelendiğinde sadece bu riskleri değerlendirdikleri görülmüştür. Higgins ve ark.'ın (2015) araştırmasında; hemşirelerin çoğunluğunun (% 95.7) klinik uygulamalarında risk değerlendirmesi yaptığı bildirilmiştir. Higgins ve arkadaşları aynı çalışmada, hemşirelerin yaptığı 28 risk değerlendirme uygulamasını incelemişler ve en çok değerlendirmeye alınan risk kategorisinin “bireyin kendisi ve diğerlerine yönelik riskleri” olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu kategorilerde intihar, kendine zarar, şiddet, adli öykü ve madde kötüye kullanımı ile ilgili risklerin en sık değerlendirilen riskler olduğu belirtilmiştir. Godin (2004) tarafından yapılan çalışmada; toplum ruh sağlığı hemşirelerinin çoğu, öncelikli olarak hastaların şiddet veya intihar potansiyeli taşımalarına baktıklarını ifade etmişlerdir.

Bizim çalışmamızdaki sağlık profesyonelleri danışanların gözlenmesinin ve riskler bakımından danışanla ilgili yeterli veri toplanmasının öneminden bahsetmişlerdir. Sağlık profesyonellerinin bazıları hastanın geçmiş risk öyküsü ile ilgili bir kayıt sistemi oluşturulmasının gerekliliğinden bahsetmişlerdir. Bu çalışma sonucuna benzer nitelikte Woods'un (2013) yaptığı çalışmada 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 Woods'un (2013) çalışmasındaki katılımcılar, risk değerlendirmesinin eski planlardan, arkadaşlarından, akrabalarından veya toplum ruh sağlığı hemşirelerinden alınan “tamamlayıcı öyküye” dayandığını belirtmişlerdir. Hemşireler, gruptan bağımsız olarak günlük informal risk değerlendirmesi yaptıklarını belirtmişlerdir. İlk görüşme ve gözlem periyodundan sonra, genellikle hemşireler tarafından resmi bir risk değerlendirmesi yapılmadığı belirtilmiştir. Bu çalışma bulgularından farklı olarak, Sundin ve ark. tarafından yapılan çalışmada (2015); hemşireler, bireylerin günlük hayatta bazı kaynakları anlama ve kullanma yeteneğinden yoksun olduklarını belirtmişler ve hasta güvenliğinin önemli bir hedefinin bireylerin bu kaynakları keşfetmelerine ve kullanmalarına yardımcı olmak olduğunu bildirmişlerdir. Hemşireler, güvenli hasta bakımı sağlamak için, bireylerin ruhsal rahatsızlığının ötesinde, bireysel ihtiyaçları olan benzersiz bir birey olarak değerlendirilmesinin önemli olduğunu düşünmektedirler. Bir danışanın bakım

ihtiyacının doğru değerlendirilmesinin de, hasta ile yakın bir ilişki kurulması ve hastanın durumu hakkında kapsamlı bilgiye sahip olmasına bağlı olduğunu belirtmişlerdir (Sundin ve ark., 2015).

Çalışmamızdaki sağlık profesyonellerinin hiç biri ruhsal problemleri olan bireylerde fiziksel sağlık sorunu riski konusuna değinmemiştir. Oysa ruhsal problemleri olan bireylerde fiziksel sağlık düzeyinin düşük olması (Phelan ve ark., 2001), tip 2 diyabet (Bushe ve Holt, 2004) ve obezite (Citrome ve Vreeland, 2009) gibi fiziksel hastalıkların bulunması risk değerlendirmesinde öncelikli bir konudur. Higgins ve ark.'ın (2015) çalışmasında; hemşirelerin yaklaşık yarısı (% 49'u), her zaman fiziksel sağlık sorunlarını risk değerlendirmelerinin bir parçası olarak gördüklerini bildirmişlerdir. Risk değerlendirmesiyle ilgili bu araştırmanın sonuçları değerlendirildiğinde; risk değerlendirmesine yönelik eksikliklerin olduğu, standart bir uygulamanın olmadığı sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu sonucun, TRSM'de kullanılan formlarda bu konunun yer almaması ve konuyla ilgili verilen eğitimin kapsamı ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızdaki sağlık profesyonellerinden bazıları risk değerlendirmesini hasta görüşmeye uygunsu 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 (Woods, 2013).

Araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin bazıları, risk değerlendirmesi sürecinde hastanın ailesiyle görüştiklerini ifade etmişlerdir. Aile üyeleri, bireylerin iyileşme yolculuklarında temel nokta olabilir ve bireyleri risk davranışlarını başarılı bir şekilde yönetmeleri veya azaltmaları için destekleyebilirler. Aileler, duygusal desteğe ek olarak, bireyin yaşamında koruyucu faktörler olarak rol alırlar, konut ve maddi yardım gibi temel destekleri sağlarlar (Boardman ve Roberts, 2013). Ailelerle yapılan bazı çalışmalarda; aile üyeleri güvenlikle ilgili kaygılarının sık sık dikkate alınmadığını (Royal College of Psychiatrists, 2008) ve sıklıkla kendilerinin, tıbbi tanı, tedavi ve iyileşme ile ilgili konuların dışında tutulduklarını dile getirmişlerdir (McDaid ve Higgins, 2014). Bizim araştırmamız ve bahsedilen araştırmaların verileri

danışan ve ailelerinin risk değerlendirme sürecine aktif bir şekilde katılmadıkları ve bu konuda standart bir uygulamanın olmadığı sonucunu ortaya koymaktadır.

### **TEMA 3: Risk Değerlendirme Uygulamalarının Yeterliliğine ve Nedenlerine İlişkin Görüşler**

Çalışmamızda; risk değerlendirme uygulamalarının yeterliliği hakkında sağlık profesyonellerinin bazıları yeterli, bazıları ise yetersiz şeklinde görüş bildirmiştir. Yeterli olarak görüş bildirenler bu durumu, risk değerlendirme formlarının açık, net yeterli olması ve TRSM’de çalışan ekibin iyi ve deneyimli olmasına bağlamaktadır.

Risk değerlendirme uygulamalarının yetersiz olduğunu bildiren katılımcılar, bu yetersizliklerin; hastalara, hastaların ailelerine, formlara, sağlık çalışanlarına, çalışma koşullarına, fiziksel koşullara ve yerel yönetimlerin destek olmamasına bağlı olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmadaki sağlık profesyonelleri, hastaların düzenli olarak TRSM’ye gelmedikleri, mevcut risk değerlendirme formundaki soruların açık olmaması ve bir puan değeri olmaması, personelin risk değerlendirme eğitimi almaması, iş yükü fazlalığı ve güvenlik personelinin olmaması gibi nedenlerle risk değerlendirmesini yeterli düzeyde yapamadıklarını dile getirmişlerdir. Benzer şekilde, Woods (2013) tarafından yapılan araştırmasında; katılımcıların birçoğu, risk değerlendirme süreciyle ilgili tutarsızlıklar ve eksikliklerle ilgili kaygılarını dile getirmişlerdir. Katılımcılar, personel sıkıntısına, az eğitime ve kaynak eksikliğine rağmen ellerinden gelenin en iyisini yaptıklarını düşündüklerini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların bir kısmı, mesleki hesap verebilirliğin artması açısından uygulamalarının zayıflığına dikkat çekmiştir (Woods, 2013). Briner ve Manser (2013) tarafından yapılan çalışmada; 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. (2015) tarafından yapılan çalışmada; hemşireler, personelin yetersiz bilgisinin, hastanın güvenliğini tehdit edebileceğini belirtmişlerdir. Araştırmamızın sonuçları göz önünde bulundurulduğunda; risk değerlendirme uygulamalarında sorunlar olduğu söylenebilir. Bazı katılımcılar sorunun nedenini tanımlarken bazılarının da bu konuda sorun belirtmemeleri, konuya yönelik farkındalıklarının az olmasına bağlanabilir.

Araştırmamızdaki sağlık profesyonellerinin bazıları, danışan ve ailesiyle güvene dayalı bir ilişki kurmanın risk değerlendirmesini kolaylaştıracağını ifade

etmişlerdir. Benzer şekilde, Sundin ve ark.'ın (2015) araştırmasında; farklı taraflar arasındaki iyi işleyen iletişimin hasta güvenliğinde önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır.

Çalışmamızdaki sağlık profesyonellerinin hiçbiri, risk değerlendirmesi yaparken etik ikilem yaşamalarından kaynaklanan bir zorluktan bahsetmemiştir. Bu araştırmadan farklı olarak, Sundin ve ark.'ın (2015) çalışmasında; etik ikilemin risk değerlendirmesini zorlaştırdığından bahsedilmektedir. Sundin ve ark.'ın çalışmasındaki (2015) hemşireler; “Hastanın savunucusu olmak” kavramını güvenli hasta bakımının başlangıç noktası olarak kabul etmektedirler. Hemşireler, hastanın kendi kaderini tayin hakkını mutlak ve tartışmasız görmelerinin, onları etik bir ikileme karşı karşıya getirdiğini ifade etmişlerdir. Hemşireler bu durumu şu şekilde belirtmişlerdir: “Örneğin hastanın bakıma açık bir şekilde ihtiyacı var ancak hasta bunu istemez. Yardım edilmesini istemeyen birisine nasıl yardım edebilirsiniz? Yardıma ihtiyacı olan hastalar bunu istemeyebilirler. Ama onların hayır demeleri, onlara yardım etmenin sorumluluğumuz olmadığı anlamına gelmez.”

Risk değerlendirmesinin yeterli düzeyde yapılamamasının nedenlerine ilişkin gerekli düzenlemelerin yapılmasının, risk değerlendirmelerinin daha etkin bir şekilde yapılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

#### **TEMA 4: Risk Değerlendirme Sorumluluğu**

Araştırmamızda; risk değerlendirme sürecinde bütün sağlık profesyonellerinin görev aldığı belirlenmiştir. Bu araştırmanın kapsamındaki TRSM’lerde vaka yönetimi sistemiyle çalışıldığı için, her bir sağlık profesyoneli hastalarının risk değerlendirmesini yapmaktadır. Dolayısıyla risk değerlendirmedeki sorumluluklarını doktora bırakmaları söz konusu değildir. Çalışmamızdaki, bir doktor hastayı risk açısından, doktorun ve hemşirenin gözlemlemesinin daha farklı ve etkili olduğunu belirtmiştir. Woods tarafından yapılan çalışmada (2013); risk değerlendirme sürecinin büyük bölümünü, hemşirelik personeli ve psikiyatristlerin üstlendiği, diğer profesyonellerin ise sürece az miktarda girdi sağladığı belirtilmiştir.

Çalışmamızdaki sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun görüşü, risk değerlendirmesinden tedavi ekibinin, bir kısmı da bütün TRSM çalışanlarının sorumlu olduğu yönündedir. 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 (% 4.3, n = 16) "risk değerlendirmesi ve güvenlik planlamasının sorumluluğu olmadığını" beyan etmiştir (Downes ve ark., 2016). Bu sonuca benzer şekilde Higgins ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada; hemşirelerin yaklaşık yarısı risk değerlendirme uygulamalarına bazen multidisipliner ekibin katılması gerektiğini ifade etmiştir.

### **TEMA 5:Risk Değerlendirmesi Eğitimine Yönelik Öneriler**

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinden dokuzu Sağlık Bakanlığı tarafından verilen TRSM eğitimi içerisinde risk değerlendirme eğitimi aldığını, diğer beşi ise eğitim almadığını belirtmiştir. Woods'un (2004) araştırmasında da katılımcılar bazı ünitelerde seyrek olarak risk değerlendirmesi eğitim ve öğretimlerinin yapıldığını, bazılarında ise hiç yapılmadığını belirtmişlerdir. Higgins ve ark.'ın (2015) araştırmalarında; hemşirelerin yaklaşık dörtte biri (% 78.9) risk değerlendirmesi eğitimi aldıklarını bildirmiştir. Woods'un (2013) araştırmasındaki katılımcılar, risklere özgü çok az resmi eğitim verildiğini bildirmişlerdir. Ayrıca katılımcılar, eğitimlerin yetersiz olduğunu ve bazı durumlarda yeni başlayan personelin oryantasyon eğitimi sonrasında tamamen hazırlıksız oldukları, dolayısıyla kendilerini savunmasız hissettiklerini düşündüklerini belirtilmiştir. Klinik hemşire eğitmenlerinin varlığının, eğitim ve öğretim seviyesini iyileştirdiğini ifade etmişlerdir (Woods, 2013). Borum (1996), risk değerlendirmesinde klinik uygulamaları iyileştirmek için üç öneride bulunmuştur; (1) değerlendirme teknolojisini geliştirmek; (2) klinik uygulama rehberlerini geliştirmek ve (3) eğitim programları ve müfredatı geliştirmek. 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 (Higgins ve ark., 2016). Eğitimin, personelin iyileşme odaklı uygulamaya yönelik bilgi, beceri ve yetkinlikleri üzerine olumlu etkisi gösterilmiştir (Gudjonsson ve ark., 2010). Ayrıca, risk değerlendirmesinde eğitim alan hemşireler, eğitim almayanlara göre daha fazla risk değerlendirmesi yapmaktadır (Higgins ve ark., 2015).

Bu 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. Ek olarak intihar riski değerlendirmesine yönelik daha geniş bilgi verilmesinin gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu araştırma bulgularına benzer şekilde, Higgins ve ark.'ın (2015) çalışmasındaki hemşirelerin çoğu, risk değerlendirmesi ve risk yönetimi ile ilgili süreçler, stratejiler ve beceriler hakkında eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Eğitim gerektiren risk alanlarının, intihar, kendine zarar verme, şiddet ve saldırganlık, adli risk ve ilaç yan etkisi riski olduğunu belirtmişlerdir. Değerlendirme araçlarının yanı sıra hastalar ve diğerlerinin risk değerlendirme ve yönetim sürecine nasıl dahil edilebileceğinin de eğitim için öncelikli bir konu olduğunu ifade etmişlerdir. Sundin ve ark.'ın (2015) araştırmasında hemşireler; güvenli hasta bakımının sağlanmasının önemli bir yönünün, düzenli olarak personele eğitim toplantıları düzenlenmesi olduğunu vurgulamışlardır. Kurumdaki hastalarla profesyonel olarak etkileşime geçen herkesin psikiyatrik yetersizlikler konusunda yeterli bilgiye sahip olmalarının önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşireler, psikiyatri hastalarına bakım veren ve TRSM'lerde görev alan farklı alanlarındaki meslek grupları arasında psikiyatrik gereksinimler konusunda bilgi eksikliği olduğunu ifade etmişlerdir (Sundin ve ark., 2015).

Araştırmada bazı katılımcılar risk değerlendirme ölçekleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istedikleri şeklinde görüş bildirmiştir. Benzer şekilde Woods'un (2013) araştırmasındaki katılımcılar, eğitimlerde belirli risk değerlendirme araçlarının bunların nasıl kullanılacağına dair daha fazla eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Yine aynı araştırmada bir odak grubundaki katılımcılar, risk değerlendirme araçlarına yönelik bir eğitim verilmeden risk değerlendirme aracının birimde uygulanmaya başladığını ifade etmişlerdir. Geçmişte kullandıkları araçların birçoğunun, değerlendirmelere yönelik bir öznelliğe sahip olan likert tipi ölçekler olduğunu, uygun eğitim olmadan, testlerin yorumu ve sonuçlarının personeller arasında değişebileceğini ve iç güvenilirliğinin düşük olacağını öne sürmüşlerdir (Woods, 2013).

Yukarıda bahsi geçen araştırmalarda; risk değerlendirme eğitimi ve içeriğine yönelik olarak birçok gereksinimden bahsedilmiştir. Bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, ulusal ve uluslararası alanda risk değerlendirmesiyle ilgili

sistematik bir eğitime ve eğitim içeriğiyle ilgili düzenlemelere gereksinim olduğu söylenilebilir.

## **TEMA 6: TRSM'ye Yönelik Riskler**

Bu araştırmada sağlık profesyonelleri ile yapılan görüşmelerde, TRSM'ye yönelik riskler teması belirlenmiş ve bu temayla ilgili, hastaya yönelik riskler, sağlık çalışanlarına yönelik riskler, bina ile ilgili riskler ve en riskli hastalar olmak üzere dört alt tema belirlenmiştir. Aşağıda bu alt temalar literatür doğrultusunda tartışılmıştır:

### **Alt Tema 1: Hastaya yönelik riskler**

Araştırmadaki katılımcıların bildirimlerine göre, hastaya yönelik riskler; kendine zarar verme, alevlenme, madde kullanımı, ilaç uyumsuzluğu, TRSM takibini bırakma gibi durumları kapsamaktadır. Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin bir kısmı, TRSM'de kendine zarar verme ve intihar riskleriyle karşılaşabileceğini, bir kısmı da intihar riskinin çok fazla olmadığını belirtmiştir. Briner ve Manser'in (2013) araştırmasında, psikiyatri kliniklerinde klinik risk yönetiminden görevli sağlık çalışanlarıyla yapılan derinlemesine görüşmelerde, psikiyatri hastalarının kendine zarar verme davranışı riski olduğu ifade edilmiştir. Görüşmelerde en sık olarak söz edilen risk, bireyin kendine zarar verme davranışlarıdır. Katılımcılar, kendine zarar verme davranışlarını; intihar, intihar girişimleri, kendini yaralama ve kendine zarar verme olmak üzere toplam dört alanda toplamıştır (Briner ve Manser, 2013). Flewett'in (2010) yaptığı araştırmada da sağlık profesyonellerinin en fazla üzerinde durduğu riskler; intihar, şiddet ve kendine zarar verme riskleridir.

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin bazılarının görüşü; psikiyatri hastalarının diğer danışanlara, sağlık personeline ve çevredeki nesnelere **zarar verme** gibi riskli eylemleri olabileceği yönündedir. Bir sağlık profesyonelinin görüşü ise, kurumdaki hastaların birbirine yönelik riski olmadığı yönündedir. Briner ve Manser'in (2013) araştırmasında katılımcıların üzerindeki durdukları risklerden bazıları şiddet ve saldırganlık riskleridir. Aynı araştırmada, hastaların istemsiz olarak hastaneye yatırılmaları ya da hasta olduklarına inanmamalarından dolayı; şiddet riskinin ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Benzer şekilde Flewett'in (2010) araştırmasında katılımcılar, intihar, 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



(Richter ve Berger, 2001) psikiyatri hastalarındaki şiddet riskinin bir kanıtı niteliğindedir.

Psikiyatri hastalarının zarar görebileceği durumlardan biri de *istismar* konusudur. Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin hemen hemen hepsi danışanlarının başkaları tarafından ihmal ve istismar edilebileceği konusunda görüş bildirmişlerdir. Başkalarından kaynaklanan risklerden “damgalama” sağlık profesyonellerinin çoğunun üzerinde durduğu bir konudur. Bu araştırmaya benzer şekilde; Higgins ve arkadaşları (2015), psikiyatri hastalarına bakım verilen ev, toplum, hastane gibi alanlarda çalışan hemşirelerin risk değerlendirme durumlarını incelemişlerdir. Araştırmada topluluk ortamlarında çalışan hemşirelerin diğer psikiyatrik bakım alanlarına kıyasla, danışanların toplumda mağdur olma riskini daha fazla dikkate aldıkları saptanmıştır. Ayrıca toplumda çalışan hemşirelerin, akut ortamlarda çalışan hemşirelere göre koruyucu faktörler ve toplumsal ağlarla bağlantının kopması risklerini daha fazla dikkate aldıkları tespit edilmiştir (Higgins ve ark., 2015). Bu araştırmaların bulgularından farklı olarak Kelly ve McKenna (2004), görüşme yaptıkları toplum ruh sağlığı hemşirelerinin büyük çoğunluğunun, danışanların mağduriyetinin farkında olmadıklarını, hatta önemsiz olarak gördüklerini tespit etmişlerdir.

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinden hiç biri toplumda yaşamını sürdüren hastaların istihdam ve barınmasıyla ilgili bir riskten söz etmemiştir. Ancak ruhsal sorunları olan bireyler günlük yaşamlarında istihdam ve barınma ile ilgili problemlerle karşılaşmaktadırlar. Bu problemler hastaların sosyal kabulü ve iyileşmeleri üzerinde güçlükler yaratmaktadır (MacGabhann ve ark., 2010).

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun görüşüne göre; hastanın çevresindeki bireyler, hastaya çeşitli şekillerde zarar verebilmektedir. Bireyi çevreleyen geniş ağdaki etkileşimler, hasta güvenliğini korumada önemli bir unsurdur. Benzer şekilde son 20 yıldaki araştırmalar, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin, hem kendi evinde hem de sokakta, toplumda yüksek düzeyde mali sömürü, mağduriyet ve taciz yaşadıklarını göstermektedir (Kelly ve McKenna, 2004 ve MacGabhann ve ark., 2010). 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 (Read ve Baker, 1996). Kuzey İrlanda'da yapılan bir röportaj araştırmasında (Kelly ve

McKenna, 1997) psikiyatri hastaları mağduriyet deneyimlerini anlatmıştır. Psikiyatri hastaları, komşularının evlerinin duvarlarına yazı yazdıklarını, ön kapılarına ve pencerelerine tuğlalar attıklarını ve askere gitmeleri için ziyaret edildiklerini bildirmişlerdir. Hastalar, kamuya açık alanlarda tükendiklerini, sözlü olarak istismar edildiklerini ve cirolarını nakite çevirdikten sonra soyduklarını belirtmişlerdir. Avustralya Sağlık Bakanlığı (DH, 2012 Victoria, Australia) tarafından, akut yatarak tedavi gören hastalıklar için yayınlanan kılavuzlarda, cinsel istismar ve ruh sağlığı problemlerinin gelişimi arasındaki ilişkinin ispatlanmış olması nedeniyle, bireylerin cinsel savunmasızlığının risk değerlendirmesinin bir parçası olarak yapılmasının önemini vurgulamaktadır. Yine bazı araştırmalarda, ruhsal hastalığı olan bireylerde, yakın partner şiddeti de dahil olmak üzere, yüksek düzeyde cinsel istismar ve cinsel mağduriyet durumları sürekli olarak rapor edilmiştir (Mullen ve ark., 1993 ve Allen, 2001). Dolayısıyla, ulusal yasa ve yönetmeliklerin, yerel rutinlerin ve büyük bir kamu sektörünün parçası olmanın getirileri ve sorunların tamamının hasta güvenliği açısından önemli etkileri vardır (Sundin ve ark., 2015).

Bu araştırmadaki katılımcıların, bireyin kendine yönelik riskleri bağlamında belirttikleri bir durum da **madde bağımlılığı** riskidir. Benzer şekilde, Briner ve Manser (2013)'in araştırmadaki katılımcılar da madde kullanımı ve bunun sonuçlarıyla ilgili risklerden bahsetmişlerdir. Madde kötüye kullanan bu bireylerin ilaç ve enjeksiyon gibi malzemeleri hastaneden kaçırılacaklarını belirtmişlerdir (Briner ve Manser, 2013). Psikiyatri hastalarında, yüksek oranlarda alkol, nikotin ve madde kullanım bozuklukları görülmektedir. Psikiyatri hastalıklarına eşlik eden madde kullanım bozuklukları hastalıkların prognozunun kötüleşmesinde önemli bir etkidir (Karakuş ve ark., 2012). Ayrıca madde kötüye kullanımı başta alevlenme olmak üzere, intihar, şiddet, kendine ve/veya başkalarına zarar verme gibi birçok riski beraberinde getirmektedir.

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinden bazıları, hastaların **ilaç uyumsuzluğu** ile ilgili riskten söz etmiştir. Benzer şekilde Higgins ve ark.'ın (2015) araştırmadaki hemşirelerin üçte ikisi reçete edilen ilaçlara uyumsuzluk riskini daima göz önünde bulundurduklarını belirtmişlerdir. İrlanda'da ruh sağlığı hemşirelerinin dahil edildiği bir başka çalışmada, semptom yönetimine ve tedaviye uyum konusuna vurgu yapılmıştır (Cleary ve Dowling, 2009). İlaç uyumu psikiyatri hastalarının ayaktan tedavileri için temel koşuldur. Ancak, psikiyatri hastalarında

tedaviye uyumsuzluk oranı diğer uzmanlık alanlarının iki katıdır. Çoğunlukla ilaçların yan etkisi, ilaçların kullanımının azalmasına veya tamamen bırakılmasına sebep olmaktadır. İlaç tedavisinin kesilmesi ise atak durumu başta olmak üzere diğer risklerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle psikiyatri hastalarında ilaç uyumsuzluğu riski rutin olarak değerlendirilmelidir.

Bu araştırmada sağlık profesyonelleri, danışanların *TRSM takibine devam etmemesinin*, olumsuz durumların yaşanmasına zemin hazırlayabileceği konusundaki endişelerinden bahsetmişlerdir. Bu araştırma sonucuna benzer nitelikte, Briner ve Manser'in (2013) araştırmasındaki katılımcılar, tıbbi uyarılara rağmen hastaneden ayrılma ya da hastaneden kaçma riskinin olduğunu belirtmişlerdir. Higgins ve ark.'ın (2015) araştırmasında psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, topluluk ortamında çalışan hemşirelere kıyasla bireyin yasal durumuyla ilgili riskleri ve bakım planına katılmama riskini daha fazla göz önünde bulundurdıkları belirlenmiştir. Psikiyatri hastalarının bakım ortamlarını terk etmek istemesinin çeşitli nedenleri olabilir. Bu durum, ruhsal hastalığın bir sonucu olabilir (örneğin bir hastanın kaçmasını emreden veya tavsiye eden işitsel varsanılar) veya hastanın istememesine rağmen zorla hastaneye yatırılması gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Psikiyatrik takibi bırakmak ve tedavi almamak; intihara teşebbüs ve saldırı gibi ciddi sonuçlar doğurabilir (Briner ve Manser, 2013).

*Alevlenme* rahatsızlık veren semptomların geri dönmesi veya kötüleşmesi olarak tanımlanmaktadır (Canadian Mental Health Association, 2011). Tedaviye uyumsuzluk, aile desteğinin zayıf olması, işsizlik, stresli yaşam olayları, madde kötüye kullanımı gibi faktörler hastalığın alevlenmesine neden olabilmektedir. Bu araştırmada, sağlık profesyonelleri alevlenmeyi bir risk faktörü olarak görmektedir. Holley ve ark.'ın (2016) sağlık çalışanları ve psikiyatri danışanları ile yaptıkları araştırmada danışanlar; alevlenmeden kaçınmak için sağlık çalışanlarının iyileşme konusundaki birtakım sorumluluklarını sürdürmelerine izin vermelerinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırma sonuçları sağlık profesyonelleri ve danışanların hastaneden veya TRSM'lerden ayrılma ve alevlenme riskinin farkında olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin bazıları ilaçların yan etkisi ile ilgili riskten söz etmiştir. Sağlık profesyonellerinin görüşlerine göre TRSM'lerde takip

edilen hastaların kullandıkları **psikiyatrik ilaçların özelliklerine bağlı** olarak birçok farklı risk durumu ortaya çıkmaktadır. Psikotropik ilaçların yan etkilerinin, bireylerin yaşam kalitesi ve fiziksel sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerine dair kanıtlar artmaktadır (Higgins, 2007 ve Moncrieff, 2009). Benzer şekilde Higgins ve ark'ın (2015) çalışmasındaki hemşirelerin % 45'i olumsuz ilaç reaksiyonu gelişme riskini her zaman göz önüne aldığını bildirmiştir. Briner ve Manser'in (2013) araştırmasında psikiyatrik ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan riskler "spesifik ilaç riskleri" olarak tanımlanmış ve ilaçların yan etkilerinin hastaların ilaç uyumsuzluğu ve ilaçlarını almamalarının en önemli sebebi olduğu belirtilmiştir (örneğin; kilo alımı, libido kaybı). Godin'in (2004) araştırmasındaki toplum ruh sağlığı hemşirelerinden yalnızca biri, anti-psikotik ilaçların uzun süreli kullanımından bağlı gelişebilen tardif diskinezi riski hakkındaki endişelerini dile getirmiştir. Psikiyatrik ilaçların yan etkileriyle ilgili bütün bu araştırmaların sonuçları dikkate alındığında, sağlık çalışanlarının ilaç yan etkileri konusundaki farkındalıklarının artırılması gerektiği söylenilebilir.

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin hiç biri terapi hataları riskinden söz etmemiştir. Bu araştırma sonucuna benzer şekilde, Briner ve Manser'in (2013) araştırmasındaki katılımcıların; daha çok ruhsal hastalıkların tedavisine özgü olan terapiadaki hatalar konusuna yeterince değinmedikleri belirtilmiştir. Tedavi hataları fark edilebilir veya görülebilir fakat psikiyatride sık kullanılan terapiler ruhsal durumla ilgili olup, bedensel olarak gözlemlenebilir olmadığından sıklıkla çok geç tespit edilirler. Nitekim araştırma sonuçları da sağlık profesyonellerinin terapiyle ilgili hatalar konusuna farkındalığı olmadığını ortaya koymaktadır.

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinden bazıları **psikiyatrik ilaçların kötüye kullanımı** risklerinden söz etmiştir. Benzer şekilde, Briner ve Manser'in (2013) araştırmasındaki katılımcılar, hastaların madde kötüye kullanımı veya intihar etme niyetiyle ilaçları biriktirmelerinin, ilaçlarla ilgili bir risk olduğundan bahsetmişlerdir. Psikiyatri hastalarında kullanılan bazı ilaçların özelliklerinden dolayı kötüye kullanımları söz konusu olabilmektedir. Psikiyatri hastalarına reçete edilen bu ilaçlar, hastaların kendileri, aileleri ve/veya çevreleri tarafından kötüye kullanabilmektedir. Bu nedenle, hastalar ilaçlarla ilgili olarak bilgilendirilmeli ve eğitilmeli, olası etkileri ve yan etkileri belirlenmeli, hastaların ihtiyaçları açıklığa kavuşturulmalı ve dikkate alınmalıdır. İlaçların dağılımı ve alımı sıkı bir şekilde izlenmelidir (Briner ve Manser, 2013).

## **Alt Tema 2: Sağlık çalışanlarına yönelik riskler**

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin görüşlerine göre sağlık çalışanlarına yönelik riskler; ev ziyaretleri, şiddete maruz kalma, hastayı yeterli değerlendiremememe, düşme (zemin uygun değil), iğne batması, güvenlik görevlisinin olmaması gibi durumları kapsamaktadır. Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinden bazıları, danışanların ailelerinden kaynaklanan şiddet riskinin olabileceğini bildirmiştir. Sağlık profesyonellerinden biri, danışanların ailelerinin nesnelere yönelik şiddetiyle ilgili olarak bir tecrübesinden bahsetmiştir. Bir diğer sağlık profesyoneli, danışan yakınının personele yönelik fiziksel ve psikolojik şiddet uygulaması riskinden bahsetmiştir. Benzer şekilde, Briner ve Manser'in (2013) araştırmalarındaki katılımcılar; hastanın ailesinin diğer hastaları veya personeli tehdit etmesi, nesnelere zarar vermeleri ve fiziksel veya szlu olarak taciz etmesi gibi şiddet içerikli durumlarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Briner ve Manser (2013) bu riskleri dışarıdan gelen riskler olarak kategorize etmişlerdir.

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 personelini çeşitli risklerle karşı karşıya getirmektedir. Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin tamamının ifade ettiği önemli bir konu, danışanların ev ziyaretlerine güvenliksiz gidilmesi nedeniyle personelin karşı karşıya kalabileceği riskli durumlardır. Bu araştırmaya benzer şekilde Briner ve Manser'in (2013) araştırmasındaki sağlık personellerinin tamamı Personel güvenliği ile ilgili risklerden bahsetmiştir.

Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinden bazıları, iğne batması ve düşme gibi risklerle karşılaşılabileceklerini ifade etmişlerdir. Briner ve Manser'in (2013) araştırmasındaki katılımcılar ise sıklıkla, ilaç tedavisi, yanlış doz, yanlış uygulama vb. ilaç risklerinin olduğunu dile getirmiştir. Düşme riskini yalnızca hasta bazlı olarak değerlendirmişlerdir. Düşme riski, özellikle geronto-psikiyatri ya da yoksunluk belirtileri bağlamında bazı görüşmelerde belirtilmiştir (Briner ve Manser, 2013).

Bu bulgular doğrultusunda, özellikle TRSM'lerdeki ev ziyaretleri başta olmak üzere tüm psikiyatrik bakım ortamlarında personel güvenliğini artıran uygulamalara gereksinim olduğu söylenilebilir.

### **Alt Tema 3.Bina ile ilgili riskler**

Bu araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin bazıları, su basması, yangın, binanın zeminiyle ilgili ve yemeklerin hijyenik şartlarına ilişkin binanın fiziksel şartlarından kaynaklanan riskler olduğunu ifade etmiştir. Bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde Briner ve Manser'in (2013) araştırmasındaki katılımcılar hasta güvenliğini etkileyen organizasyonel ve teknolojik koşullarla ilgili riskli durumların olduğunu, bunların; ekonomik, inşaat, altyapı ve yangın risklerini kapsadığını açıklamışlardır. Binayla ilgili risklere, bir başka bakış açısı sağlayan araştırma ise Godin'in (2004) araştırmasıdır. Araştırmada yaşlı bireylerin takip edildiği TRSM'lerde çalışan iki hemşire, bakım evlerindeki standartların zayıf olması nedeniyle, hastalarına yönelik riskler konusundaki endişelerini dile getirmişlerdir. Bu araştırma ve diğer araştırmaların sonuçları; risk değerlendirmesinin geniş bir ereve de yapılması gerektiği sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

### **Alt Tema 4: En riskli hastalar**

Bu araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri, 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 olabileceğine dair vurgu yapmıştır. Godin'in (2004) araştırmasında, risk değerlendirme ve risk yönetimi konusu, farklı hasta gruplarıyla çalışan toplum ruh sağlığı hemşireleri arasında farklı anlamlara gelmektedir. Toplum ruh sağlığı hemşirelerinden yaşlılarla çalışanlar, depresyondaki hastalar arasında intihar potansiyeli ve konfüze hastalarla ilgili yaralanabilirlik sorunları ile ilgili risk değerlendirmesini öncelikli olarak görmektedirler. Bazı hemşireler, hastayı ziyaret etmeden önce özellikle de adli süreçlerle ilgili olmak üzere yoğun bir şekilde hastayla ilgili veri topladığını belirtmiştir (Godin, 2004). Buna göre adli hastalarda risk değerlendirmesinin nasıl olması gerektiğine yönelik eğitim gereksinimi olduğu dşnlmektedir.

### **5.2.İkinci Adımın Tartışması**

Bu araştırmada, geliştirilen bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar risk değerlendirme aracına yönelik TRSM'lerdeki sağlık profesyonellerinin görüşleri kapsamında belirlenen temalar aşağıda tartışılmıştır.

## TEMA 1: Güçlü Yönler

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının kapsamına, uygulanabilirliğine ve intihar riskini ölçme durumuna ilişkin güçlü yönleri olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmadaki katılımcılar, intihar risk değerlendirme aracında yer alan soruların kapsamını uygun bulmuşlar ve bu araçla intihar risk değerlendirmesi yapılmasının intihar risk değerlendirmesi yapılırken sorulması gereken bazı soruların atlanmasının da önüne geçebileceğini ifade etmişlerdir. Bu araştırma sonucuna benzer şekilde Buckingham'ın (2002) araştırmasında, MyGRİST isminde geliştirdikleri intihar risk değerlendirme aracı hakkında bir psikiyatri uzmanı soruların çok iyi geliştirildiğini ve ruh sağlığı öyküsünü değerlendirmek için veri toplanmasında çok faydalı olan ve kendisinin düşünülmeceği birçok sorununun bu araçla sorulduğunu belirtmiştir. Katılımcıların belirttiği görüşlerde göz önüne alındığında intihar risk değerlendirmesi yapılırken bu tarz bir araç veya ölçeğin kullanılmasının risk değerlendirmesinde önemli olabilecek bazı konuların atlanmasının önüne geçilebileceği sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu araştırmada ölçek geliştirmek için gerekli olan adımlar sırasıyla uygulanmıştır. Değerlendirme aracı/ölçeği geliştirmek için ilk aşama konuyla ilgili literatür taraması yapmaktır. Literatür taraması yapılırken, intihar riskiyle ilgili kanıt temelli araştırmalar değerlendirilmiştir. Bu araştırmalardan, intihar riskini azaltacak veya artıracak yönde etkili olan risk faktörleri belirlenmiştir. Belirlenen bu risk faktörleri için uzman görüşüne başvurulmuştur. Psikiyatri alanında deneyimli uzmanlardan risk faktörlerinden her birine, intihar riskindeki etki oranına "0 ile 1 puan" arasında yer alacak şekilde, yüzde bir hassasiyetle puan değeri vermeleri istenmiştir. Ayrıca uzmanlardan sorulara ilişkin görüşleri varsa belirtmeleri, belirlenen risk faktörleri dışında önemli olduğunu düşündükleri risk faktörleri varsa bunları da belirtmeleri istenmiştir. Uzmanlar her faktöre 0-1 arasında değer atamışlardır. Uzman yorumu ile ölçeklerin kapsam ve görünüm geçerliği değerlendirilmiş olmaktadır (Taşkın ve Akat, 2010). 19 uzmandan gelen bu sayısal değerler excel programına yazılmış ve her bir risk faktörünün ortalaması alınmıştır. Yapılan bu işlemlerin ölçek geliştirme çalışmasındaki birinci aşama olan soru havuzlarının belirlenmesi ve ikinci aşaması olan oluşturulan madde havuzu için uzman yorumu alma işlemlerini karşıladığı söylenebilir ( DeVellis, 2003).

Araştırma kapsamında geliştirilen intihar risk değerlendirme aracında yer alan sorular; bireyin intihar öyküsü ve ailesinde intihar öyküsü gibi geçmişteki (statik), bireyin intihar risk durumunu etkileyebilecek mevcut duygu, düşünce ve davranışlarının değerlendirildiği dinamik veya durum değişikliklerini dikkate alan soruları barındırmaktadır. Risk değerlendirme araçlarına yönelik bazı eleştiriler; araçların geçmişteki (statik) risk faktörlerine odaklanma eğiliminde oldukları dolayısıyla kişiyi etkileyen dinamik veya durum değişkenlerini dikkate almadığı konusundadır (Doyle ve Dolan, 2002). Buchanan'ın (1999) araştırmasına katılan sağlık profesyonelleri, ölçeklerin hasta hakkında bireysel faktörleri dikkate almayı başaramadığını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada geliştirilen intihar risk değerlendirme araçlarındaki soruların; bireyin intiharla ilgili sabit (statik) ve değişebilen (dinamik) özelliklerinin belirlenmesini sağladığı için diğer araştırmalara yöneltilen eleştirilerin bu çalışmaya yöneltilmediği düşünülmektedir.

Araştırmadaki katılımcılar, geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının hastayı duygu, düşünce ve davranış bağlamında toplu olarak değerlendirdiğini, soruların açık, net ve anlaşılır olduğunu bildirmişlerdir. Benzer şekilde psikiyatri hastalarındaki çeşitli risk alanlarında değerlendirme yapmak üzere tasarlanan bulanık mantık modeliyle çalışan GRiST'in (Galatean Risk and Safety Technology) (<https://www.egrist.org/>) bir bölümü olan bireyin kendi intihar riskini değerlendirebildiği myGRiST ile ilgili bir odak grup görüşmesi yapılmıştır. Odak grup görüşmesine katılan psikiyatristler, myGRiST'in riskle ilgili büyük miktarda veri sağladığı, geniş kapsamlı ve anlaşılır olduğu ve hastalar için çok faydalı olacağı konusunda görüş bildirmişlerdir (Buckingham, 2002). Bu çalışma kapsamında geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının geliştirilme süreci henüz devam etmektedir. Bu araç sahada kullanılarak geçerliliğine yönelik kanıtlar ortaya konulduktan sonra myGrist gibi hastaların kendi risklerini değerlendirebilecekleri bir bölümünün de geliştirilmesinin hastanın kendi intihar riskini bağımsız olarak değerlendirmesi ve dolayısıyla kendi bakım süreçlerine daha kolay dahil olabilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri araştırma kapsamında geliştirilen bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar risk değerlendirme aracının intihar risk değerlendirmesini kolaylaştırması, ortak bir dil sağlaması, değerlendirme sonucunda bir oran vermesi, daha profesyonel değerlendirme sağlaması, yapılan işin



kalitesini arttırması gibi birçok güçlü yönlerinin olduğunu vurgulamışlardır. Bu araştırma sonucuna benzer şekilde hemşirelerin katıldığı bir araştırmada, risk değerlendirme araçlarının bakım vericiler arasında risk hakkındaki tartışmaları kolaylaştırdığı belirtilmiştir (Muir-Cochrane ve ark., 2011). Godin tarafından yapılan araştırmaya (2004) katılan bazı toplum ruh sağlığı hemşireleri ise, standart istatistiksel risk değerlendirme araçlarının çok mekanik, davranışsal olarak indirgeyici ve insanlık dışı olduğunu ve riski tanımlamada sezgisel değerin önemini vurgulamıştır. Toplum ruh sağlığı hemşireleri aktüeryal risk değerlendirme yöntemlerinin çok fazla kullanılmasına karşı olumsuz fikirde olsalar da, bazıları risk değerlendirme araçlarının olmasını istemişlerdir. Bununla birlikte, hemşirelerin birçoğu, yeni risk değerlendirme yöntemlerini "profesyonel sezgi", "temel his" ve "içgüdü" olarak adlandırdıkları hisler ile bütünleştirmeye gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir (Godin, 2004). Bu araştırmadaki katılımcıların geliştirilen intihar risk değerlendirme aracına yönelik çoğunlukla olumlu bir tutum sergilemelerinin nedeninin bulanık mantık modelinin değerlendirme sonucunda klasik mantıkta olduğu gibi kesin değerler vermek yerine, risk gruplarına üyelik yüzdesi hakkında bilgi vererek, risk kararında sağlık profesyonelinin deneyim ve görüşünün ön plana çıkmasını sağlanması olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri intihar risk değerlendirme aracının uygulanabilirliğine ilişkin; bir şekilde irdelenmesi gereken soruları içerdiği, kararsız kalınan değerlendirmeler için oldukça yönlendirici olduğu, uygulamayı profesyonelleştirdiği, çok işlevsel ve uygulanmasının kolay olduğunu belirtmişlerdir. Holley, Chambers ve Gillard (2016) tarafından yapılan çalışmada; hemşirelerin yarısından fazlası, risk değerlendirme araçlarının profesyonel karar vermeyi kolaylaştırdığına inanırken, az bir kısmı kendi klinik kararlarının risk için daha iyi bir belirteç olduğuna inanmaktadırlar. Woods'un (2013) araştırmasına katılan sağlık profesyonellerinin hemen hemen hepsi risk değerlendirme aracının uygun ve kullanıcı dostu olması durumunda bir risk değerlendirme aracını kullanacaklarını belirtmişlerdir. Godin'in (2004) araştırmasındaki bir dizi toplum ruh sağlığı hemşiresi de risk değerlendirme araçlarını, daha az yetenekli ya da daha az tecrübeli uygulayıcıları yönlendiren ve bilgilendirebilen faydalı kılavuzlar olduğunu ifade etmişlerdir (Godin, 2004). Benzer kapsamdaki bazı araştırmalarda ise; sağlık profesyonellerinin risk değerlendirme araçlarını kullanmada kararsız oldukları, risk

değerlendirme araçlarını değer veya amaçları olmayan bürokratik enstrüman ya da klinik uzmanlığı tüketmek için tasarlanmış bir psikiyatri teknolojisi olarak gördükleri belirtilmiştir (Raven ve Rix 1999; Murphy 2004; Muir-Cochrane ve ark., 2011 ve Gerace ve ark., 2013). Bu araştırmadaki katılımcıların intihar risk değerlendirme aracını kullanmaya yönelik olumlu görüşte olmaları; bir yapay zeka programı olan bulanık mantık modelinin insan düşünüş tarzına çok yakın olmasına ve katılımcıların intihar risk değerlendirme aracının gerekliliğine yönelik farkındalıklarının olmasına bağlanmaktadır.

Araştırmada geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının kullanılmasının resmi bir belgeleme sağlaması da katılımcılar tarafından vurgulanan güçlü yönlerden biridir. Muir-Cochrane ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada; hemşireler risk değerlendirme araçlarının kullanılmasının bakımın belgelenmesini sağladığını belirtmişlerdir. Godin'in (2004) araştırmasında da çoğu toplum ruh sağlığı hemşiresi, risk değerlendirmesi yaparken sezgilerinin değeri hakkında iddialarda bulunabileceklerini ancak bu iddiaların bir cinayet araştırmasında geçerli olmayabileceğini açıklamışlardır (Godin, 2004). Woods'un (2013) araştırmasındaki sağlık profesyonelleri de risk değerlendirme aracı kullanmanın yasal güvenlik açığı konusundaki endişeleri gidermesinin yanı sıra risk değerlendirme araçlarının günlük uygulamalarına dahil edilmesinin önemli destekleyici belgeler sağlayacağını düşündüklerini belirtmişlerdir. Sağlık profesyonelleri yasal durumlarla karşılaştığında bir belge sağlaması açısından ölçeklerin kullanılmasını olumlu karşılamaktadırlar. Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin görüşleri geliştirilen intihar risk değerlendirme aracını yasal bir güvence olarak gördüklerini göstermektedir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri, geliştirilen intihar risk değerlendirme aracını kullanarak danışanlarının intihar riskini değerlendirmişlerdir. İntihar risk değerlendirme aracının, bireyin risk durumuyla ilgili olarak verdiği sonucun; sağlık profesyonellerinin tahminleriyle örtüştüğüne vurgu yapılırken, aynı zamanda muğlak durumları da netleştirdiği şeklinde olumlu görüşler yöneltilmiştir. Holley, Chambers ve Gillard'ın (2016) araştırmasına katılan hemşirelerin dörtte birinden fazlası risk değerlendirme araçlarının risk olasılığını tahmin edebileceğine inanırlarken 'riskin tahmin edilemeyeceği' ifadesine de itiraz etmemişlerdir (Holley ve ark., 2016). Bu araştırma sonucunda intihar risk değerlendirme aracının hastanın

risk durumuyla ilgili danışmanın düşündüğü sonuca benzer bir sonuç vermesi, aracın güvenilir olduğunu düşündürmektedir.

## **TEMA 2: Geliştirilmesi Gereken Yönler**

İntihar risk değerlendirme aracında yer alan psikolojik sağlık ölçeğinin kısa formuna ilişkin bazı eleştiriler sunulmuştur. Bu eleştiriler; “psikolojik sağlık ölçeğinin 1. ve 3. sorusunun mantığı aynı olması” ve “kısa psikolojik sağlık ölçeğinde soruların birbirine çok benzemesi” dir. İlgili ölçeğin birinci maddesi “Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim”, üçüncü sorusu ise “Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz”dır. Bu iki soru birbirinin kontrolü şeklindedir. Ölçeğin sorularının genel olarak birbirine benzediğine yönelik eleştiride göz önüne alındığında ölçeğin maddeleriyle ilgili uygulama öncesi eğitim verilmesinin bu tür anlam karmaşasını azaltabileceği öngörülmektedir. Ayrıca risk faktörleri intihar araştırmalarının temel aldığı bir konudur ancak intihar davranışlarına karşı bir dereceye kadar dayanıklılık sağlayan koruyucu faktörler çok önemlidir çünkü risk ve koruyucu faktörlerin etkileşimi bireylerin intiharla ilgili sonuçlarını belirleyebilir (Goldsmith ve ark., 2002). Bireyin bir stresörle karşı karşıya kaldığı durumlarda psikolojik esnekliğinin yüksek düzeyde olmasının bireyi intihardan koruyabileceği düşünülerek geliştirilen intihar risk değerlendirme aracına kısa psikolojik sağlık ölçeği eklenmiştir. Ancak sağlık profesyonellerinin kısa psikolojik sağlık ölçeğinin maddelerinin birbirine çok benzediğini ifade etmesi nedeniyle bireyin psikolojik dayanıklılığını belirlemeye yönelik farklı ölçekler veya soruların eklenmesi düşünülebilir.

Sağlık profesyonelleri, intihar risk değerlendirme aracında yer alan “Şizofeni ve bipolar bozuklukla birlikte mevcut olan diğer tanılar” sorusuna ilişkin bazı eleştirilerde bulunmuşlardır. Bu öneriler şizoeffektif, psikotik depresyon, organik olmayan psikoz, tanılarının eklenmesi ve bipolar bozukluk tanısının bipolar I ve bipolar II olarak ayrılabilenidir. Yine aynı soruya eş tanı yok şeklinde bir seçenek eklenebileceği de bir diğer öneridir. Risk değerlendirmesi sırasında uygulayıcıların sorun yaşamaması için ek tanı yok seçeneğinin eklenmesi planlanmaktadır. Araştırmada bazı katılımcılar tarafından önerilen bir tanı da psikotik depresyon ve organik olmayan psikoz tanıdır. Fawcett ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2006), düşünce sokulması, büyüklük ve zihin okuma sanrıları dışındaki sanrıları olan

depresyon hastaları ve depresyon hastaları arasında intihar açısından anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır. Warman ve arkadaşları, bir kohort çalışmasında (n=158), iki yıl boyunca heterojen bir psikotik ve psikotik olmayan intihar girişimi grubunu takip etmiştir. Psikotik bozukluğu olan hastaların intihar girişimi oranının, psikotik olmayan hastalardan yaklaşık olarak iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte Coryell ve arkadaşları, 10 yıllık bir kohort çalışmasında (n = 787), psikotik depresyonu olan hastalar ile psikotik olmayan depresyonu olan hastalar arasında intihar sıklığı arasında fark olmadığını tespit etmişlerdir. Yapılan araştırmalarda psikoz ile ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Araştırmamızda geliştirilen intihar risk değerlendirme aracında depresyon ve komut halüsinasyonları ile ilgili sorular mevcuttur. Dolayısıyla ek tanılarla ilgili bu öneriyi karşıladığı düşünülmektedir.

Ek tanılar sorusunda bipolar bozukluğun bipolar tip I ve bipolar tip II olarak ayrılması önerilmiştir. Eş tanılar sorusunda yalnızca intihar riskinin yüksek olduğu kanıtlanan tanılara yer verilmiş, diğer ek tanılara yer verilmemiştir. Bu araştırma kapsamında geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının, sahada kullanılarak kanıtları ortaya çıktıktan sonra gerekli düzeltmelerin yapılması planlanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin en çok ek tanılar konusunda öneri vermeleri de ilginç bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Yukarıda belirtildiği gibi kanıta dayalı araştırmalarda netliği olmayan bu konuya odaklanmanın hastaların intihar riski açısından bireysel özelliklerinin göz ardı edilmesine neden olabileceğini düşündürmektedir.

İntihar risk değerlendirme aracında bulunan intihar planının olup olmadığının sorgulandığı sorunun akabinde planın gerçekçiliğini araştıran bir soru eklenebileceği önerilmiştir. İntihar riskinin değerlendirmesinde planın gerçekçiliğini, ciddiyetini ve ulaşılabilirliğini sorgulayan bir sorunun olması önemlidir. Geçmiş intihar davranışları ve intihar niyetinin nesnel göstergelerinin (örneğin, planın özgüllüğü, öldürücü araçlara erişim, harekete geçme fırsatı) gelecekteki intihar davranışının çok daha güçlü tahmin edicileri olduğu ve bu nedenle diğer intihar risk faktörlerine göre daha ön planda olması gerektiği belirtilmektedir (Bryan Corso ve ark., 2009 ve Bryan ve Rudd, 2014). MHA (Working with suicidal) intihar planını yüksek riskten düşük riske doğru “a) Kullanılamaz, gerçekçi olmayan, ayrıntılı düşünülmemiş b) Metodun ölümlülüğü, kurtarma veya müdahale olasılığı ile değişkendir, c) Ölümcül, müdahale şansı olmayan elde edilebilir yöntem” şeklinde sınıflandırmıştır. Geliştirdiğimiz intihar risk

değerlendirme aracının kanıtları ortaya çıktığında gerekli olması durumunda benzer şekilde bir soru eklenerek intihar planının gerçekçiliği araştırılabilir.

İntihar risk değerlendirme aracına, intihar yöntemi ile ilgili (ası, bıçak, silah, vb.) ve intiharla ilgili mektup bırakma, yakınlarına söyleme gibi durumların belirlenmesi için soruların eklenebileceği belirtilmiştir. Konuyla ilgili literatür tekrar değerlendirildiğinde; hastaların genellikle geçmiş intihar krizlerine veya güncel intihar girişimlere benzer şekilde ön belirtiler ve semptomlar göstermekte oldukları görülmüştür. Bu klinik örneklerin tanımlamasının, klinisyene hastanın geçmiş semptom kalıbı ile karşılaştırıldığında hastanın mevcut intihar risk seviyesini değerlendirme yolu sunduğu ifade edilmiştir. İntihar krizleri sırasındaki semptomların ilerlemesi tutarlı olsa da, intihar girişimi veya tamamlama yöntemi (yöntem değişikliği) farklı olabilmektedir. Önceki intihar girişimlerinin incelendiği sistematik bir araştırmada (n: 1,397), intihar girişiminde bulunanların % 82'sinin en az iki farklı yöntem kullandığı tespit edilmiştir (Isometsa ve ark. 1995). Geçmiş intihar girişimlerinde kullanılan metot ve uygulamaların önemli olduğu görülmektedir. Dolayısıyla geçmiş intihar girişiminin araştırıldığı bir sorunun eklenmesi aracın güvenilirliğini artırabilir.

İntihar düşüncesinin halen devam edebileceği gerekçesiyle en son intihar girişiminin ne zaman olduğunun sorulmasının önemli olabileceği belirtilmiştir. Konuyla ilgili literatürde de tıbbi olarak ciddi intihar girişimlerinin, ölüm riskinin artması ve tekrarlanan intihar girişimleri ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu veriyi doğrular nitelikte Finlandiya'da yapılan 18.199 intihar girişimi vakasının epidemiyolojik çalışmasında, 5 yıl içinde intihar girişimini tekrarlama riski %30 ve intihar nedeniyle ölüm riski %10 olarak bulunmuştur (Haukka ve ark., 2008). Araştırmamızda geliştirilen intihar risk değerlendirmesi aracında intihar öyküsü sorusu ve mevcut dönemde intihar düşüncesinin olup olmadığını araştıran sorular mevcuttur. Hastanın intihar düşüncesinin olup olmadığı araçta mevcut olan bu sorular aracılığıyla değerlendirilebilir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının TRSM'nin sistemine entegre edilmesinin, aracın uygulanabilirliğini artıracaklarını ifade etmişlerdir. Sağlık profesyonelleri aracın rutin olarak kullanılmasını olumlu şekilde karşılamışlardır. Bu bulgulardan farklı olarak

toplum ruh sağlığı hemşireleri ile yapılan bir araştırmada hemşirelerin bazıları, standart bir risk değerlendirme aracının kullanılmasının tamamen gereksiz bir bürokratik dayatmayla yapıldığını; birçoğu, standartlaştırılmış risk değerlendirme prosedürlerinin kullanılmasının zorunlu hale getirilmesinin çalışmalarında yaratıcılıklarını engellediğini hissettirdiğini belirtmişlerdir (Godin, 2004). Bu araştırmadaki kullanılan risk değerlendirme aracının arka planda bulanık mantık modeline göre değerlendirme yapması ve modelin insan düşünme tarzına çok benzemesinin sağlık profesyonellerinin intihar risk değerlendirme aracını olumlu karşılamalarında önemli rol oynadığı düşünölmektedir. Sisteme entegre edilmesi ek mevcut uygulamalarının bir parçası olmasını da sağlayarak ek iş yükü oluşturmayacaktır. Ayrıca sistemde olması nedeniyle izlenmesi ve denetlenmesinin de kolay olabileceği düşünölmektedir.

Sağlık profesyonelleri, intihar risk değerlendirmesini hastayı iyi tanıyan bir danışmanın yapmasının daha uygun olacağını belirtmişlerdir. Sağlık profesyonelleri hastayı iyi tanıyan bir danışmanın hastanın risk değerlendirmesini yapmasının gerekçesi olarak; hastanın risk durumuyla ilgili daha ayrıntılı bilgilerinin olmasını, hastaların aldıkları ilaçlara ve hastalıklarına bağlı olarak çabuk sıkılmalarını ve hasta ile güven ilişkisi kurdukları için hastanın intihar riskiyle ilgili konuları onlara daha kolay açıklayabileceklerini sunmuşlardır. Risk değerlendirmesi, her meslekteki sağlık profesyonellerinin klinik karar verme becerisi, bakış açısı, güçlü yönleri ve bilgileri olduğu için çok disiplinli bir faaliyet olarak kabul edilmektedir (Cowman ve ark., 2001 ve Coombs ve ark., 2011). Multidisipliner bir yaklaşım en iyi uygulama olarak kabul edilmesine rağmen, araştırmalar, bazı uygulayıcıların risk alanında karar verme sorumluluğunu üstlenme konusunda isteksiz olduklarını, rollerini veya sorumluluklarını bir hekime bırakmayı tercih ettiklerini tespit etmiştir (Raven ve Rix 1999; Muir-Cochrane ve ark., 2011 ve Manuel ve Crowe, 2014). Bu araştırma ve diğer araştırmalarda; risk değerlendirmesinde multidisipliner yaklaşımın eksik olduğu görölmektedir. Bu araştırmadaki sağlık profesyonellerinin yalnızca hastayı iyi tanıyan bir danışmanın doldurmasını uygun bulması görüşü risk değerlendirmesi uygulamalarında multidisipliner ekibin risk değerlendirme sürecine nasıl dahil edeceğiyle ilgili eğitime ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Araştırmanın örnekleminde yer alan TRSM'lerin tamamında sağlık profesyonelleri hastalarını vaka yöneticisi olarak izlemektedir. İntihar riskini multidisipliner ekibin değerlendirmesinin önemi

dikkate alındığında, bu konunun mutlaka ele alınmasının gerekli olduğu görülmektedir. Araştırmada, sağlık profesyonellerine verilen risk değerlendirmesi eğitimlerinin içeriğinin, multidisipliner ekibin intihar risk değerlendirmesine katılımı konusunda yeterli olup olmadığı değerlendirilmemiştir.

Geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının uygulanabilirliğinin artması için sonuç ekranında hastanın intihar risk değerlendirmesinin seyrini gösteren bir grafiğin gösterilmesinin faydalı olacağı önerilmiştir. Bu araştırmada geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının henüz geçerliliğine ilişkin bir araştırma yapılmamıştır. Geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının, intihar riskini belirlediğine yönelik kanıt çalışmaları yapıldıktan sonra programda bu öneri doğrultusunda düzenlemelerin yapılması planlanmaktadır. Nitekim katılımcılardan bazılarının önerisi de sahada kullanılıp kanıtlarının ortaya konulmasının aracın uygulanabilirliğini artacağı yönündedir.

Araştırmadaki bir sağlık profesyoneli, intihar riskini sormanın hastaya bunu hatırlattığını düşündüğünü beyan etmiştir. İntihar risk değerlendirmesinde intihar düşüncesinin açık bir şekilde sorulması gerekmektedir. McCabe ve arkadaşları (2017) psikiyatristlerin intihar riskini değerlendirmek için hastalarla nasıl görüştiklerini belirlemek amacıyla, psikiyatristlerin hastalarla yaptıkları 77 görüşmeyi izlemişlerdir. İntihar değerlendirmesiyle ilgili soruların %75'inin intihar düşüncesi olmadığını beklentisini iletir şekilde örneğin "Kendinize zarar verme düşünceniz yok değil mi?" şeklinde sorulduğunu tespit etmişlerdir. İntihar düşüncesinin bu şekilde olumsuz ifadelerle sorulmasının, hastaların intihar düşüncesi bildirme konusundaki tepkilerinin önyargılı olmasına sebep olduğu belirtilmiştir (McCabe ve ark., 2017). Woods'un (2013) araştırmasındaki sağlık profesyonelleri, risk değerlendirme araçlarını uygulamalarına güvenle dahil edebilmek için hem teorik hem de pratik uygulamalarında daha fazla eğitime ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. Risk değerlendirme uygulaması hakkındaki bu görüş ve uygulamalar, sağlık profesyonellerinin intihar risk değerlendirmesinde hastaya soruları nasıl yöneltileceği konusunda eğitime gereksinimi olduğunu göstermektedir. Ayrıca intiharı sormanın hastaya hatırlatacağı gibi yanlış inançlar nedeniyle de risk değerlendirilememektedir. Türkiye'de sağlık profesyonellerinin intihar risk değerlendirmesi görüşmesini nasıl yaptıkları, bununla ilgili eğitim gereksinimi olup olmadığını değerlendiren bir araştırmaya ulaşılmamıştır.

Sonuç olarak; sağlık profesyonellerinin bu araştırma kapsamında geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının kapsamı ve intihar riskini ölçme durumu hakkındaki görüşleri çoğunlukla olumlu yöndedir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin intihar risk değerlendirme aracında yer alan sorularla ilgili ve aracın uygulanabilirliğinin artması için önerilerinin göz önünde bulundurularak bazı yönlerinin geliştirilmesinin gerektiği söylenebilir.





## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Birinci Adımın Sonuç ve Önerileri

#### 6.1.1. Birinci Adımın Sonuçları

- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin tamamının risk değerlendirmesi konusunda farkındalığı vardır. Ancak riskin yalnızca olumsuz özelliklerini göz önünde bulundurmakta ve pozitif risk kavramına hiç değinmemektedirler.
- TRSM'lerde rutin olarak kendine zarar verme, başkalarına zarar verme, savunmasızlık ve alevlenme riskleri değerlendirmektedir. Fiziksel hastalıklarla ilgili risklerin değerlendirilmediği belirlenmiştir.
- Sağlık profesyonellerinin, hasta ve ailesini risk değerlendirme sürecine aktif olarak dahil etmedikleri görülmektedir.
- 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 yapılamadığı belirtilmiştir.
- Risk değerlendirme uygulamalarını yeterli bulanlar bunu; risk değerlendirme formlarının açık, net yeterli olması ve TRSM'de çalışan ekibin iyi ve deneyimli olmasına bağlamaktadırlar.
- TRSM'lerde risk değerlendirmesi uygulamalarında, bütün sağlık profesyonellerinin görev aldığı belirtilmiştir.
- Sağlık profesyonellerinden bir kısmı risk değerlendirme eğitimi almış, bir kısmı ise eğitim almamıştır. Risk değerlendirmesi eğitimi alan katılımcılar, yalnızca bir kereye mahsus olmak üzere bu eğitimi almışlardır. Risk değerlendirmesi eğitimiyle ilgili, katılımcıların görüşü bu eğitimlerin bir kereye mahsus olmaması, mutlaka tekrarının olması gerektiği şeklindedir.
- Sağlık profesyonelleri, risk değerlendirmesi eğitimiyle ilgili; vaka üzerinden anlatılması, mevcut uygulamalara uygun olması, intiharla ilgili daha geniş bilgi verilmesi gibi çeşitli önerilerde bulunmuşlardır.

- TRSM'lerdeki hastaya yönelik risklerin; kendine zarar verme, alevlenme, madde kullanımı, ilaç uyumsuzluğu, TRSM takibini bırakma gibi durumları kapsadığını belirtmişlerdir.
- TRSM'lerde sağlık çalışanlarına yönelik risklerin; ev ziyaretleri, şiddete maruz kalma, hastayı yeterli değerlendirememeye, düşme, iğne batması, güvenlik görevlisinin olmaması gibi durumları kapsadığı belirlenmiştir.
- TRSM'lerde su basması, yangın, binanın zeminiyle ilgili ve yemeklerin hijyenik şartlarına ilişkin binanın fiziksel şartlarından kaynaklanan risklerle karşılaşılabilir. TRSM'lerde su basması, yangın, binanın zeminiyle ilgili ve yemeklerin hijyenik şartlarına ilişkin binanın fiziksel şartlarından kaynaklanan risklerle karşılaşılabilir.
- TRSM için en fazla risk arz eden hasta grubu; adli süreçleri olan, TRSM'ye gelmeyi kabul etmeyen ve sağlık personeli tarafından tanınmayan hastalar olarak tanımlanmıştır.

#### **6.1.2. Birinci Adımın Önerileri**

- Sağlık profesyonellerinin risk değerlendirme eğitimi sürecini ve içeriğini yeterli bulmadıkları, risk değerlendirme tanımını tam olarak yapamadıkları, risk değerlendirme uygulamalarında yetersizlikler olduğunu belirtmeleri nedeniyle tüm çalışanlara kapsamlı eğitim verilmesi ve eğitimlerin tekrarlanması,
- Risk değerlendirme sürecine hasta ve ailesinin dahil edilmediği, bu nedenle sağlık profesyonellerine risk değerlendirmesi sürecine hasta ve ailesinin dahil edilmesinin önemi ve nasıl dahil edilebilecekleri konusunda eğitim verilmesi,
- İş yükünün fazlalığı, sağlık profesyonelinin risk değerlendirme konusunda bilgili olmaması, iş yükü fazlalığı nedeniyle ekibin toplanamaması ve ekibin sürekli değişmesi gibi faktörler risk değerlendirmesini zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla bu alanlara ilişkin gerekli düzenlemelerinin yapılması,
- TRSM'lerdeki risk değerlendirme uygulamaları açısından sağlık profesyonelleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle risk değerlendirmesi için standart formların geliştirilmesi önerilir.
- TRSM'lerde özellikle ev ziyaretleri başta olmak üzere, sağlık profesyonelleri şiddet, düşme, iğne batması, güvenlik görevlisinin olmasından kaynaklanan çeşitli risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle TRSM'lerde çalışan güvenliğini artırmaya yönelik düzenlemelerin yapılması,

- Adli süreçleri olan, TRSM'ye gelmeyi kabul etmeyen ve sağlık personeli tarafından tanınmayan hastaların TRSM için en fazla risk arz eden hasta grubu olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle bu hasta grubuyla çalışırken hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin gerekli önlemlerin alınması,
- Konuyla ilgili olarak yapılacak yeni çalışmalarda, risk değerlendirme uygulamalarındaki durumun meslek grupları açısından ayrı ayrı değerlendirilmesi önerilir.

## 6.2. İkinci Adımın Sonuç ve Önerileri

### 6.2.1. İkinci Adımın Sonuçları

- İntihar risk değerlendirme aracında bulunan soruların sayısı ve kapsamının yeterli olduğu ifade edilmiştir.
- İntihar risk değerlendirme aracı; değerlendirmenin zaman almaması, değerlendirme yapmanın kolay, uygulamasının çok basit, hastayla konuşurken sorulan sorulara ilişkin alınan bilgiler doğrultusunda hazırlanmış gibi, görüşme içerisinde uygulayabilecek bir şey, yorum gerektiren yerlerin az, kararsız kalınan değerlendirmeler için oldukça yönlendirici ve çok işlevsel olması nedeniyle oldukça pratik olduğu söylenilebilir.
- Bu araçla intihar risk değerlendirilmesinin yapılması, intihar risk değerlendirme uygulamasını kolaylaştırabilir.
- Geliştirilen intihar risk değerlendirme aracının elektronik ortamda olması nedeniyle kolay ulaşılabilmesi, değerlendirme sonucunda bir oran vermesi, daha profesyonel değerlendirme sağlaması, yapılan işin kalitesini artırması, ortak bir dil sağlaması, belgeleme sağlaması ve dosyalama gerektirmemesi gibi özellikleri aracın güçlü yönleri olarak belirtilmiştir.
- İntihar risk değerlendirme aracında bulunan psikolojik sağlamlık ölçeğindeki bazı soruların anlamlarının birbirine çok yakın olması sağlık profesyonellerinin hastanın psikolojik esnekliğini değerlendirmesini güçleştirmektedir.
- Katılımcılar, intihar risk değerlendirme aracına intihar planının gerçekçiliğini araştıran bir soru eklenmesini önermişlerdir.

- Sağlık profesyonelleri, intihar yönteminin ve daha önceki intihar girişimindeki uygulamalarının belirlenmesi için bazı sorular eklenebileceğini ifade etmişlerdir.
- Katılımcılar, ailelerin intihar konusundaki duyarlılığını araştıran bir soru eklenebileceği önerisinde bulunmuşlardır.
- Sonuç ekranında hastanın intihar risk değerlendirmesinin gidişatını gösteren bir grafiğin gösterilmesinin faydalı olacağı belirtilmiştir.
- İntihar riski değerlendirme aracındaki sorulara seçenek ismi/kodu eklenmesi önerilmiştir.
- Sağlık profesyonelleri, intihar risk değerlendirme aracının geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılmasının gerekli olduğunu belirtmişlerdir.
- İntihar risk değerlendirme aracının TRSM'lerde kullanılan sisteme entegre edilmesi aracın uygulanmasını artıracığı belirtilmiştir.

### 6.2.2. İkinci Adımın Önerileri

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda, intihar risk değerlendirme aracına ilişkin aşağıdaki öneriler verilmiştir:

- Katılımcıların bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar risk değerlendirme aracına eklenmesi önerisinde buldukları alanların yeniden gözden geçirilmesi,
- İntihar risk değerlendirme aracının geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılması,
- İntihar risk değerlendirme aracının geçerlilik güvenilirlik çalışması yapıldıktan sonra TRSM sistemine entegre edilmesi önerilir.

## 7.KAYNAKLAR

- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ., Fischer JE. (2008). Structured Risk Assessment And Violence In Acute Psychiatric Wards: Randomised Controlled Trial, *The British Journal Of Psychiatry*, 193(1):44-50.
- Akpalu B, Lund C, Doku V, Ofori-Atta A, Osei A, AE-Ngibise K, Awenva D, Cooper S, Flisher AJ. (2010). Scaling Up Community-Based Services And Improving Quality Of Care In The State Psychiatric Hospitals: The Way Forward For Ghana. *Afr J Psychiatry*, 13:109-115.
- Allen JG. (2001). *Traumatic Relationships And Serious Mental Disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Allnutt S, O'driscoll C, Ogloff JRP, Daffern M, Adams J. (2010). *Clinical Risk Assessment & Management: A Practical Manual For Mental Health Clinicians*. Sydney, NSW; Justice Health.
- American Association Of Suicidology. (2015, December 1). Warning Signs And Risk Factors. Retrieved From [Http://Www.Suicidology.Org/Ncpys/ Warning-Signs-Risk-Factors](http://www.suicidology.org/Ncpys/Warning-Signs-Risk-Factors).
- American Foundation For Suicide Prevention. (2015, December 1). Suicide Risk Factors And Warning Signs. Retrieved From [Https://Www.Afsp.Org/ Understanding-Suicide/Suicide-Risk-Factors](https://www.afsp.org/Understanding-Suicide/Suicide-Risk-Factors).
- American Psychiatric Association. (2003). Practice Guidelines For The Assessment And Treatment Of Patients With Suicidal Behaviours. *Am J Psychiatry*, 160(11), 1-60.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice Guidelines For The Treatment Of Patients With Schizophrenia*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- APA: Suicide Prevention. [Https://Www.Psychiatry.Org/Patients-Families/Suicide-Prevention](https://www.psychiatry.org/Patients-Families/Suicide-Prevention) (0.02.2019 Saat:10:14)
- APA: Work Group On Psychiatric Evaluation. *The American Psychiatric Association Practice Guidelines For The Psychiatric Evaluation Of Adults (Third Edition)*, Arlington VA: American Psychiatric Association, 2016.
- Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. (1998). Suicide And Other Causes Of Mortality After Postpartum Psychiatric Admission. *British Journal Of Psychiatry*, 173: 209–221. Doi:10.1192/Bjp.173.3.209
- Arango V, Huang Y, Underwood MD, Mann JJ. (2003). Genetics Of The Serotonergic System In Suicidal Behavior. *Journal Of Psychiatric Research*, 37:375–386. Doi:10.1016/S0022-3956(03)00048-7
- Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*,4(37):1-11.
- Ashong S, Kretchy Irene A, Afrane B, De-Graft Aikins A. (2018). 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 Journal*, 1-10.
- Atlı Z. (2007). İntihar Olasılığı Ölçeği (Oö)'Nin klinik örneklemdaki geçerlik ve güvenilirlik çalışması (Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, İzmir)
- Australian National Mental Health Working Group. (2005). *National Safety Priorities In Mental Health: A National Plan For Reducing Harm*. Australia Erşişim Tarihi: 03.08.2017.
- Bal H. (2013). NİTEL ARAŞTIRMA YÖNTEMİ. Isparta: Fakülte Kitabevi.S. 58-74.
- Barnet, Enfield, Haringey. Mental Health NHS Trust (2014). *Clinical Risk Assesment And Management Policy Version 5.0*.

- Batıgün AD. (2008). İntihar Olasılığı Ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Yalnızlık Ve Umutsuzluk Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikol Derg.*, 23(62):65–75.
- Baumeister RF, Leary MR. (1995). The Need To Belong : Desire For Interpersonal Attachments As A Fundamental Human Motivation. *Psychol Bull*, 117(3):497–529.
- Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V. Holat H, Tüzer T. (1995). İntihar davranışı ve depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: İntihar Davranış Ölçeği geçerlilik, güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 223-225.
- Beautrais AL. (2004). Further Suicidal Behavior Among Medically Serious Suicide Attempters. *Suicide And Life Threatening Behavior*, 34: 1–11. Doi:10.1521/Suli.34.1.1.27772
- Beghi M, Rosenbaum JF. (2010). Risk Factors For Fatal And Nonfatal Repetition Of Suicide Attempt: A Critical Appraisal. *Curr Opin Psychiatry*, 23:349-355.
- Bilgin H, Buzlu S. (2006). A Study Of Psychiatric Nurses' Beliefs And Attitudes About Work Safety And Assaults İn Turkey. *Issues Ment Health Nurs.*, 27,75-90.
- Binaghi E, Gallo I, Ghiselli C, Levrini L, Biondi K. (2008). An İntegrated Fuzzy Logic And Web-Based Framework For Active Protocol Support, *Int. J. Med. Inform.* 77 (4): 256–271.
- Birnbaum M, Sharif Z. (2008). Medication Adherence İn Schizophrenia: Patient Perspectives And The Clinical Utility Of Paliperidone ER. *Patient Preference And Adherence*, 2: 233–240.
- Bizzarri JV, Rucci P, Sbrana A, Miniati M, Raimondi F, Ravani L, Massei GJ, Milani F, Milianti M, Massei G, Gonnelli C, Cassano GB. (2009). Substance Use İn Severe Mental İllness: Self-Medication And Vulnerability Factors. *Psychiatry Res*, 30: 165,88-95.
- Black Dw, Blum N, Pfohl B, Hale N. (2004). Suicidal Behavior İn Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, And Prevention. *J Pers Disord*, 18(3): 226–239.
- Blasco-Fontecilla HH, Baca-Garcia EE, Dervic KK, Perez-Rodriguez MM, Saiz-Gonzalez MD, Saiz-Ruiz JJ, De Leon JJ. (2009). Severity Of Personality Disorders And Suicide Attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(2): 149 –155. Doi:10.1111/J.1600-0447.2008.01284.X
- Boardman J, Roberts G. (2013). Risk, Safety And Recovery. London: Centre For Mental Health/NHS Confederation.
- Bonsack C, Camus D, Kaufmann N, Aubert AC, Besson J, Baumann P, Borgea F, Gillet M, Eap CB. (2006). Prevalence Of Substance Use İn A Swiss Psychiatric Hospital: Interview Reports And Urine Screening. *Addict Behav*, 31:1252-1258.
- Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio A, Kessler RC. (2008). Risk Factors For The İncidence And Persistence Of Suicide-Related Outcomes: A 10-Year Follow-Up Study Using The National Comorbidity Surveys. *Journal Of Affective Disorders*, 105, 25–33.
- Borges G, Walters EE, Kessler RC. (2000). Associations Of Substance Use, Abuse, And Dependence With Subsequent Suicidal Behavior. *Am J Epidemiol*, 151(8):781–789.
- Borum R. (1996) Improving The Clinical Practice Of Violence Risk Assessment. *American Psychologist*, 51: 945–956.
- Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Roth C, Balach L, Schweers J. (1993). Stressful Life Events, Psychopathology, And Adolescent Suicide: A Case Control Study. *Suicide Life Threat Behav.* 23(3):179–187.
- Briere J, Gil E. (1998). Self-Mutilation İn Clinical And General Population Samples: Prevalence, Correlates, And Functions. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 68: 609– 620.

- Briner M, Manser T. (2013). Clinical Risk Management In Mental Health: A Qualitative Study Of Main Risk And Relate Organizational Management Practices. *BMC Health Services Research*, 13,44.
- Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. (2001). The Relationship Of Childhood Abuse To Impulsivity And Suicidal Behavior In Adults With Major Depression. *American Journal Of Psychiatry*, 158: 1871–1877. Doi:10.1176/Appi.Ajp.158.11.1871
- Bryan CJ, & Corso KA. (2014). An Evidence-Based Approach To Managing Suicidal Patients In The Patient-Centered Medical Home. *Cognitive And Behavioral Practice*, 21: 269–281.
- Bryan CJ, Rudd MD. (2011). *Managing Suicidal Risk In Primary Care*. New York, NY: Springer.
- Bryan CJ, Corso KA, Neal-Walden TA, Rudd MD. (2009). Managing Suicide Risk In Primary Care: Practice Recommendations For Behavioral Health Consultants. *Professional Psychology: Research & Practice*, 40:148–155. [Http://Dx.Doi.Org/10.1037/A0011141](http://dx.doi.org/10.1037/A0011141).
- Buchanan A, Binder R, Norko M, Swartz M. (2012). Psychiatric Violence Risk Assessment. *The American Journal Of Psychiatry*, 169: (3), 340.
- Buckingham CD. (2002). Psychological Cue Use And Implications For A Clinical Decision Support System. *Med. Inform*, 27(4): 237–251.
- Buckingham CD, Adams A, Vail L, Kumar A, Ahmed A, Whelan A, Karasouli E. (2015). Integrating Service User And Practitioner Expertise Within A Web-Based. *Patient Education And Counseling*, 98: 1189–1196.
- Bullhook Community Health Center (2018). Risk Management Plan/Continuous Quality Improvement Plan. [Https://Bullhook.Com/Wp-Content/Uploads/2014/08/Policy-2018-Rick-Management-Plan.Pdf](https://Bullhook.Com/Wp-Content/Uploads/2014/08/Policy-2018-Rick-Management-Plan.Pdf) Adresinden Alındı. Erişim Tarihi:02.08.2017.
- Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. (2003). Clinical Correlates Of Inpatient Suicide. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 64: 14 –19. Doi: 10.4088/JCP.V64n0105
- Bushe C, Holt R. (2004). Prevalence Of Diabetes And Impaired Glucose Tolerance In Patients With Schizophrenia. *The British Journal Of Psychiatry*, 47: 67–71.
- Butler JA. (2014). Assessing Risk In Community Mental Health Services. In M. Agius, P. Pregelj & B. Zalar (Eds.) *Community Psychiatry* (Chap. 14, P154 – 162). Ljubljana, Slovenia: Department Of Psychiatry, University Of Ljubljana / Bedfordshire Centre For Mental Health Research In Association With The University Of Cambridge (ISBN: 978-961-93235-6-4).
- Canadian Mental Health Association (2011). Preventing Relapse Of Mental Illnesses. [Www.Heretohelp.Bc.Ca](http://www.heretohelp.bc.ca) .
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, Mcclay J, Değirmen J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. (2003). Influence Of Life Stress On Depression: Moderation By A Polymorphism In The 5-HTT Gene. *Science*, 301: 386–389. Doi:10.1126/Science.1083968
- Cha C, Najmi S, Park J, Finn C, Nock M. (2010). Attentional Bias Toward Suicide-Related Stimuli Predicts Suicidal Behavior. *Journal Of Abnormal Psychology*, 119: 616–622. Doi:10.1037/A0019710
- Chabungam G, Avasthi A, Sharan P. (2007). Sociodemographic And Clinical Factors Associated With Relapse In Schizophrenia. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 61: 587–593.
- Chang EC, Sanna LJ, Hirsch JK, Jeglic EL. (2010). Loneliness And Negative Life Events As Predictors Of Hopelessness And Suicidal Behaviors In Hispanics: Evidence For A Diathesis-Stress Model. *Journal Of Clinical Psychology*, 66: 1242–1253. Doi:10.1002/Jclp.20721
- Chattopadhyay S, Pratihari DK, De Sarkar SC. (2007). Some Studies On Fuzzy Clustering Of Psychosis Data, *Int. J. Bus. Intell. Data Min.* 2: 143–159.

- Chattopadhyay S, Pratihar DK, De Sarkar SC. (2008) Developing Fuzzy Classifiers To Predict The Chance Of Occurrence Of Adult Psychoses, *Knowledge Based Syst*, 20: 479–497.
- Chattopadhyay S. Pratihar DK, De Sarkar SC. (2009). Fuzzy Logicbased Screening And Prediction Of Adult Psychoses: A Novel Approach, *IEEE Trans. Syst. Man Cybern. A Syst. Hum*, 39: 381–387.
- Chattopadhyay S, Ray P, Lee MB. Chen HS. (2010). TOWARDS THE DESIGN OF AN E-HEALTH SYSTEM FOR SUICIDE PREVENTION, In: PROCEEDINGS OF THE ELEVENTH IASTED INTERNATIONAL CONFERENCE ON ARTIFICIAL INTELLIGENCE, Palma De Mallorca, Spain, P.: 191–196.
- Chattopadhyay, S. Acharya UR. (2012) A Novel Mathematical Approach To Diagnose Premenstrual Syndrome. *J. Med. Syst.*, 36 (4): 2177–2186.
- Chattopadhyay S, Kaur P, Rabhi F, Acharya UR. (2012). Neural Network Approaches To Grade Adult Depression, *J. Med. Syst.* 36 (5):2803–2815.
- Chattopadhyay S, Pratihar DK, De Sarkar SC. (2010). Statistical Modelling Of Psychoses Data, *Comput. Methods Program Biomed*, 100: 222–236.
- Chattopadhyay S, Kaur P, Rabhi F, Acharya UR. (2011). AN AUTOMATED SYSTEM TO DIAGNOSE THE SEVERITY OF ADULT DEPRESSION, In: D Jana, P Pal (Eds.), PROCEEDINGS OF SECOND INTERNATIONAL CONFERENCE ON EMERGING APPLICATIONS OF INFORMATION TECHNOLOGY (CSI EAIT-2011), IEEE Computer Society And Conference Publishing Services, Kolkata, India, P.: 121–124.
- Chattopadhyay S. (2017). A Neuro-Fuzzy Approach For The Diagnosis Of Depression. *Applied Computing And Informatics*, 13: 10–18.
- Chehil S, Kutcher SP. (2012). Suicide Risk Management: A Manual For Health Professionals. 2. Baskı. John Wiley & Sons, Ltd.
- Citrome L, Vreeland B. (2009). OBESITY AND MENTAL HEALTH ILLNESS. IN: THAKORE, J & LEONARD, BE (EDS). METABOLIC EFFECTS OF PSYCHOTROPIC DRUGS. MODERN TRENDS IN PHARMACOPSYCHIATRY. (P.: 25–46) Basel: Karger.
- Claes L, Muelhlenkamp JJ. (2014). NON-SUICIDAL SELF-INJURY AND EATING DISORDERS: DIMENSIONS OF SELF-HARM. Springer: London.
- Clancy L, Happell B, Moxham L. (2014). The Language Of Risk: Common Understanding Or Diverse Perspectives? *Issues In Mental Health Nursing*, 35(7): 551–557.
- Cleary A, Dowling M. (2009). Knowledge And Attitudes Of Mental Health Professionals In Ireland To The Concept Of Recovery In Mental Health: A Questionnaire Survey. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 16(6): 539–545.
- Clifford P. (2017). ASSESSING AND MANAGING RISK IN MENTAL HEALTH SERVICES: THE FACE RISK PROFILE. Imosphere Ltd. 2: 1-71.
- Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. (2003). Risk Factors For Suicide And Medically Serious Suicide Attempts Among Alcoholics: Analyses Of Canterbury Suicide Project Data. *Journal Of Studies On Alcohol*, 64: 551–554.
- Conwell Y. (1997). Management Of Suicidal Behavior In The Elderly. *Psychiatr Clin North Am.*, 20(3): 667–683.



- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. (1996). Relationships Of Age And Axis I Diagnoses In Victims Of Completed Suicide: A Psychological Autopsy Study. *American Journal Of Psychiatry*, 153: 1001–1008.
- Conwell Y, Thompson C. (2008). Suicide Behavior In Elders. *Psychiatr Clin North Am*, 31:333-356.
- Coombs T, Curtis J, Crookes P. (2011). What Is A Comprehensive Mental Health Nursing Assessment? A Review Of The Literature'. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 20: 364–370.
- Cordall J. (2009). RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT. IN: WOODS, P & KETTLES, AM (Eds). *RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT IN MENTAL HEALTH NURSING*. (P.:9–47) Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Coryell W, Leon A, Winokur G, Endicott J, Keller M, Akiskal H, Solomon D. (1996). Importance Of Psychotic Features To Long-Term Course In Major Depressive Disorder. *Am J, Psychiatry*, 153:483–9.
- Costa Aj, Massad E, Ortega NR, De Araújo QA. (2004). Perception Of Disability In A Public Health Perspective: A Model Based On Fuzzy Logic. *Int. J. Med. Inform.* 73 (7–8): 647–656.
- Coşkun S, Öztürk AT. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, 3:16-23.
- Cowman S, Farrelly M, Gilheany P. (2001) An Examination Of The Role And Function Of Psychiatric Nurses In Clinical Practice In Ireland. *Journal Of Advanced Nursing*, 34: 745–753.
- Croucher S, Williamson GR. (2013). Risk Assessment In Mental Health: Introducing A Traffic Light System In A Community Mental Health Team. *The Open Nursing Journal*, 7: 82-88.
- Currier D, Mann JJ. (2008). Stress, Genes And The Biology Of Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics Of North America*, 31:247–269. Doi: 10.1016/J.Psc.2008.01.005
- Cusack E, Killoury F. (2012). A Vision For Psychiatric/Mental Health Nursing: A Shared Journey For Mentalhealth Careinireland. Dublin: Office Of Nursing And Midwifery Service Director HSE.
- Çevik O, Yıldırım Y. (2010). Bulanık Doğrusal Programlama İle Süt Ürünleri İşletmesinde Bir Uygulama. *KMÜ Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12(18):15-26.
- Delaney J, Cleary M, Jordan R, Horsfall J. (2001).Anexploratory İntothe Nursing Management Ofaggression İnacutepsychiatric Settings. *Journal Of Psychiatricand Mental Health Nursing*, 8(1):77–84.
- Department Of Health (2012). Promoting Sexual Safety, Responding To Sexual Activity, And Managing Allegations Of Sexual Assault In Adult Acute Inpatient Units: Chief Psychiatrist's Guideline. Melbourne: Victorian Government.
- Devadoss AV, Anand MCJ. (2012). A Solution To Control Suicide In The Domestic Violence Using Combined Disjoint Block Fuzzy Cognitive Maps. *International Journal Of Scientific & Engineering Research*, 3(6): 2229-5518.
- May AM, Klonsky D. (2016). What Distinguishes Suicide Attempters From Suicidaldeators? A Meta-Analysis of Potential Factors. *Clin Psychol Sci Prac*, 23: 5–20.
- DH (Department Of Health), (2002) Developing An Integrated Model Of Care For Substance Abuse Treatment. Department Of Health, London.
- DH (Department Of Health), (2004). Suicide Risk Assessment And Management Protocols: Community Mental Health Service. North Sydney. [Http://Www.Health.Nsw.Gov.Au/Mentalhealth/Programs/Mh/Publications/Suicide-Risk-Assess-Comm-Mh-Service.Pdf](http://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/programs/mh/publications/suicide-risk-assess-comm-mh-service.pdf) Adresinden Alındı (Erişim Tarihi: 12.09.2017).

- DH (Department Of Health), (2006). Mental Health Bill, 2006: Summary Guide. London: Doh.
- DH (Department Of Health), (2007). Best Practice In Managing Risk: Principles And Evidence For Best Practice In The Assessment And Management Of Risk To Self And Others In Mental Health Services. London.
- DH. (Department Of Health), (2008). Clinical Risk Assessment And Management (Cram) In Western Australian Mental Health Services. Western Australia.
- DH. (Department Of Health), Social Sciences And Public Safety (NI) (2010). Promoting Quality Care. Good Practice Guidelines On The Assessment And Management Of Risk In Mental Health And Learning Disability Services. Northern Ireland: DHSSPS.
- Doyle M, Dolan M. (2002) 'Violence Risk Assessment: Combining Actuarial And Clinical Information To Structure Clinical Judgements For The Formulation And Management Of Risk'. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 9(6): 649-657.
- Dube P, Kurt K, Bair Mj, Theobald D, Dale T, Williams LS. (2010). The P4 Screener: Evaluation Of A Brief Measure For Assessing Potential Suicide Risk In 2 Randomized Effectiveness Trials Of Primary Care And Oncology Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 12(6).
- Endale Gurm A, Abdela B, Allele E, Cheru E, Amogne B. (2014). Rate Of Nonadherence To Antipsychotic Medications And Factors Leading To Nonadherence Among Psychiatric Patients In Gondar University Hospital. Northwest Ethiopia, *Advances In Psychiatry*, 1–5.
- Erlangsen A, Vach W, Jeune B. (2005). The Effect Of Hospitalization With Medical Illnesses On The Suicide Risk In The Oldest Old: A Population-Based Register Study. *J Am Geriatr Soc*, 53(5):771–776.
- Esposito M, De Falco I, De Pietro G. (2011). An Evolutionary-Fuzzy DSS For Assessing Health Status In Multiple Sclerosis Disease, *Int. J. Med. Inform.* 80 (12): 245–254.
- Ethan W, Mazlack Lawrence J. (2011). Discerning Suicide Notes Causality Using Fuzzy Cognitive Maps. 2011 IEEE International Conference On Fuzzy Systems, June 27-30, 2011, Taipei, Taiwan. 2940-2947.
- Evans C, Humberstone V, Maniapoto W, Mckenna B, Simpson S, Van Altvorst S, Wack R. (2006). Assessment And Management Of Risk To Others Risk To Others Guidelines And Development Of Training Toolkit. New Zealand: Mental Health Programmes Limited.
- Falcone T, Espi F, Staniskyte M. (2018). NEUROBIOLOGY OF SUICIDE. JT MITCHELL, T FALCONE İçinde, SUICIDE PREVENTION A PRACTICAL GUIDE FOR THE PRACTITIONER (P.: 3-22). USA: Springer International Publishing.
- Fawcett J. (2006). DEPRESSIVE DISORDERS. In SIMON RI, HALES RE. (Eds.), TEXTBOOK OF SUICIDE ASSESSMENT AND MANAGEMENT (P.: 255–275). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Fawcett J, Scheftner WA, FOGG L, CLARK DC, YOUNG MA, HEDEKER D, GIBBONS R. (1990). Time-Related Predictors Of Suicide In Major Affective Disorder. *The American Journal Of Psychiatry*, 147: 1189–1194. [Http://Dx.Doi.Org/10.1176/Ajp.147.9.1189](http://dx.doi.org/10.1176/Ajp.147.9.1189)
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. (2009). Schizophrenia And Violence: Systematic Review And Meta-Analysis. *Plos Med*, 6:100-120.
- Flewett T. (2010). Clinical Risk Management. An Introductory Text For Mental Health Clinicians. Sydney: Elsevier Churchill Livingstone. 7
- Foley S, Jackson D, Mcwilliams S, Renwick L, Sutton M, Turner N, Kinsella A, O'Callaghan E. (2008), "Suicidality Prior To Presentation In first-Episode Psychosis", *Early Intervention In Psychiatry*, 2(4),242-246.

- Foley SR, Kelly BD. (2007). When A Patient Dies By Suicide: Incidence, Implications And Coping Strategies. *Adv. Psychiatr. Treat*, 13:134–138.
- Foster T. (2011). Adverse Life Events Proximal To Adult Suicide: A Synthesis Of Findings From Psychological Autopsy Studies. *Arch Suicide Res*, 28,15(1):1–15.
- Fowler CJ. (2012). Suicide Risk Assessment In Clinical Practice: Pragmatic Guidelines For Imperfect Assessments. *Psychotherapy*, 49(1): 81–90.
- Franklin J C, Ribeiro JD, Bentley KH, Huang X, Musacchio KM, Chang BP, Fox KR, Kleiman EM, Jaroszewski AC, Nock MK. (2017). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 143(2):187–232.
- Galatean Risk Screening Tool. [www.galassify.org/grist](http://www.galassify.org/grist). <http://www.maplescare.co.uk/wp-content/uploads/2013/01/Risk-Assessment.Pdf> Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 02.08.2017.
- Gerace A, Curren D, Muir-Cochrane E. (2013) 'Multidisciplinary Health Professionals' Assessments Of Risk: How Are Tools Used To Reach Consensus About Risk Assessment And Management?'. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 20(6): 557-563.
- Gilbert E, Adams A, Buckingham CD. (2011). Examining The Relationship Between Risk Assessment And Risk Management In Mental Health. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 18(10): 862–868.
- Glenn JJ, Werntz AJ, Slama K, Steinman SA, TEACHMAN BA, NOCK MK. (2017). Suicide And Self-Injury-Related Implicit Cognition: A Large-Scale Examination And Replication. *Journal Of Abnormal Psychology*, 126(2):199–211.
- Godin PM. (2004) 'You Don't Tick Boxes On A Form': A Study Of How Community Mental Health Nurses Assess And Manage Risk. *Health, Risk & Society*, 6(4): 347-360.
- Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. (1993). Suicide After Discharge From Psychiatric Inpatient Care. *Lancet*, 342: 283–286. Doi:10.1016/0140-6736(93)91822-4
- Gorwood P. (2001). Biological Markers For Suicidal Behavior In Alcohol Dependence. *Eur Psychiatry*, 16(7):410–417.
- Grover S, Davuluri T, Chakrabarti S. (2014). Religion, Spirituality, And Schizophrenia: A Review. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 36(2):119–124.
- Haddad P, Brain C, Scott J. (2014). Nonadherence With Antipsychotic Medication In Schizophrenia: Challenges And Management Strategies. *Patient Related Outcome Measures*, 5: 43-62.
- Haimowitz S, Urff J, Huckshorn KA. (2006). Restraint And Seclusion A Risk Management Guide. <https://www.power2u.org/downloads/R-S%20Risk%20Manag%20Guide%20Oct%2006.Pdf> Adresinden Alındı (Erişim Tarihi: 09.12.2017).
- Happel B, Hoey W, Gaskin CJ. (2012) Community Mental Health Nurses, Caseloads, And Practices: A Literature Review. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 21: 131-137.
- Harris Ec, Barraclough B. (1997). Suicide As An Outcome For Mental Disorders. A Meta-Analysis. *Br J Psychiatry*, 170: 205–228.
- Harris E, Barraclough B. (1998). Excess Mortality Of Mental Disorder: Erratum. *British Journal Of Psychiatry*, 173:11–53. Doi:10.1192/bjp.173.1.11
- Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lonnqvist J. (2008). Determinants And Outcomes Of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study In Finland, 1996–2003. *American Journal Of Epidemiology*, 167: 1155–1163. Doi:10.1093/Aje/Kwn017

- Haran S, Berksun OE. (1995). P-Kuam İntihar Düşüncesi Ölçeği: Ölçek geliştirme üzerine bir pilot çalışma. *Kriz Dergisi*, 3 (1-2), 206-207.
- Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. (2001). Psychiatric And Personality Disorders İn Deliberate Self-Harm Patients. *Br J Psychiatry*, 178: 48–54.
- Hawley CJ, Gale TM, Sivakumaran T, Littlechild B. (2010) Risk Assessment İn Mental Health: Staff Attitudes And An Estimate Of Time Cost. *Journal Of Mental Health*, 19: 88–98.
- Hawton K. (2003). Helping People Bereaved By Suicide. *BMJ*, 327: 177–178.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. (2005), “Schizophrenia And Suicide: Systematic Review Of Risk Factors”, *British Journal Of Psychiatry*, Vol. 187 No. 1, Pp. 9-20.
- Hawton K, Casañas C, Camilla IC, Haw C, Saunders K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 147: 17-28.
- Health On The Net Foundation. HON. [Serial Online]; 2010.URL: [Http://Www.Hon.Ch/Honcode/Conduct.Html/2010](http://www.hon.ch/honcode/conduct.html/2010) (Erişim Tarihi: 10.09.2017).
- Health Service Executive. (2009). Risk Management İn Mental Health Services. [Http://Www.Hse.Ie/Eng/Services/Publications/Mentalhealth/Riskmanagementinmentalhealth.Pdf](http://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/riskmanagementinmentalhealth.pdf) Adresinden Alındı. (Erişim Tarihi: 09.12.2017).
- Heikkinen ME, Henrikson, MM, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. (1997). Recent Life Events And Suicide İn Personality Disorders. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 185: 373–381. Doi:10.1097/00005053-199706000-00003
- Helseth V, Lykke-Enger T, Johnsen J, Waal H. (2009). Substance Use Disorders Among Psychotic Patients Admitted To İnpatient Psychiatric Care. *Nord J Psychiatry*, 63: 72-77.
- Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, Aro HM, Lönnqvist JK. (1995). Mental Disorders İn Cancer Suicides. *J Affect Disord*, 36(1–2): 11–20.
- Hepple J, Dayani A, Yeandle J, Sinclair A, Glanville, J. (2015). Clinical Assessment And Management Of Risk Of Harm To Self And Others Policy. NHS Foundation Trust.
- Herrera M. (2018). MOOD DİSORDERS AND SUİCİDE. T FALCONE, TJ MİTCHELL İçinde, *SUİCİDE PREVENTİON A PRACTİCAL GUİDE FOR THE PRACTİTIONER* (P.: 23-53). US: Springer International Publishing.
- Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granstrom O, De Hert M. (2013). Medication Adherence İn Schizophrenia: Factors İnfluencing Adherence And Consequences Of Nonadherence, A Systematic Literature Review. *Therapeutic Advances İn Psychopharmacology*, 3(4): 200–218.
- Higgins A. (2007). The İmpact Of Psychotropic Medication On Sexuality: Literature Review. *British Journal Of Nursing*, 16(9): 545–550.
- Higgins A, Doyle L, Downes C, Nash M, Morrissey J, Brennan M, Costello P. (2015) Risk Assessment And Safety Planning Within Mental Health Nursing Services: An Exploration Of Practices, Policies And Processes. Dublin: Health Service Executive.
- Higgins A, Doyle L, Morrissey J, Downes C, Gill A, Bailey J. (2016). Documentary Analysis Of Risk-Assessment And Safety Planning Policies And Tools İn A Mental Health Context. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 1(11):385-395.
- Hjorthj CR, Madsen T, Agerbo E, Nordentoft M. (2014). Risk Of Suicide According To Level Of Psychiatric Treatment: A Nationwide Nested Case-Control Study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 49: 1357–1365.
- Hodelet N, Hughson M. (2001). What To Do When A Patient Commits Suicide. *Psychiatr. Bull*, 25: 43–45.

- Holley J, Chambers M, Gillard S. (2016). The Impact Of Risk Management Practice Upon The Implementation Of Recovery-Oriented Care In Community Mental Health Services: A Qualitative Investigation. *J Ment Health*, 25(4): 315-322.
- Holley J, Chambers M, Gillard, S. (2016). The Impact Of Risk Management Practice Upon The Implementation Of Recovery-Oriented Care In Community Mental Health Services: A Qualitative Investigation. *J Ment Health*, 25(4): 315-322.
- Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IAK, Sokero TP, Isometsä ET. (2010). Incidence And Predictors Of Suicide Attempts In DSM-IV Major Depressive Disorder: A Five-Year Prospective Study. *Am J Psychiatry*, 167(7): 801-808.
- Hor Kahyee, Taylor M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24(11):81-9.
- ICH HARMONISED TRIPARTITE GUIDELINE. (2005). [https://www.ich.org/fileadmin/Public\\_Web\\_Site/ICH\\_Products/Guidelines/Quality/Q9/Step4/Q9\\_Guideline.Pdf](https://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Quality/Q9/Step4/Q9_Guideline.Pdf). Adresinden Alındı.
- Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielsens O, De Girolamo G. (2015). Prevalence And Risk Factors Of Violence By Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review And Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 1-18.
- ISO. ISO Guide 73:2009 Risk Management Vocabulary (2009).
- Isometsa E, Henriksson M, Marttunen M, Heikkinen M, Aro H, Kuoppasalmi K, Lonnqvist J. (1995). Mental Disorders In Young And Middle Aged Men Who Commit Suicide. *British Medical Journal*, 310:1366-1367.
- Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, Pfeffer CR, Simon RI. (2010). Practice Guideline For The Assessment And Treatment Of Patients With Suicidal Behaviors. *American Psychiatric Association*. APA.
- James BO, Isa EW, Oud N. (2011). Patient Aggression In Psychiatric Services: The Experience Of A Sample Of Nurses At Two Psychiatric Facilities In Nigeria. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*, 14:130-133.
- Joiner TE, Rudd MD, Rajab MH. (1999). Agreement Between Self- And Clinicianrated Suicidal Symptoms In A Clinical Sample Of Young Adults: Explaining Discrepancies, *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 67 (2): 171-176.
- Joiner TE, Van Orden KA. (2008). The Interpersonal-Psychological Theory Of Suicidal Behavior Indicates Specific And Crucial Psychotherapeutic Targets. *Int J Cogn Ther*, 1(1): 80-89.
- Joiner TE. (2005). WHY PEOPLE DIE BY SUICIDE. Cambridge, MA: Harvard University Press. 20-35.
- Joiner TR, Rudd M. (2000). Intensity And Duration Of Suicidal Crisis Vary As A Function Of Previous Suicide Attempts And Negative Life Events. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 68: 909-916. Doi: 10.1037/0022-006X.68.5.909
- Joiner TE, Brown JS, Wingate LR. (2005). The Psychology And Neurobiology Of Suicidal Behavior. *Annu Rev Psychol*, 56: 287-314.
- Joiner TE, Hollar D, Van Orden K. (2006). On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, And The Miracle On Ice: "Pulling Together" Is Associated With Lower Suicide Rates. *J Soc Clin Psychol*, 25(2):179-195.
- Joint Commission. (2008). The Joint Commission's Annual Report On Quality And Safety. USA.
- Judson N, Allnutt S, Allen J, Chaplow R, Earthrowl M, Hennessy J., Williams L. (1998). GUIDELINES FOR CLINICAL RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT IN MENTAL HEALTH

SERVICES. New Zealand: Ministry Of Health İn Partnership With The Health Funding Authority.P.:385-402.

- Karakuş G, Evlice E. Y, Tamam L. (2012). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı. *Journal Of Cukurova University Faculty Of Medicine*, 37(1): 37-48.
- Karaoğlan Kahiloğulları A, Redlich C, Yatman E., Akçay E, Lazeri L, Muijen M, Yüksel M, Derman N, Örsel S. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi. [Http://Www.İstanbulsağlık.Gov.Tr/W/Sb/Tedk/Pdf/TRSM\\_Rehber.Pdf](http://www.İstanbulsağlık.Gov.Tr/W/Sb/Tedk/Pdf/TRSM_Rehber.Pdf) Adresinden Alındı.Erişim Tarihi: 20.07.2017.
- Kartoğlu ÜH. (2017). Quality Of Risk Management Mental Modelling. İstanbul: Mega Basım Yayın San. Ve Tic. A.Ş.
- Kasckow J, Felmet K, Zisook S. (2011). Managing Suicide Risk İn Patients With Schizophrenia. *CNS Drugs*, 129–143.
- Kasckow J, Felmet K, Appelt C, Thompson R, Rotondiand A, Haas G. (2013). Telepsychiatry İn The Assessment And Treatment Of Schizophrenia,” *Clinical Schizophrenia Related Psychoses*, 8(1): 21–27.
- Kelly LS, Mckenna HP. (1997) Victimization Of People With Enduring Mental İllness İn The Community, *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 4: 185 – 191.
- Kelly S, Mckenna H. (2004). Risks To Mental Health Patients Discharged İnto The Community. *Health, Risk & Society*, 6(4): 377–385.
- Kennedy SH. (2006). A Review Of Antidepressant Treatments Today,” *EUROPEAN NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY*, 16(5): 619– 623.
- Kettles Am, Woods P. (2009) 'THE THEORY OF RİSK' IN RİSK ASSESSMENT AND MANAGEMENT İn *MENTAL HEALTH NURSİNG*. (Eds) WOODS P, KETTLES AM. Oxford, UK: Wileyblackwell.
- Kirkpatrick B, Tek C. (2005). SCHİZOPRENİA. İn *CLİNICAL FEATURES AND PSYCHOPATHOLOGY CONCEPTS COMPREHENSİVE TEXTBOOK OF PSYHIATRY*. B.J. SADOCK, Ed. Lippincott Williams&Wilkins: Philadelphia.
- Klonsky ED. (2007). The Functions Of Deliberate Self-İnjury: A Review Of The Evidence. *Clinical Psychology Review*, 27:226–239.
- Konkan R, Erkuş Gh, Güçlü O, Şenormancı Ö, Aydın E, Ülgen Mc, Sungur MZ. (2014). Coping Strategies İn Patients Who Had Suicide Attempts. *Noro Psikiyatr Ars.*, 51(1): 46–51.
- Kudless MW, White JH. (2007). Competencies And Roles Of Community Mental Health Nurses. *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services*, 45 (5): 36-44.
- Kumar G, Pepe D, Steer RA. (2004). Adolescent Psychiatric İnpatients’ Self-Reported Reasons For Cutting Themselves. *J Nerv Ment Dis*, 192:830-836.
- Kumar S, Simpson AI. (2005). 'Application Of Risk Assessment For Violence Methods To General Adult Psychiatry: A Selective Literature Review'. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 39(5): 328-335.
- Kwiatkowska M, Kielan K.(2013), Fuzzy Logic And Semiotic Methods İn Modeling Of Medical Concepts. *Fuzzy Sets And Systems*, 214:35–50.
- Lan TH, Loh EW, Wu MS, Chou P, Lan TY, Chiu HJ. (2008) Performance Of A Neuro-Fuzzy Model İn Predicting Weight Changes Of Chronic Schizophrenic Patients Exposed To Antipsychotics NFM Performance On Chronic Schizophrenic Patients. *Mol. Psychiatry*, 13: 1129–1137.

- Langan J, Lindow V. (2004). *Living With Risk: Mental Health Service User Involvement In Risk Assessment And Management*. UK: The Policy Press.
- Lester D. (2006). Sex Differences In Completed Suicide By Schizophrenic Patients: A Meta-Analysis. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 36(1): 50-56.
- Li D, He L. (2007). Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior. *Molecular Psychiatry*, 12: 47–54.
- Macgabhann L, Lakeman R, McGowen P, Parkinson M, Redmond M, Sibitz I, Stevenson C, Walsh J. (2010). HEAR MY VOICE: THE EXPERIENCE OF DISCRIMINATION OF PEOPLE WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS IN IRELAND. Dublin: Dublin City University. P.:5-80.
- Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, Nordentoft M. (2012). Predictors Of Psychiatric Inpatient Suicide—A National Prospective Register-Based Study. *J. Clin. Psychiatry*, 73: 144–151.
- Madsen Trine, Erlangsen A, Nordentoft M. (2017). Risk Estimates and Risk Factors Related to Psychiatric Inpatient Suicide—An Overview. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14(253):2-13.
- Maguire J, Ryan D. (2007). Aggression And Violence In Mental Health Services: Categorizing The Experiences Of Irish Nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 14:120-7.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*, 294: 2064-2074.
- Manuel J, Crowe M. (2014) Clinical Responsibility, Accountability, And Risk Aversion In Mental Health Nursing: A Descriptive, Qualitative Study. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 23: 336–343.
- Marraccini ME, Zoe Brier MF. School Connectedness and Suicidal Thoughts and Behaviors: A Systematic Meta-Analysis. *School Psychology Quarterly*, 32(1):5–21.
- Massad E, Ortega RS, Barros LC, Struchiner CJ. (2009). *Fuzzy Logic In Action: Applications In Epidemiology And Beyond*, Springer.
- Mccabe R, Sterno I, Priebe S, Barnes R, Byng R. (2017) How Do Healthcare Professionals Interview Patients To Assess Suicide Risk? *BMC Psychiatry*. 7:122:2-10.
- Mcdaid S, Higgins A. (2014). THE PARADOXICAL ROLE OF FAMILIES IN MENTAL HEALTH. In: HIGGINS A, MCDAID S (Eds). *MENTAL HEALTH IN IRELAND: POLICY, Practice And Law*. (P.: 115–130). Dublin: Gill & Macmillan.
- Meehan J, Kapur N, Hunt IM, Turnbull P, Robinson J, Bickley H, Parsons R, Flynn S, Burns J, Amos T, Shaw J, Appleby L. (2006). Suicide In Mental Health Inpatients And Within 3 Months Of Discharge. National Clinical Survey. *Br J Psychiatry*, 188:129-134.
- Melonas J. (2004). Patient-Safety Strategies Can Reduce Suicide Risk. *Psychiatric News*, 39: 24-28.
- Mental Health Commission (MHC). (2007). *Quality Framework: Mental Health Services In Ireland*. Mental Health Commission, Dublin.
- Mental Helath Reference Group. (2000). *Risk Management*. [Http://Www.Sehd.Scot.Nhs.Uk/Publications/Mhrg/Mhrg.Pdf](http://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/mhrg/mhrg.pdf) Adresinden Alindi (Alınma Tarihi: 01.02.2018).
- Merrill G. (2013). *Assessing Client Dangerousness To Self And Others: Stratified Risk Management Approaches*. Berkeley.
- Modai I, Greenstain S, Weizman A, Mendel S. (1998). Backpropagation And Adaptive Resonance Theory In Predicting Suicidal Risk.” *Med Inform (Lond)*. 23(4): 325-30.

- Moncrieff J. (2009). *Themyth Of The Chemical Cure: A Critique Of Psychiatricdrug Treatment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Morgan JF (2007). GIVING UP THE CULTURE OF BLAME: RISK ASSESSMENT AND RISK MANAGEMENT IN PSYCHIATRIC PRACTICE. London: Royal College Of Psychiatrists.P.258-352.
- Morgan S. (2000). CLINICAL RISK MANAGEMENT: A CLINICAL TOOL AND PRACTITIONER'S MANUAL. London: Sainsbury Centre For Mental Health.
- Morgan S. (2011) POSITIVE RISK-TAKING. PRACTICAL WAYS OF WORKING WITH RISK. A Practice Based Evidence Production For Hampshire Partnership NHS Foundation Trust.
- Muir-Cochrane E, Gerace A, Mosel K, O'kane D, Barkway P, Curren D, Oster C. (2011). Managing Risk: Clinical Decision-Making In Mental Health Services. *Issues In Mental Health Nursing*, 32: 726–734.
- Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. (1993). Childhood Sexual Abuse And Mental Health In Adult Life. *The British Journal Of Psychiatry*, 163: 721–732.
- Murphy N. (2004) An Investigation Into How Community Mental Health Nurses Assess The Risk Of Violence From Their Clients. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing* 11: 407–413.
- Murphy E, Kapur N, Webb R, Purandare N, Hawton K, H, Waters K, Cooper J. (2012). Multicentre cohort study of older adults who have harmed themselves: risk factors for repetition and suicide, *British Journal of Psychiatry*, 200: 399–404.
- Najafi-Vosough R, Ghaleiha A, Faradmaj J, Mahjub H. (2016). Recurrence in Patients with Bipolar Disorder and Its Risk Factors. *Iran J Psychiatry*, 11(3): 173-177.
- National Institute For Health And Clinical Excellence. (2009).CORE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF SCHIZOPHRENIA IN PRIMARY AND SECONDARY CARE. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NHS (2015). Management of Self-Harm within Mental Health Inpatient Settings. <http://www.bcpft.nhs.uk/documents/policies/s/1118-self-harm-guidelines/file>. (Erişim tarihi: 27.03.2018).
- NHS (2017). Self-Harm Policy. <http://www.rdash.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/04/Self-Harm-Policy-v5.pdf> (Erişim tarihi: 12.03.2018).
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2005) Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Clinical Guideline 25. London: NICE.
- NMC (Nursing and Midwifery Council). (2008). Standards of Conduct, Performance and Ethics for Nurses and Midwives. London: NMC.
- Nock MK, Borges G, Ono Y. (2012). SUICIDE: GLOBAL PERSPECTIVES FROM THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEYS. New York, NY: Cambridge University Press.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. (2008).Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 30:133-154.
- Noonan I. (2013) ASSESSING AND MANAGING THE RISK OF SELF-HARM AND SUICIDE in Norman I, Ryrie I. (eds) *THE ART AND SCIENCE OF MENTAL HEALTH NURSING: A TEXTBOOK OF PRINCIPLES AND PRACTICE*, p.: 252-273. Maidenhead: Open University Press.
- Noordraven EL, Wierdsma AI, Blanken P, Bloemendaal AFT, Mulder CL. (2016). Depot-medication compliance for patients with psychotic disorders: The importance of illness insight and treatment motivation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12: 269–274.



- NSW. NSW DEPARTMENT OF HEALTH. (2004). Suicide Risk Assessment and Management Protocols. <http://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/programs/mh/Publications/framework-suicide-risk-assess.pdf> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 14.07.2018.
- O’rourke M, Baile G, Davies J. (2006). Risk Assessment and Management . The British Psychological Society.
- Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Liu S, Gerhard T, Blanco C. (2016). Short-Term Suicide Risk Following Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry*, 73: 119–1126.
- Olivares JM, Sermon J, Hemels M, Schreiner A. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: A systematic literature review. *Ann Gen Psychiatry*, 12(1): 32. doi:10.1186/1744-8 59X-12-32.
- Oquendo Ma, Halberstam B, Mann JJ. (2003). RISK FACTORS FOR SUICIDAL BEHAVIOR: UTILITY AND LIMITATIONS OF RESEARCH INSTRUMENTS. In First M. B. (Ed.), STANDARDIZED EVALUATION IN CLINICAL PRACTICE (Vol. 22, p.: 103–130). Washington, DC: APPI Press.
- Ozcelik HS, Ozdel K, Bulut SD, Orsel S. (2015). The reliability and validity of the Turkish version of the beck scale for suicide ideation (Turkish BSSI). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 141-150.
- Ögel K, Aksoy A. (2006). KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI RAPORU. Yeniden Yayın no:18, İstanbul.
- Öztürk O, Uluşahin NA. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel tıp kitapçevleri.
- Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK. (1975). Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32: 327–333.
- Pedersen L, Rasmussen K, Elsass P. (2010) 'Risk Assessment: The Value of Structured Professional Judgments'. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(2): 74-81.
- Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP (2011). Suicide Risk Assessment Inventory: A Resource Guide for Canadian Health care Organizations. Toronto, ON: Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute.
- Phelan M, Stradins L, Morrison S. (2001). Physical health of people with severe mental illness. *British Medical Journal*, 322(7284), 443–444.
- Phuong NH, Kreinovich V. (2001). Fuzzy logic and its applications in medicine. *Int. J. Med. Inform*, 62 (2–3): 165–173.
- Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. (2009). Suicide in borderline personality disorder: A metaanalysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59:319-324.
- Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. (2003). Suicide in Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis. *International Journal of Eating disorders*.
- Qin P, Nordentoft M, Hoyer EH, Agerbo E, Laursen T, Mortensen PB. (2006). Trends in suicide risk associated with hospitalized psychiatric illness: A case-control study based on Danish longitudinal registers. *J. Clin. Psychiatry*, 67, 1936–1941.
- Qiu T, Klonsky ED, Klein DN. (2017). Hopelessness Predicts Suicide Ideation But Not Attempts: A 10-Year Longitudinal Study. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 47(6): 718-722.
- Queensland Health Response To The Final Report (2016). When mental health care meets risk: A Queensland sentinel events review into homicide and public sector mental health services.
- Qureshi NA, Al-Bedah AM. (2013). Mood disorders and complementary and alternative medicine: a literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9:639–658.

- Pedrycz W, Gomide F. (1998). An Introduction to Fuzzy Sets Analysis and Desing. U.S.A: Massachusetts Institute of Technology.
- Raven J, Rix P. (1999) Managing the unmanageable: risk assessment and risk management in contemporary professional practice. *Journal of Nursing Management*, 7: 201–206.
- Read J, Baker S. (1996), Not just sticks and stones: A survey of the Stigma, Taboos and Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems (London, MIND).
- Riblet N, Brian S, Bradly VB, Mills P, Rusch B, Hemphil RR. (2017). Death by suicide witin 1 week of hospital discharge. A retrospective study of root cause analysis report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(6): 436-442.
- Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, Nock MK. (2016). *Psychol Med*, 46(2): 225–236.
- Rich CL, Young D, Fowler RC. (1986). San Diego suicide study, I: Young vs old subjects. *Archives of General Psychiatry*, 43: 577–582.
- Richter D, Berger K. (2001). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter: Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. [Assaults from patients on staff. A prospective study of frequencies, situations and consequences]. *Nervenarzt*, 72: 693-699.
- Robert L, Becca H, David D, Claire N, Andrew C. (2009). Application of a Model for the Development of a Mental Health Service Delivery Collaboration Between Police and the Health Service. *Mental Health Nursing*, 30: 337–341.
- Roberts C, Padmore J. (2013). ADMİSSİON AND DİSCHARGE PLANNİNG. IAN NORMAN, İAİN RYRİE (Eds.), THE ART and SCİENCE of MENTAL HEALTH NURSİNG PRİNCİPLES and PRACTİCE in. (Third Edition). England. p.:25-72.
- Rotter M, Rosenfeld B. (2018). Implementing a Violence Risk Screening Protocol in a Civil Psychiatric Setting: Preliminary Results and Clinical Policy Implications. *Community Mental Health Journal*, 54: 245–251.
- Royal College of Psychiatrists. (2008). College Report CR150 Rethinking risk to others in mental health services Final report of a scoping group Royal College of Psychiatrists: London.
- Royal College of Psychiatrists. (2016). Rethinking Risk to Others in Mental Health Services (Council Report 201). Royal College of Psychiatrists.
- Rudd MD, Berman AL, Joiner TE, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, Van Orden K, Witte T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36: 255–262. doi:10.1521/suli.2006.36.3.255
- Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Adamsson JI, Waern M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *Plos one*, 1-13.
- Saçarçelik G, Türkcan A, Güveli H, Yeşilbaş D. (2011). The Prevalence of Deliberate Self-Harm Behavior and its Association with Sociodemographic Features in Patients Referred to Secondary Care Psychiatric Clinic for Adolescents and Young Adults. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 253-264.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Heşirelik yönetmenliğinde değışiklik. <http://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html> adresinden alındı. Erişim tarihi: 25.0.9.2017.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge. <http://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html> adresinden alındı. Erişim tarihi: 25.03.2017.
- Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara.

- Sakawa M, Nishizak, I, Katagiri H. (2011). *Fuzzy Stochastic Multiobjective Programming*. USA: Springer.
- Samra J, White J, Goldner E. (2007). *Working With the Client Who is Suicidal: A Tool for Adult Mental Health and Addiction Services*. Canada: Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data.
- Schroeder K, Naber D, Huber CG. (2014). "Maladaptive personality traits increase subjectively during the course of schizophrenia spectrum disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(4): 319–323.
- Serretti A, Chiesa A, Calati R, Fabbri C, Sentissi O, De Ronchi D, Mendlewicz J, Souery D. (2013). Side effects associated with psychotropic medications in patients with bipolar disorder: Evidence from two independent samples. *Journal of Psychopharmacology*, 27(7): 616–628.
- Singhal A, Ross J, Seminog O, Hawton K, Goldacre MJ. (2014). Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 107(5): 194-204.
- Soloff PH, Fabio A. (2008). Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *Journal Personality Disorders*, 22:123–134. doi: 10.1521/pedi.2008.22.2.123
- Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 151(9): 1316–1323.
- Sookoo S. (2013) IDENTIFYING and MANAGING RISK of AGGRESSION and VIOLENCE in I. NORMAN and I. RYRIE (eds) *THE ART AND SCIENCE OF MENTAL HEALTH NURSING: A TEXTBOOK OF PRINCIPLES AND PRACTICE*, p.: 274-283. Maidenhead: Open University Press.
- Söderberg S. (2001). Personality disorders in parasuicide. *Nord J Psychiatry*, 12:55(3), 163–167.
- Su SF, RONG JR, LI JB. (2016). Development Of Community Psychiatric Crisis Management Indicators And Assessment Framework In Taiwan: A Focus Group Study. *European Scientific Journal*, 12: 12:113-128.
- Suhasini A, Palanivel SV. (2010). Ramalingam, Multi decision support model for psychiatry problem. *Int. J. Comput. App*, 1: 61–69.
- Suhasini A, Palanivel S, Ramalingam V. (2011) Multimodel decision support system for psychiatry problem. *Expert Syst. Appl*. 38: 4990–4997.
- Suicide Prevention Resource Center (<https://www.sprc.org/about-suicide/risk-protective-factors>) (Erişim tarihi:04.02.2019 Saat: 16:21).
- Suominen K, Henriksson M, Suokas, J, Isometsa E, Ostamo, Lonnqvist J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 94: 234–40.
- Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44: 273–303.
- Tai YM, Chiu HW. (2007). Artificial neural network analysis on suicide and self-harm history of Taiwanese soldiers, in: *Proceedings of the Second International Conference on Innovative Computing, Information and Control (ICICIC)*, Kumamoto, Japan, p. 363.
- Taheri SS, Ardakani MR, Karimlou M, Rahgozar M. (2016). Identifying Some Risk Factors of Time to Recurrent Relapses in Bipolar I Disorder Patients using Frailty Model of Survival Analysis. *J Psychiatry*, 19(4): 1-5.

- Taylor P. (1985). Motives for offending amongst violent and psychotic men. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 147:491-498.
- Teferra S, Hanlon C, Beyero T, Jacobsson L, Shibre T. (2013). Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: A qualitative study of patients, caregivers and health workers. *BMC Psychiatry*, 13: 168.
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (16/02/2011 tarih ve 7364 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe girmiştir.). <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12038/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>. Trout, D.L. (1980). The role of social isolation in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 10(1), 10–23.
- TÜİK (2017). Türkiye İstatistik Kurumu İntihar İstatistikleri. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1060](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060).
- Turecki G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: The role of impulsive–aggressive behaviours. *Journal of Psychiatric Neuroscience*, 30: 398–408.
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. WHO. (2017). World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>. adresinden alındı.
- Van De Sande R, Nijman HL, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, Van Der Staak C, Mulder CL. (2011) Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *British Journal of Psychiatry*, 199: 473–478.
- Vineis P. (2008). Methodological insights: fuzzy sets in medicine. *J. Epidemiol. Community Health*, 62 (3): 273–278.
- Velasevic DM, Saletic DZ, Saletic SZ. (2001). A fuzzy sets theory application in determining the severity of respiratory failure,. *Int. J. Med. Inform.* 63 (1–2): 101–107.
- Walsh G, Sara G, Ryan CJ, Large M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 131: 174–184.
- Wand T. (2012). Investigating the Evidence for the Effectiveness of Risk Assessment in Mental Health Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33:2–7.
- Webster Cd, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. (1997). HCR-20 Assessing Risk for Violence (Version 2). Mental Health. Law and Policy Institute, Simon Fraser University, British Columbia.
- Webster CD, Martin ML, Brink J, Nicholls T, Desmarais S. (2015). Short term assesment of risk and treatability. Canada: BC Mental Health and Substance Use Services.
- Weich L, Pienaar W. (2009). Occurrence of comorbid substance use disorders among acute psychiatric inpatients at Stikland Hospital in the Western Cape. South Africa. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*, 12: 213-217.
- Wellman N. (2006). ASSESSING RISK. in GAMBLE C, BRENNAN G (eds) *WORKING WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS: A MANUAL FOR CLINICAL PRACTICE*, 2nd Edn, Chap 10:145-164. London: Elsevier.
- Weret ZS, Mukherj R. (2014). Prevalence of Relapse and Associated Factors in Patient with Schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: Institution Based Cross Sectional Stud. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies (IJIMS)*, 2(4): 184-192.
- Werneke U, Turner T, Priebe S. (2006). Complementary medicines in psychiatry: review of effectiveness and safety. *The British Journal of Psychiatry*, 188: 109–121.
- WHO (2013). Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization.

- WHO (2015, December 1). Suicide. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- WHO. (2017) Mortality Database (<http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>, accessed 17 September 2017).
- WHO (2018). National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators.
- Whole Health: Change The Conversation: Reducing Relapse Risk Clinical Tool. (tarih yok).[http://projects.hsl.wisc.edu/SERVICE/modules/1/M1\\_CT\\_How\\_a\\_WH\\_Visit\\_Can\\_Be\\_Different.pdf](http://projects.hsl.wisc.edu/SERVICE/modules/1/M1_CT_How_a_WH_Visit_Can_Be_Different.pdf). adresinden alındı.
- Wingate LR, Joiner TE, Walker RL, Rudd MD, Jobes DA. (2004). Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment. *Behavioral Sciences and the Law*, 22: 651–665.
- Woods P, Kettles AM. (2009). Risk Assessment and Management in Mental Health Nursing. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Woods P. (2013). Risk assessment and management approaches on mental health units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9):807–813.
- Wrycraft N. (2009). RISK ASSESSMENT: PRACTICING ACCOUNTABLY AND RESPONSIBLY. WRYCRAFT içinde, *AN INTRODUCTION TO MENTAL HEALTH NURSING* (p.: 51-63). Mc Graw Hill.
- Xiao J, Mi W, Li L, Shi Y, Zhang H. (2015). “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,” *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11: 1161–1167.
- Yalcin-Siedentopf N, Wartelsteiner F, Kaufmann A, Biedermann F, Edlinger M, Kemmler G, Rettenbacher, Ma, Widschwendter Cg, Zernig G, Fleischhacker W. (2015). Measuring adherence to medication in schizophrenia: the relationship between attitudes toward drug therapy and plasma levels of new-generation antipsychotics. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 18, 5.
- Yen S, Shea MT, Pagano M, Sanislow CA, Grilo CM, Mcglashan TH, Skodol AE, Bender DS, Zanarini MC, Gunderson JG, Morey LC. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Abnormal Psychology*, 112: 375–381. doi:10.1037/0021-843X.112.3.375.
- Yu SC, Lin YH. (2008). Applications of fuzzy theory on health care: an example of depression disorder classification based on FCM, WSEAS Trans. *Info. Sci. Appl* 5:31–36.
- Zadeh LA. (1965). Fuzzy Algorithms. *Information and Control*, 12(2):94-102.
- Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs*, 19: 2329-41.

## EKLER

### Ek- 1: Etik Kurul Kararı



info@uskudar.edu.tr  
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye  
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

**SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017/327** 25/01/2018

**Prof.Dr. Besti ÜSTÜN  
(Fatma AYHAN)**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 22/01/2018 tarihinde yapılan 1 No.lu toplantısında "**Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Web Tabanlı Risk Değerlendirme Programının Geliştirilmesi**" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

**Ek-2: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi TRSM Araştırma İzin Yazısı**



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL ERENKÖY R.U.H. VE S.N.H. HASTALIKLARI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
VE SİNİR SAKATLIKLARI BİRİMİ  
1604 2018 16 31 - 32900231 - 799 - E-484



Sayı : 32900231-799  
Konu : Tez Çalışması (Fatma AYHAN)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 29/03/2018 tarihli ve 16867222-799-1015 sayılı yazınız;

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi Fatma AYHAN'ın, "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Web Tabanlı Risk Değerlendirme Programının Geliştirilmesi" konulu tez çalışmasını Beylerbeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezimizde yapmak istemesine dair talebi uygun görülmüştür. Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.  
Doç. Dr. Rabia BİLİCİ  
Başhekim

Sinan Ercan Cd. No : 29 Kadıköy  
Faks No:  
e-Posta:aysan.bagci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: aydanbagci@gmail.com

Bilgi için: Aydan BAĞCI  
Unvan: TIBBİ SEKRETER  
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 11520777-1f06-4963-a535-0de34bbce692 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**Ek-3: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Yazısı**



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ - İSTANBUL, ŞİŞLİ HAMİDİYE  
ETFALEĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
17043018123 - 79341859 - 799 - E.0047



Sayı : 79341859-799  
Konu : Tez Çalışması (Fatma AYHAN)

**İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

İlgi : 29/03/2018 tarihli ve 16867222-799-1015 sayılı yazı

İlgi sayılı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi Fatma AYHAN," Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Web Tabanlı Risk Değerlendirme Programının Geliştirilmesi " konulu tez çalışmasını kurumumuzda yapma talebi İlgili birim ve Hastane Yönetimi tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Prof. Dr.H.Mustafa ÖZDEMİR  
Başhekim

Halaskargazi cad. Etfal sok. 34371 Şişli/İstanbul  
Faks No:2122240772

e-Posta:demiz.sahin5@saglik.gov.tr İnt Adresi: www.sislietfal.gov.tr

Bilgi için:Deniz ŞAHİN  
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL

Telefon No:2123735000

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c246ba19-566e-4f84-b1b4-3e6f13bc2397 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



## Ek-4: Karaman İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
KARAMAN VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

KARAMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KARAMAN İSİM  
EHTİDARLIK  
27.04.2018 14:35 - 19286923-774.99-101



Sayı : 19286923-774.99  
Konu : Araştırma İzni(Fatma AYHAN)

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 24/04/2018 tarihli ve 19286923-774.99-99-101 sayılı yazı

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi Fatma AYHAN'ın "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Web Tabanlı Risk Değerlendirme Programının Geliştirilmesi" adlı doktora tez çalışmasına Müdürlüğümüz izni dışında ifan edilmemesi kaydıyla gerekli izin verilmiş olup söz konusu çalışmanın sonucunda bir örneğinin tarafınıza verilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Hasan ARSLAN  
İl Sağlık Müdürü

EKLER: Komisyon Kararı(1 Sayfa)

Dağıtım:  
Gereği:  
Fatma Ayhan  
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bilgi:  
Üsküdar Üniversitesi Rektörlüğü  
Altunizade Mah. Halkın Türksöy Sk. No:14  
PK: 34662 Üsküdar/İstanbul

Güvenli Elektronik İmza  
Aslı ile Aynıdır.  
24.04.2018  
Hidayet ÖNÜVAR  
V.H.K.I

Karaman İl Sağlık Müdürlüğü  
Faks No:0382255050

e-Posta:fama.altuntas5@sağlik.gov.tr İnt. Adresi: karaman@sağlik.gov.tr

Bilgi için:Fatma ALTUNTAŞ  
Lüvan TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0382265862

Diyarlık elektronik imzalı belge için: http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden: tr:3950b-e405-468b-9584-e7106c152e21 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## **Ek-5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

### **CALIŞMANIN ADI: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Risk Değerlendirmesi ile Bulanık Mantık Modeline Temellendirilmiş İntihar Riski Değerlendirme Aracına Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi**

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

### **CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:**

Araştırmanın konusu: Risk değerlendirmesi ve intihar risk değerlendirme aracı

Araştırmanın amaçları:

Birinci Adımın Amacı;

- 1. Birinci adımın amacı, risk değerlendirmesine ilişkin TRSM'lerdeki sağlık profesyonellerinin görüşleri, önerileri ve uygulamalarının belirlenmesidir.

İkinci Adımın Amacı;

- 2.a) Bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracının geliştirilmesi
- 2.b) Geliştirilen bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracına ilişkin kullanıcı görüşlerinin belirlenmesi.

### **CALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size çalıştığınız kurumdaki risk değerlendirmelerine ilişkin uygulamalarınızın mevcut durumu, deneyimleriniz ve görüşlerinizin belirlenmesi için size bazı açık uçlu sorular sorulacaktır. Bu soruları

içtenlikle yanıtlamanız toplum ruh sağlığı merkezlerinde risk değerlendirme sürecindeki aksaklıkların saptanması için son derece önemlidir.

Araştırmanın ikinci amacına yönelik olarak geliştirilecek olan bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracı için görüşlerinizi bildirmeniz programın düzenlenmesi açısından son derece önemlidir.

### **CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Toplum ruh sağlığı merkezleri için bulanık mantık modeline temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracının geliştirilmesinde görüşleriniz katkı sağlayacaktır.

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:**

1. Fatma AYHAN

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartışım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>	Fatma AYHAN	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/ KARAMAN	

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

**Ek-6: Sağlık Profesyonellerinin Risk Değerlendirmesine İlişkin Görüşleri, Uygulamaları ve Önerilerinin Belirlenmesi için Hazırlanan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

**Kısım I: Sosyo-demografik özellikler**

- 1.Cinsiyetiniz: a)Kadın b)Erkek
- 2.Yaşınız:.....
- 3.Mesleğiniz: a)Psikiyatrist b)Hemşire c)Sosyal hizmet uzmanı d)Psikolog
- 4.Eğitim durumunuz a) Lise b) Ön lisans c) Lisans d) Lisansüstü eğitim
- 5.TRSM'de toplam çalışma yılınız:.....
- 6.Diğer psikiyatri servislerindeki toplam çalışma yılınız:.....
- 7.Risk tanılamaya yönelik eğitim alma durumu a)Risk tanılaması eğitimi aldım  
b) Risk tanılaması eğitimi  
almadım

**Kısım II: Yarı yapılandırılmış görüşme soruları**

Risk değerlendirmesini tanımlar mısınız?

Kurumunuzda risk değerlendirmesini nasıl yapıyorsunuz?

Kurumunuzdaki risk değerlendirme uygulamalarının yeterliliği hakkındaki düşüncelerinizi açıklar mısınız.

Risk değerlendirmesinden kimin veya kimlerin sorumlu olduğunu düşünüyorsunuz?

Risk değerlendirme araçları hakkında ne düşünüyorsunuz?

Risk değerlendirmesinde yaşadığınız zorluklardan bahseder misiniz?

Risk değerlendirmesi yapmanızı kolaylaştıran durumlar nelerdir?

Risk değerlendirmesi için eğitimi alsaydınız, bu eğitimlerin içeriğinde neler olmasını beklerdiniz? Bahseder misiniz?

Hastalarla olan deneyimlerinizde hastanızın gelişimini olumlu yönde etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bir risk aldınız mı, örnek verir misiniz?

Son 12 ayda hasta güvenliği/ risk değerlendirmesi alanlarında ne gibi aktiviteler planladınız?

Sizece TRSM'lerdeki riskli durumlar nelerdir?

## **Ek-7: İntihar Risk Değerlendirme Aracı Hakkındaki Görüşlerin Belirlenmesi İçin Hazırlanan Yarı Yapılandırılmış Soru Formu**

### **Kısım I: Sosyo-demografik özellikler**

- 1.Cinsiyetiniz: a)Kadın b)Erkek
- 2.Yaşınız:.....
- 3.Mesleğiniz: a)Psikiyatrist b)Hemşire c)Sosyal hizmet uzmanı d)Psikolog
- 4.Eğitim durumunuz a) Lise b) Ön lisans c) Lisans d) Lisansüstü eğitim
- 5.TRSM'de toplam çalışma yılınız:.....
- 6.Diğer psikiyatri servislerindeki toplam çalışma yılınız:.....
- 7.Risk tanılamaya yönelik eğitim alma durumu a)Risk tanılaması eğitimi aldım  
b) Risk tanılaması eğitimi  
almadım
8. Risk değerlendirme eğitimi aldıysanız bu eğitimi nereden aldığınızı belirtir  
misiniz.....

### **Kısım II: Görüşler**

1. Bulanık mantık yöntemine temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracı intihar riskini değerlendirmeye yönelik uygulamalarınızı etkiledi mi? Nasıl?
- 2 Bulanık mantık yöntemine temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracının güçlü yanları var mıdır? Varsa nelerdir?
3. Sizce bulanık mantık yöntemine temellendirilmiş intihar riski değerlendirme aracının geliştirilmesi gereken yönleri nelerdir? Önerileriniz neler olabilir?

## Ek-8: İntihar Risk Değerlendirme Aracı

**İntihar Riski Değerlendirme Formu**

**1- Cinsiyet ve Yaş**

Cinsiyet  Yaş

**2- İntihar öyküsü**

Birden fazla intihar eylemini tekrarlama öyküsü var  
 Bir tane intihar girişimi öyküsü  
 İntihar öyküsü yok

**3- Mevcut dönemde intihar girişimi düşüncesi**

Sürekli bir şekilde intihar edeceğine dair açık bir niyetin varlığı  
 Aralıklı intihar düşünceleri  
 İntihar düşüncelerinin olmaması

**4- İntihar girişimi planı**

İntihar planı var  
 İntihar planı yok

**5- Düşünce içeriğinde bozulma**

Mevcut dönemde yoğun sanrı/halüsinasyon varlığı (kendini öldürme komut içerikli)  
 Mevcut dönemde sanrı/halüsinasyon olmaması (kendini öldürme komut içerikli)

**6- Şizofreni ve bipolar bozuklukla birlikte mevcut olan diğer tanımlar**

Bipolar bozukluk  
 Madde bağımlılığı  
 Depresyon  
 A kümesi kişilik bozukluklar (Paranoid KB, Şizotipal KB, Şizoid KB)  
 B kümesi kişilik bozukluklar (Sınırdaki KB, Antisosyal KB)  
 Kaygı bozuklukları  
 Yeme bozuklukları  
 Postpartum psikoz  
 Yaşamı tehdit eden, ağrı ve işlev bozukluğuna neden olan kronik hastalık

**7- İlaç tedavisine uyumu**

İlaç tedavisine hiç uymuyor  
 İlaç tedavisine ara sıra uyuyor  
 İlaç tedavisine uyuyor

**8- Psikiyatri servisinde taburculuğu sonrasındaki süre**

Taburculuk sonrası ilk gün ile ilk bir ay arasındaki süre  
 Taburculuk sonrası bir aydan sonraki süre  
 Uzun dönemdir psikiyatri servisine yatışa gerektiren bir durumun olmaması

**9- Stresli yaşam olayları**

Bireyin son bir ay içinde algıladığı yüksek düzey stresli yaşam olaylarının varlığı  
 Bireyin son bir ay içinde algıladığı orta düzey stresli yaşam olaylarının olması  
 Bireyin son bir ay içinde algıladığı hafif düzey stresli yaşam olayının olması

**10- Ailede intihar öyküsü**

Yoksa boş bırakınız.

Ailesinde intihar nedeni ile ölen bireyin bulunması

**11- Umutsuzluk**

Umutsuzluk, çaresizlik, güçsüzlük hisleri, yaşama dair kötümser bakış açısı  
 Belirsiz, olumsuz gelecek planları  
 Geleceğe dair bazı umutların olması, bazı gelecek planlarının olması

**12- Duygusal durumu**

Duygusal kargaşa (anksiyete, ajite, öfke)  
 Duygusal dalgalanmalar  
 Düşük düzeyde anksiyete

**13- Koruyucu faktörler**

Evli olma (Olumlu ilişkileri olan)  
 Çocuk sahibi olma  
 Bilişsel düzeyinin iyi olması  
 Manevi/dini inanışları (intiharı olumsuz değerlendiren)  
 Aile bağlarının güçlü olması  
 Komşuluk/arkadaşlık bağlarının iyi olması  
 İşmeslek sahibi olması  
 Hasta ile danışman arasındaki pozitif ilişki

## Beck Depresyon Ölçeği

### Soru 1

- Üzgün ve sıkıntılı değilim
- Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
- Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum
- O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum

### Soru 2

- Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
- Gelecek için karamsarım
- Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
- Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor

### Soru 3

- Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum
- Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum
- Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum
- Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum

### Soru 4

- Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum
- Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum
- Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor
- Her şeyden sıkılıyorum

### Soru 5

- Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum
- Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum
- Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum
- Kendimi her zaman suçlu hissediyorum

### Soru 6

- Kendimden memnunum
- Kendimden pek memnun değilim
- Kendime kızgınım
- Kendimden nefret ediyorum

### Soru 7

- Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
- Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum
- Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum
- Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum

### Soru 8

- Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok
- Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum
- Kendimi öldürmek isterdim
- Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm

Soru 9

- İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor
- Zaman zaman içimden ağlamak geliyor
- Çoğu zaman ağlıyorum
- Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum

Soru 10

- Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim
- Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum
- Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum
- Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum

Soru 11

- Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim
- Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum
- Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor
- Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum

Soru 12

- Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum
- Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
- Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum
- Artık hiçbir konuda karar veremiyorum

Soru 13

- Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum
- Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum
- Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum
- Kendimi çok çirkin buluyorum

Soru 14

- Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum
- Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor
- Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum
- Artık hiçbir iş yapamıyorum

Soru 15

- Uykum her zamanki gibi
- Eskisi gibi uyuyamıyorum
- Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum
- Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum

Soru 18

- Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum
- Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum
- Her şey beni yoruyor
- Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum

Soru 17

- İştahım her zamanki gibi
- Eskisinden daha iştahsızım
- İştahım çok azaldı
- Hiçbir şey yiyemiyorum

Soru 18

- Son zamanlarda zayıflamadım
- Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim
- Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim
- Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim

Soru 19

- Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok
- Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor
- Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum
- Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum

Soru 20

- Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok
- Eskisine oranla sekse ilğim az
- Cinsel isteğim çok azaldı
- Hiç cinsel istek duymuyorum



Soru 21

- Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum
- Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum
- Cezamı çekmeyi bekliyorum
- Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor

### Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği

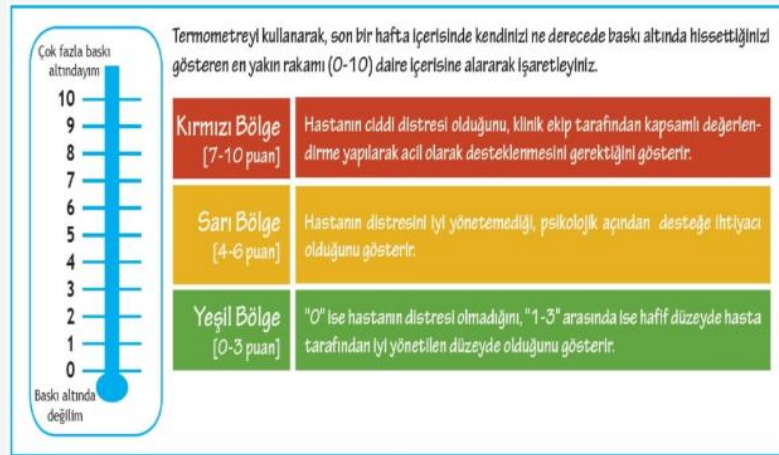
	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlama benim için zordur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zor zamanları çok az sıklıkla atlattırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlama benim için zordur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zor zamanları çok az sıklıkla atlattırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Distres Düzeyi

Son bir hafta içinde kendinizi ne kadar sıkıntılı baskı altında hissettiğinizi gösteren rakamı seçiniz.



Seçiniz:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Termometresi puanı

Seçiniz ▼

## Ek-9: Özgeçmiş

**Adı ve Soyadı:** Fatma AYHAN

**İş Adresi** : Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi  
Sağlık Yüksekokulu, Yunus Emre Yerleşkesi,  
70200 Karaman  
Tel: 0 338 226 21 31  
Belgegeçer: 0 338 226 21 34

**E-mail :** [f.kucuksumbul@gmail.com](mailto:f.kucuksumbul@gmail.com)

### Yüksek Lisans Tezleri

- “0-4 Yaş Arasındaki Çocuklarda Ortalama Cerebellum Boyutlarının MRG Yöntemi İle Değerlendirilmesi” Yüksek Lisans Tezi, KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi Anabilim Dalı, Trabzon- 2009. Danışman: Doç.Dr. Gülay YEGİNOĞLU
- “Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Ağrı Deneyimleri ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları” SÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Konya-2015. Danışman: Yrd.Doç.Dr. Şerife KURŞUN

### Öğrenim Durumu Ve Akademik Ünvanlar

Yıl	Derece	Kurum
2014-2019	Doktora	Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı (Psikiyatri Hemşireliği)
2017-	Lisans-	Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi, Sosyoloji Bölümü
2012-2015	Yüksek Lisans	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı (Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği)
2006-2009	Yüksek Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı
2002-2006	Lisans	Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu - Hemşirelik

### Mesleki Deneyim Ve Çalıştığı Kurumlar

Ay, Yıl	Kurum ve Unvan
02.2010 -	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu – Öğretim görevlisi-
12.2006 – 02.2010	KTÜ Farabi Hastanesi Pediatri Hematoloji-Onkoloji ve Pediatri Enfeksiyon Servislerinde Hemşire olarak çalıştı.

### Üye Olunan Mesleki Dernek Ve Vakıf Üyelikleri

- Türk Hemşireler Derneği (Karaman Şubesi, Kurucu Üye, Genel Sekreter )
- Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği (İzmir Şubesi)
- Hemşirelik Eğitimi Derneği
- Psikiyatri Hemşireleri Derneği

### Görev Aldığı Projeler

1. Konya ve Karaman İlerinde Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi, Araştırmacı, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi, 2012-2015.Proje No: 35-M-12, Proje Bütçesi: 11,918,00 TL
2. Ameliyat Öncesi Eğitim Verilme Durumu. Araştırmacı, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi, 2012-2015. Proje No: 34-M-12, Proje Bütçesi: 10.720,00TL

### Yürütülen Dersler

Ders	Öğrenim	Bölüm
Psikiyatri Hemşireliği	Lisans	Hemşirelik
Hemşirelikte Kişiler Arası İlişkiler	Lisans	Hemşirelik
Hemşirelik Esasları	Lisans	Hemşirelik
Anormal Davranışlar Psikolojisi	Lisans	Sosyoloji

### Katılım Belgeleri Ve Sertifikalar

- Short Term Assessment of Risk and Treatability. 10 Saat. November 12, 2017
- ‘Mod5 Mental Aritmetik Master Eğitmen Sertifikası’(08.09.2013).

- ‘Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar’ katılım belgesi (Karaman 1 Aralık 2012)
- ‘Hemşire Eğiticiler İçin Fiziksel Muayene Kursu’ (Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,13-15 Haziran 2012)
- ‘Temel Hemşirelik Sempozyumu’ katılım belgesi (Selçuk Üniversitesi, Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, 18 Kasım 2011)
- ‘Bilimsel Makale Yazımı Kursu’ katılım belgesi (Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2010)
- ‘Refleksoloji Kursu’ katılım belgesi (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, 2010)
- ‘Anne Çocuk Eğitimi Kursu Sertifikası’ (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, 2010)
- ‘El Yıkama Eğitimi’( Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Klinik Beceri Eğitimleri, 2010)
- ‘Bilimsel Araştırma Yayın Etiği ve Etik Kurullar Sempozyumu’ katılım belgesi (Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2008)
- ‘Klinik Çalışmalarda Stereolojik Yöntemler Sempozyumu’ katılım belgesi (Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2008)

### **Kongre Sempozyum Bildirileri**

#### **Uluslararası**

Demirci Güngördü Nuray, **Ayhan Fatma**, Üstün Çağatay (2017). Cezaevinde Hemşireliğin Uygulama Boyutu İç Anadolu Bölgesi Örneği. Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3583462)

Eren Handan, Ayhan Fatma (2017). Dealing With Difficult Nursing Students. Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3583469)

Çöplü Mehtap, **Ayhan Fatma** (2017). An Ethical Dilemma In Psychiatric Clinics: Physical Restraint. Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3583468)

**Ayhan Fatma**, Eren Handan (2017). Nursing Degree Program Ethics Course Content Examples From Various Countries. Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:3583471)

**Ayhan Fatma**, Çöplü Mehtap (2017). Do We Always Remember Reality İn Neurocognitive Disorders. Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:3583473)

**Ayhan Fatma**, Gürhan Nermin (2016). Psikiyatri Hastalarının Taburculuk Süreci. IV. Uluslararası VIII Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Poster Bildiri)

**Ayhan Fatma**, Özkan Birgül (2016). Ebeveyn Tutumlarının Ergenlerin Şiddet Davranışları Üzerindeki Etkileri. IV. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Poster Bildiri)

**Ayhan Fatma**, Yalçın Ümmühan, Gök Tansu, Polainas Jose (2016). Akıllı Telefon Bağımlılığı: İki Farklı Ülke Örneği. IV: Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Sözlü Bildiri)

Teze Saniye, **Ayhan Fatma** (2016). Bağlanma Kuramı Açısından Ergenlik ve Şiddet. 15th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress (Poster Bildiri)

**Ayhan Fatma** (2016). Anksiyete Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Kanıtı Dayalı Model Uygulamaları. 4th International Symposium On Development Of KOP Region (Tam metin sözel bildiri)

**Ayhan Fatma**, Özkan Birgül (2016). Modelden Uygulamaya: Peplau Modeli. 4th International Symposium On Development Of KOP Region (Tam metin sözel bildiri)

**Ayhan Fatma** (2016). Psikiyatrik Rehabilitasyon. 4th International Symposium On Development Of KOP Region (Sözel Özet bildiri)

**Ayhan F**, Teze S, Özkan B. (2015) Ebeveyn tutumlarına yönelik aile iç şiddete tanıklık eden ergenlerin şiddeti kabullenmesi: Örnek bir uygulama. 2. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi (Sözel Bildiri)

**Ayhan F**, Kurşun Ş. (2015). Pain experience in abdominal surgery patients and nursing approaches. The Art Of Perioperative Care: Eternally Evolving. Fransa, Rome.. (Poster Bildiri)

**Ayhan F**, Yeginoğlu G, Kul S. 0-4 yaş arası çocuklarda cerebellum boyutlarının MRG ile değerlendirilmesi. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, **Poster Bildiri**, Ankara, 1-3 Eylül 2014.

**Ayhan F**, Çöplü, M, İçel S, Özkan B. Zor hastalar ve hemşirelik bakımı için çözüm önerileri. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, **Poster Bildiri**, Ankara, 1-3 Eylül 2014.

**Ayhan F**, İçel S, Çöplü, M, Özkan B. İntihar sıklığı ve önleme stratejileri. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, **Poster Bildiri**, Ankara, 1-3 Eylül 2014.

İçel S, Özkan B, **Ayhan F**. Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi dahili ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin kriz ve kriz yönetimi hakkındaki düşünceleri. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, **Poster Bildiri**, Ankara, 1-3 Eylül 2014.

Üstün Ç, Demirci N, **Ayhan F**. Fitoterapötik bir antidepresan: Binbirdelikotu (Hypericum perforatum). III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, **Poster Bildiri**, Ankara, 1-3 Eylül 2014.

Kaya H, **Ayhan F**, Gökalp G Kaplan A, Özkan B, Pınar G. (2013). Psychosocial Interventions Based On Evidence In Home Care. III. Uluslararası Evde Bakım ve Sosyal Hizmet Kongresi, **Sözel Bildiri**, Antalya, 18-22 Aralık 2013.

Caner Ö, **Ayhan F**, Caner M.( 2013). The Effect of Opening –Closing Frequency of Doors i Surgery Rooms of the Hospitals on Surgical Site Infection.14. World Sterilization Congress. **Poster Bildiri**, 6-9 November. Antalya- Turkey.

Cihan Of, Şahin B, **Küçüksümbül F**. Taşer F,Bulduklu Y. (2012). Volume fractional changes of the brain parts during the development of the children: a stereological study. 4. ISCAA International Symposium of Clinical and Applied Anotomy. 14. National Anatomy Congress. **Poster Bildiri**, June 28-July 01. -Ankara-Turkey.

Yeginoğlu G, **Küçüksümbül F**, Kul S, Topbaş M, Kalkışım Ş. (2010). Assessment Of Cerebellar Dimensions with MRI in Children Aged Between 0 And 3 Months “ XIII th National Congress of Anatomy with International Participation” **Poster Bildiri**, 28 Ekim-1 Kasım KKTC.

### **Ulusal**

Şahin A, Çayır A, **Ayhan F**, Sönmezer ÖH. Karaman ilinde ameliyat öncesi dönemde hastalara verilen eğitimin değerlendirilmesi. 7th National Nursing Education Congress. **Poster bildiri**. 7-10 Nisan 2015.

Şahin Ali, **Ayhan F**, Kurşun Ş. (2014) Ameliyathanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. II. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu. **Sözel Bildiri**. 10-12 Nisan 2014,Çanakkale.

Sönmezer H, **Ayhan F**, Teze S,Canbulat N. (2013) Evli Kadınlarda Görülen Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Değerlendirilmesi. II. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi. **Poster bildiri**. 3-5 Haziran, Antalya.

Üstün Ç, Demirci N, **Ayhan F**. (2012) Preoperatif Dönemin Önemli Bir Unsuru ‘Aydınlatılmış Onam’. Multidisipliner Etik Kongresi. **Poster bildiri**. 2-5 Mayıs Niğde.

Sönmezer H, **Ayhan F**, Çayır A. (2011) Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. **Poster bildiri**. 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 19-21 Ekim,Urfa.

**Ayhan F**, Çayır A, Sönmezer H. (2011) Üniversite Öğrencilerinin Bazı sosyo-demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimine Etkisi. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. **Poster bildiri**. 4-7 Ekim Trabzon.

**Ayhan F**, Akarsu Ç, Zorlu F. (2011) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. **Poster bildiri**. 4-7 Ekim, Trabzon.

**Küçüksümbül F**, Cihan ÖF, Akarsu Ç, Altunhan Ö, Dursun A, Ozkaya Ö, Özbayrak M. (2011) İlk Doğumunu Yapan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Teknikleri ile İlgili Bilgi Uygulama ve Davranışlarının Değerlendirilmesi.10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Öğrenci Hemşireliği Kongresi. **Poster bildiri**. 28-30 Nisan Gaziantep.

**Ayhan F**, Aydın İ, Sarıkök AM. (2011) Karaman Doğum Evinde Yatan Hasta ve Hasta yakınlarının Erkek Hemşirelere Bakış Açısı 1. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi. **Poster bildiri**. 15-17 Eylül Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

**Ayhan F**. (2011) Kültürlerarası Farklılıkların Hemşirelik Bakımına Etkisinin Değerlendirilmesi. 1. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi. **Poster bildiri**. 15-17 Eylül Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

**Ayhan F**, Yalçın H. (2011) Çocuğun Psikososyal Gelişiminde Büyükanne ve Büyükbabann Yeri ve Önemi. 1. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi. **Poster bildiri**. 15-17 Eylül Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

#### **Ulusal Dergilerde Yayınlanan Araştırmalar**

Kaya Haydar, Özkan Birgül, Gökalp Gizem, **Ayhan Fatma** (2014). Evde Bakımda Kanıta Dayalı Psikososyal Müdahaleler. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi, 2(2), 1-8.

Arısoy A, Canbulat N, **Ayhan F**. (2014) Karaman ilindeki annelerin bebeklerinin bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17:1:23-31.

#### **Uluslararası Dergilerde Yayınlanan Makaleler**

##### **Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler : (SSCI, SCI, SCI-EXPANDED, AHCI)**

Canbulat N, **Ayhan F**, Inal S. Effectiveness of External Cold and Vibration for Procedural Pain Relief During Peripheral Intravenous Cannulation in Pediatric Patients. Pain Management Nursing, Vol 16(1); 2015: 33-39. 10.1016/j.pmn.2014.03.003

##### **SSCI, SCI, SCI-EXPANDED, AHCI kapsamı dışındaki Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler**

**Ayhan F**, Kursun S. Experience of Pain in Patients Undergoing Abdominal Surgery and Nursing Approaches to Pain Control. (2017). 10(3); 1456-1464.

**Ayhan F**, Yeginoğlu Gülay, Kul Sibel. .Assessment of cerebellar dimensions using MRI in children aged 0-4 years. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2015: 35(4); 256-262. 10.5336/medsci.2015-47320

Aydın MF, Gökmen S, Koç Ş, Adıgüzel E, Kocaman H, Çöplü M, **Ayhan F**, Şahin A. Evaluation the Knowledge Levels Regarding Hydatid Cyst among Butchers in Karaman. Province of Turkey. Van Vet J, 2015, 26 (3) 147-150

Şahin A, **Ayhan F**, Öcal HS, Çayır Aliye. An Assesment of the preoperative information given to patients in the province of Karaman. International Journal of Human Science. 2015;12(2):111-1119. DOI linki: <http://dx.doi.org/10.14687/ijhs.v12i2.3348>

Şahin A, **Ayhan F**, Kurşun Ş. Evaluation of surgical nurses' attitudes concerning patient Safety. International Journal of Human Science. 2015;12(1):1537-1546. DOI: <http://dx.doi.org/10.14687/ijhs.v12i1.2879>.