



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

**PSİKIYATRİ KLİNİKLERİNDE RİSK YÖNETİMİ İLE İLGİLİ
HEMŞİRELERİN BİLGİ VE UYGULAMALARINA
PSİKODRAMA TEMELLİ RİSK YÖNETİMİ EĞİTİM
PROGRAMININ ETKİSİ**

Candan TERZİOĞLU

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma DOĞAN**

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

**PSİKIYATRİ KLİNİKLERİNDE RİSK YÖNETİMİ İLE İLGİLİ
HEMŞİRELERİN BİLGİ VE UYGULAMALARINA
PSİKODRAMA TEMELLİ RİSK YÖNETİMİ EĞİTİM
PROGRAMININ ETKİSİ**

Candan TERZİOĞLU

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma DOĞAN**

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : HEMŞİRELİK
Program : PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI
Öğrenci No : 164270800
Öğrenci Adı Soyadı : CANDAN TERZİOĞLU

“Psikiyatri Kliniklerinde Risk Yönetimi İle İlgili Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamalarına Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitim Programının Etkisi” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 11 10 2019 tarihinde yapılan sınavda Doktora Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof Dr Leyla KÜÇÜK
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa)

İmza

İmza

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

Üye : Prof Dr. Besti ÜSTÜN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza

Üye : Prof Dr Ayşe OKANLI
(Medeniyet Üniversitesi)

İmza

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Elçin BABAOĞLU
(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

Bu araştırma psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarını ve psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminin etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışma üç aşamalı olarak yürütülmüş, birinci aşama Ankara ili sınırları içindeki psikiyatri kliniklerinde çalışan 84 hemşire ile tanımlayıcı, ikinci aşama bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniklerinde çalışan 13 hemşire ile yarı deneysel ve üçüncü aşamada ise hemşirelerin eğitime yönelik görüşleri içerik analizi yapılarak gerçekleştirilmiştir. Veriler veri toplama formu ile elde edilmiştir. Uygulama psikodrama destekli yapılmış, psikodramanın aşamaları olan ısınma, oyun ve paylaşım ile birlikte teorik eğitimler ard arda verilmiştir. Psikodrama da eylem teknikleri kullanılarak gelişim ve değişim hedeflenmiştir. Çalışma için Üsküdar üniversitesi etik kurulundan, çalışmanın yapıldığı tüm kurumlardan ve hemşirelerin tamamından yazılı onamları alınmıştır. Nicel verilerin analizi için ortalama, ortanca, frekans ve yüzdeler, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Wilcoxon, Friedman ve Mann-Whitney U Testi kullanılmış ve nitel veriler içinde içerik analizi yapılmıştır.

Çalışmanın birinci aşamasında, hemşirelerin tamamının risk yönetimi konusunda eğitim almadığı, yarısından çoğunun eğitime ihtiyaç duyduğu ve yarısından fazlasının bu konuda kendisini kısmen yeterli bulduğu, intihar ve saldırganlığı yüksek oranlarda tanımladıkları saptanmıştır. İkinci aşamada, uygulamadan önce risk yönetimi puan ortalamaları 63 iken, uygulama'dan hemen sonra 94, birinci ayın sonunda 95, üçüncü ayın sonunda 97 olmuştur. Üçüncü aşamada ise eğitimin bireysel kazanımları, bilgi ve uygulama kazanımlarının olduğu hemşirelerin ifadelerinde görülmektedir. Bu eğitim programının hemşirelerin risk yönetimi bilgilerini artırdığı, izlem sürecinde de bilginin kalıcı olduğu ve uygulamaya geçirebildikleri belirlenmiştir.

Sonuç olarak; psikodrama temelli risk yönetimi eğitim programının hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını geliştirmede etkili olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Risk yönetimi, risk değerlendirme, psikiyatri hemşiresi, psikodrama

ABSTRACT

This study was conducted to evaluate the knowledge and practices of nurses working in psychiatry clinics on risk management and the effect of psychodrama-based risk management training.

The study was conducted in three stages. The first stage was conducted descriptively with 84 nurses working in psychiatry clinics in Ankara province, the second stage was conducted with 13 nurses working in psychiatry clinics of a university hospital, and the third stage was conducted by content analysis of nurses' opinions. Data was collected by data collection form. Practice was supported by psychodrama and theoretical trainings were given with the stages of psychodrama as warming, play and sharing respectively. Development and change were aimed by using action techniques in psychodrama. Development and change are aimed in psychodrama by using action techniques. Written and verbal consents were obtained from the ethics committee of Üsküdar University, from the institutions where the study was conducted and from all the nurses. Median, frequency and percentage values, Kruskal Wallis Analysis of Variance, Wilcoxon, Friedman ve Mann-Whitney U Test were used for the analysis of quantitative data while descriptive analysis was performed for qualitative data.

In the first stage of the study, it was found that not all nurses were educated about risk management, more than half of them needed education, more than half of them found themselves sufficiently in this regard and they defined high rates of suicide and aggression. In the second stage, while the average risk management score before the application was 63, it was found as 94 immediately after the application, 95 at the end of the first month and 97 at the end of the third month. In the third stage, it was seen in the statements of nurses that they had individual gains, knowledge gains and skill gains with education. It has been determined that this training program increased nurses' risk management knowledge, that the information was permanent during the follow-up process and that they can put this information into practice.

As a result; psychodrama- based risk management training program was seen as effective in improving nurses' knowledge and practices.

Keywords: Risk management, risk assessment, psychiatric nurse, psychodrama

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, sabır, hoşgörü ve ilgisini benden esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Selma DOĞAN'a,

Tezimin psikodrama kısmında bana danışmanlık yapan, yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Bahar GÖKLER'e

Tez çalışmamın uygulama sürecinde her türlü kolaylığı sağlayan klinik başhemşirelerine ve hemşirelerine,

Tezimin eğitim kısmının yürütüldüğü Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalına, Sorumlu hemşiresi Fatma Karaca'ya ve uygulamaya katılan hemşire meslektaşlarıma,

Tezimin istatistiksel analizinde bana yol gösteren ve bilimsel katkı veren, zorlandığım zamanlarda bana hocalık yapan dostum Dr. Songül KAMIŞLI'ya

Doktora eğitimim ve tez hazırlama sürecimde ihtiyaç duyduğum anda yardımlarını esirgemeyen dostum Bilim Uzmanı Eda KES'e

Doktora eğitimim süresince birlikte yol aldığım, tez çalışmam süresince de desteğini esirmeyen sevgili arkadaşım Fatma AYHAN'a,

Tez çalışmam, doktora eğitimim ve eğitim hayatımın her aşamasında beni destekleyen, ilgi ve sevgileri ile hep yanımda olan annem Şükriye DELİDUMAN ve babam Rahmi DELİDUMAN'a,

Tez çalışmam süresince beni İstanbul'a götürüp getiren, her türlü desteği veren, tüm zorluklarımda yanımda olan, yol arkadaşım, sevgili eşim Serhat TERZİOĞLU'na,

Tez çalışmam nedeniyle onunla geçirmem gereken zamandan çaldığımı düşündüğüm ancak yaşadığım zorluklarda beni motive ettiği, varlığıyla bana güç verdiği ve hayatıma girdiği için kızım Öykü TERZİOĞLU'na içtenlikle teşekkür ederim.

BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir 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.

Tarih: 11.10.2019

Candan TERZİOĞLU

İmza



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Risk Yönetimi	8
2.1.1. Risk kavramı ve riske ilişkin tanımlar	8
2.1.2. Risk yönetimi süreci	9
2.1.3. Risk yönetimi ve sağlık hizmetleri	17
2.1.4. Ruh sağlığı hizmetlerinde risk yönetimi	19
2.1.5. Risk yönetimi ve hemşirelik	30
2.2. Psikodrama ve Eğitimde Kullanımı	32
2.2.1. Psikodramanın öğeleri	34
2.2.2. Psikodramanın aşamaları	36
2.2.3. Psikodramanın eğitimde kullanımı	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Tipi.....	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	39
3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Klinikler.....	39
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	40
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	41
3.5. Verilerin Toplanması	41
3.5.1. Psikiyatri klinik hemşireleri için risk değerlendirme ve yönetimine yönelik veri toplama formu (EK-1)	42
3.5.2. Hemşirelerin eğitim sonrası görüşlerini değerlendirme formu (EK-2)	42
3.6. Uygulama.....	42
3.6.1. Eğitim öncesi hazırlık	43
3.6.2. Eğitim aşaması.....	43
3.6.3. Eğitim sonrası aşama	44

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	46
3.8. Etik Boyut	46
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
4. BULGULAR.....	48
5. TARTIşMA.....	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
7. KAYNAKLAR	94
EKLER	106
EK-1. Psikiyatri Klinik Hemşireleri İçin Risk Değerlendirme Ve Yönetimine Yönelik Veri Toplama Formu	106
EK-2. Eğitiminin Etkisi Hakkında Hemşirelerin Görüşlerini Değerlendirme Formu ..	112
EK-3. Kurum İzin Yazıları	113
EK-4. Etik Kurul Onayı	117
EK-5. Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu	118
EK-6. Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitimi Eğitici Kitabı	119
EK-7. Psikodrama Temelli Risk yönetimi Eğitim Kitabı	120
EK-8. Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitim Programı Takvimi.....	122
EK-9. Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitim Programı İçeriği.....	124
EK-10. Katılım Belgesi.....	125
EK-11. Özemiş.....	125

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Olasılık kategorileri ve değerlendirme basamakları tablosu.....	13
Tablo 2. Etki derecelendirmeleri basamakları	14
Tablo 3. Risk değerlendirme matrisi (risk düzeyi).....	14
Tablo 4. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	49
Tablo 5. Hemşirelerin risk yönetimiyle ilgili eğitim alma ve kendini yeterli bulma durumlarının dağılımı	50
Tablo 6. Hemşirelerin risk yönetimi basamaklarının klinikte uygulama ve hemşirelerin sorumluluğu ile ilgili görüşlerinin dağılımı	51
Tablo 7. Hemşirelerin klinikte risk yönetimi ile ilgili girişimlerde bulunma ile ilgili ifadelerinin dağılımı.....	53
Tablo 8. Hemşirelerin risk yönetimi konularını bilme durumları	55
Tablo 9. Hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi, uygulama ve toplam puan ortalamaları (n=84)	56
Tablo 10. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre risk yönetimine yönelik bilgi, uygulama ve toplam puanlarının dağılımı	57
Tablo 11. Eğitim alan hemşirelerin eğitim öncesi, sonrası ve izlemde risk yönetimine ilişkin bilgi, uygulama ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	588
Tablo 12. Hemşirelerin eğitim öncesi, sonrası ve izlemde bilgi, uygulama, toplam puan ortalamalarının dağılımı.....	59
Tablo 13. Katılımcıların Özellikleri.....	60

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1. Risk yönetim sürecine genel bakış 10



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde sağlık hizmetleri giderek daha karmaşık bir yapı haline gelmiş ve çeşitli sağlık risklerini beraberinde getirmiştir (Yüksel ve Sadaklıoğlu, 2007). Sağlık hizmetlerinde risk oluşturan alanlar farklılık göstermekle birlikte, bunlardan en önemlileri hasta güvenliğini olumsuz etkileyen; yanlış ilaç uygulamaları, hastanın düşmesi ve yaralanması, hasta kayıtlarının yanlış ve eksik girilmesi, yanlış taraf cerrahi girişimler, yetersiz bakım ve bilgilendirme eksikliğidir. Sağlık hizmetlerindeki riskler nedeniyle; sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında yaşanan sorunlar ve oluşabilecek riskler hastaların, ziyaretçilerin ve sağlık çalışanlarının güvenliğini tehdit etmektedir (WHO, 2006 ve WHO, 2019). Sağlık sektöründe başta sağlık personeli olmak üzere, hastalar, hasta yakınları, idari personel, tedarikçilere ait çalışanlar, kurumun itibarı, fiziki alanlar, makineler, tıbbi cihazlar, kurumun geliri vb. risk altındadır (Özyurt, 2013).

Sağlık hizmetleri risklerin çok olduğu ve risk yönetiminin etkili olması gereken alanlardan biridir. Risk yönetimi, riskleri tanımlamayı, değerlendirmeyi, onlara karşı yürütülecek faaliyetleri belirlemeyi, sorumlulukları tayin etmeyi, belirlenen faaliyetleri uygulama, izleme ve sonuçlarını gözden geçirmeyi kapsar (Güler ve ark., 2011; Swansburg and Swansburg 1999; CRAM, 2008; RMI, 2009 ve CRMG, 2005). Hastanelerde risk yönetimi ise hasta bakım kalitesini iyileştirmeye çalışan, hasta ve çalışan güvenliğini olabildiğince üst düzeyde tutmayı amaçlayan, bu amaca engel olabilecek olumsuz unsurları birer risk olarak belirleyip analiz eden ve gerekli önlemleri alan süreçlerdir (Korkmaz ve ark., 2014). Sağlık hizmetlerinde ulusal ve uluslararası boyutta, riskleri yönetebilmek için kalite güvenliği programları geliştirilmiş ya da geliştirilmeye başlanmıştır (Smith, 1992; Sullivan ve Decker, 1992 ve Simms ve Price, 1994). Sağlık Bakım Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO, 2004) etkin ve maliyet etkili yöntemle değerlendirme sağlayan risk yönetimi programının kurumlarda oluşturulmasını önermiştir (Swansburg, 1996 ve Swansburg RC ve Swansburg RJ 1999).

Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan ruh sağlığı hizmetleri de risklerin ve yönetiminin ele alınmasını gerektiren diğer kliniklerden farklılık göstermekle birlikte kendine ait farklı riskleri de içinde barındıran bir alandır. Ruh sağlığı hizmetleri kendine zarar verme, intihar, şiddet ve saldırganlık riski gösteren hasta popülasyonunun olduğu, risk yönetimi bakımından düzenli olarak değerlendirilmesi ve belgelendirilmesi

gereken bir sağlık hizmeti alanıdır (Gerace ve ark., 2013 ve Ryan ve ark., 2010). Batı Avustralya Ruh Sağlığı Hizmetleri Klinik Risk Değerlendirme ve Yönetimi (CRAM) Politika ve Standartları rehberinde ruh sağlığı alanında belirlenmiş olan klinik risk örneklerinden bahsedilmektedir (Clinical Risk Assessment and Management (CRAM) in Western Australian Mental Health Services/ Policy and Standards, 2008). Amerika Birleşik Devletleri Ortak Komisyonu (Joint Commission, 2017) ve Avusturalya Ulusal Ruh Sağlığı Çalışma Grubu da hasta güvenliğini iyileştirmek için öncelikli bir alan olarak intihar, kasıtlı kendine zarar verme ve şiddet durumlarının azaltılmasını hedeflemektedir. Amerikan Psikiyatri Derneği’de (APA) yatan hastalarda intihar risk yönetimini dört öncelik alanından biri olarak tanımlamış ve planlamalarında intihar kayıtlarının oluşturulmasına, intihar için değerlendirme/müdahale yönergeleri geliştirilmesine ve intihar üzerine araştırmalar yapılmasına yer vermiştir (Almvik, 2008). Amerikan Hastaneler Birliği risk yönetiminin riskleri tanımlayan, değerlendiren ve finansal kayıplara karşı nasıl önlem alınacağını amaçlayan bir birim olduğu ve tıbbi hata krizlerine karşı anahtar çözümün risk yönetimi olduğunu duyurmuştur (AHA, 2019).

Ruh sağlığı kliniklerinde risk yönetimi sürecinde hastalarla ilgilenirken dikkate alınması gereken dört risk alanı tanımlanmıştır (HSE, 2009; CRAM, 2008 ve Woods, 2013). Bunlar; İntihar riski, başkalarına karşı risk, ruhsal dayanıksızlık ve yaralanabilirliktir. Özellikle intihar ve şiddet riski, ne zaman ve nerde olacağı öngörülemezliği nedeniyle daha da önem kazanmıştır (Gerace ve ark., 2013). Şiddet ve saldırganlık riski ile ilgili ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, psikiyatri hastaları tarafından gösterilen saldırgan davranışların hem hastalar hem de sağlık çalışanlarının güvenliğini tehlikeye soktuğu görülmektedir (Ata ve Kelleci, 2012; Nijman ve ark, 1997 ve Stewart ve Bowers, 2012).

Şiddet ve saldırganlık riskinin yanı sıra intiharda ruh sağlığı kliniklerinde ve psikiyatrik bozukluklarda en başta gelen risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Atay ve Gündoğar, 2004). Dünyada her yıl 800000’e yakın kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmekte (WHO, 2019), Türkiyede ise 2018 yılında intihar nedeniyle 3161 kişi hayatını kaybetmiştir (TÜİK, 2019). Her yıl görülen yaklaşık 30000 intiharin % 5-6’sı yataklı psikiyatri ortamlarında görülmektedir. Psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin diğer hasta gruplarına oranla intihar riskinin 3 ile 12 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kaplan ve Sadock, 2005). İntihar aynı zamanda ölümlü sonuçlanma olasılığı en yüksek ve psikiyatri ekibine karşı en sık dava açma nedeni olan risk faktörleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Brickell ve ark., 2009).

Nath ve Marcus (2006),’un psikiyatri kliniklerinde yaptıkları çalışmalarında, önlemlerin ve gözetimin yetersiz olması nedeniyle birçok güvenlik probleminin ortaya çıktığı vurgulanmıştır. Güvenlik ile ilgili yapılan gözlemlerin başarısız olması, hastaların kendilerini yaralamalarına, hastaların kaçmalarına ve diğer yaralanmalara yol açabileceği, örneğin, intihara meyilli hastaları izleyip intihar riskinin uygun şekilde değerlendirilememesinin hastaları tehlike altına sokacağını bildirmişlerdir. Mostafa (2009)’nın Mısırda yaptığı çalışmada kliniklerde risk yönetimine yönelik herhangi bir sistemin olmadığı ve buna yönelik bir komitenin bulunmadığı gösterilmiştir. Woods’un (2013) Kanada’nın kırsal bir bölgesinin ruh sağlığı birimlerinde yaptığı çalışmada kliniklerin tamamında risk yönetimi uygulamalarının olmadığı bildirilmiştir. Oddoye (2005)’nin yaptığı çalışmada ise hastaların risk değerlendirmelerinin tamamlanmadığı, değerlendirme yapılanların tamamına yakınına risk yönetimi yapılmadığı, hastaların kabul sırasında sadece yarısının risk değerlendirmesinin yapıldığı, uygulamaların farklı ve tutarsız olduğu gösterilmiştir. Buna rağmen İngiltere, Avusturalya ve İrlanda gibi gelişmiş ülkelerde risk yönetimi uygulamalarının daha aktif yapıldığı ve nasıl yapılacağı öğrenilmesi için rehberlerin oluşturulduğu görülmektedir. Bu nedenle intihar ve saldırganlık/şiddet riski değerlendirmesi, bilgi, eğitim ve deneyim gerektiren karmaşık bir dizi beceriyi içerir. Risk değerlendirmesinde yer alan danışmanlar genellikle resmi (yapılandırılmış) ve / veya gayri resmi (yapılandırılmamış) testler ve görüşme protokollerine dayandırarak riski değerlendirir ve klinik risk yönetim sürecini yaparlar (Gerace ve ark., 2013 ve Holley ve ark., 2016).

Risk yönetimi doktor, hemşire, psikolog, terapist, psikiyatr ve sosyal hizmet uzmanının birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Risk yönetiminin yalnızca herhangi bir meslek veya disiplinin görev alanına giremeyeceği ancak ruh sağlığı hemşiresinin temel işlevlerinden biri olduğu vurgulanmıştır (HSE, 2009 ve Woods, 2013). Hastaların riskli davranışlarına (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü almak, risk düzeyini değerlendirmek, hastaların en az kısıtlayıcı olan çevrede güvenli tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olmak, hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri takip etmek, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımları uygulamak psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında yer almaktadır (Bjorkdahl ve ark., 2006; Crowe ve Carlyle 2003 ve Hemşirelik yönetmeliği, 2010).

Risk yönetiminin ruh sağlığı hemşirelerinin rolünün temel bir yönü olduğu vurgulanmasına rağmen hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve riskle ilgili

kararları nasıl belirlediğini tespit etmeye çalışan sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır (Crowe ve Carlyle 2003; Cusack ve Killoury 2012 ve Woods ve Kettles 2009). Mevcut araştırmalar, ruh sağlığı hemşirelerinin riski; değerlendirilmesi, yönetilmesi ve önlenmesi gereken olumsuz ve zararlı bir durum olarak değerlendirdiklerini ileri sürmektedir (Clancy ve ark., 2014 ve Woods, 2013). Bu çalışmalardan bazıları, hemşirelerin sezgilerine göre karar verdikleri ya da yapılandırılmamış yaklaşımlar benimsediklerini gösterirken (Muir-Cochrane ve ark., 2011; Raven ve Rix, 1999 ve Woods, 2013), diğerleri ise psikiyatrya da ekibe karar verme işini devrettiklerini (Manuel ve Crowe, 2014) göstermektedir.

Risk değerlendirme ve yönetim süreçlerinin oluşturulması arasındaki süreci inceleyen bazı araştırma raporları, değerlendirmelerin tamamlanmadığını ve tutarsız olduğunu, güvenlik planlarının değerlendirmelerle desteklenmediğini, riskin belgelendirilmesinde tutarsızlıklar olduğunu, değerlendiren kişinin tutumuna göre değerlendirmenin değiştiğini, risk ve güvenlik planlarının süreç boyunca sürekli olarak değerlendirilmesinde eksiklikler olduğunu göstermektedir (Delaney ve ark., 2001; Gilbert ve ark., 2011; Godin, 2004; Higgins ve ark., 2016a ve Woods, 2013). Higgins ve ark. (2016a),'nın yaptığı çalışmada katılımcıların yaklaşık dörtte üçü risk yönetimi sürecinde hemşire ve psikiyatristin birlikte değerlendirme yaptığını, multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirmenin de yarıya yakın bir kısmının olduğu bildirilmiştir. Bazı araştırma sonuçlarına göre de hemşirelerin riskli durumda karar verme sorumluluğunu üstlenmek yerine, tıbbi bir uygulayıcıya devretmeyi tercih ettiklerini bildirmiştir (Raven ve Rix, 199; Muir-Cochrane ve ark. 2011; Manuel ve Crowe, 2014). Oddoye (2005)'in yaptığı çalışmada ise katılımcıların tamamı risk değerlendirmesini kimin yapması gerektiği de dahil olmak üzere nasıl ve kimin tarafından tamamlanması gerektiği konusunda da farklı görüşler olduğunu bildirmiştir.

Araştırmalarda psikiyatri hemşirelerinin risk yönetimi süreçleri konusunda daha az yetkin olduklarını, bu süreçte zorlandıklarını, endişe duyduklarını, tutumlarındaki bireysel farklılıklar nedeniyle hasta yaklaşımlarının değiştiğini ve eğitime ihtiyaçları duyduklarını belirtmişlerdir (Borum, 1996; Higgins ve ark., 2016a; Moore, 2000 ve Woods, 2013). Benner (1994) ve Pitz ve Sacks (1984), klinikte hasta ile çalışırken mevcut risk yönetimi sürecinde bilgi ve deneyimin önemli olduğuna vurgu yapmıştır.

Risk yönetimi uygulamaları yapılmadığında, psikiyatri kliniklerinde kendine zarar verme ve intihar nedeniyle hasta ölüm sayılarının artacağı, hastaların hastanede yatma süresinin uzayacağı, kendisine ve çevresine zarar verme potansiyellerinin artacağı,

kliriklerde çalışan personelin zarara uğrayacağı ve maliyetin artacağı belirtilmiştir (Wong ve Beglaryan, 2004). Ruh sağlığı kliniklerinde intihar ve saldırganlık gibi vakaların sayılarının artmış olması, risk değerlendirme leklerinin olmayışı, politika ve prosedürlerin yerleşmemiş olması, çalışanların hastaya yaklaşımlarında farklı tutumların olması ve eğitim ihtiyaı vurgulanmaktadır (Delgadillo ve ark., 2014; Higgins ve ark., 2016b ve Woods, 2013). Bunun sağlanabilmesi için öncelikle psikiyatri kliniklerinde görev yapan tüm ekip üyelerinin, özellikle psikiyatri hemşirelerinin bu konuda eğitilmesi, yeterli donanıma sahip olması, ortak tutum belirlemesi için güçlendirilmeleri gerekmektedir (Higgins ve ark, 2016a).

Psikiyatri kliniklerinde, politika ve prosedürlerin belirlenerek yazılı hale getirilmesi, klinik rehberler kullanılması, çalışanlar için eğitimler düzenlenmesi, ulusal otoriteler tarafından standartların belirlenerek uygulanmaya başlanması risk yönetimi açısından önem teşkil etmektedir. Risk yönetim sürecinde öncelikle çalışanların bilgi ve becerilerinin eğitimlerle güçlendirilerek eksiklerin giderilmesi, ardından risk yönetimi sürecinin kliniklerde uygulanması gerekmektedir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler konumları gereği hataları tanımlamak, analiz etmek ve eylemde bulunmak açısından uygun konumda bulunmakta ve risk yönetim sürecine ilişkin çalışmalarda yer alarak bu çalışmalara etkin şekilde katkı sağlamaktadırlar (Baykal ve Türkmen, 2014). Gilbert ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada hemşirelerin risk değerlendirmesini yaptıkları sırada hastalardan farklı bilgi elde etmesini, hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeylerindeki farklılığa ve riski değerlendirme konusunda kendilerine ne kadar gvendiklerine bağlamıştır. Benner (1994) ve Pitz ve Sacks (1984) hemşirelerin klinikte hasta ile çalışırken mevcut riskleri değerlendirebilme ve yönetebilme sürecinde bilgi ve deneyimin önemli olduğuna vurgu yapmış ve hemşirenin risk değerlendirmesi ve yönetilmesi konusunda bilgiyi alabilecekleri eğitim ortamlarının oluşturulması gerektiğini vurgulamıştır. Hemşirelerin hasta güvenliğini yönetme ve iyileştirme çabalarına rağmen sağlık alanındaki riskleri keşfetmek ve önlemek için daha iyi bir eğitim almaları gerektiği kabul edilmektedir (Johnstone ve Kanitsaki, 2007). Mostafa (2009) alışmasında hemşirelere risk yönetimine yönelik eğitim verdiği ve sonrasında bilgi ve farkındalıklarında artış olduğunu bildirmiştir. Muir-Cochrane ve ark (2011)'ı yaptığı çalışmada ruh sağlığı çalışanlarından oluşan multidisipliner bir ekibe senaryo vererek risk değerlendirmesi ve yönetimi süreçlerini tartışmıştır.

Hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirmek için verilen eğitimlerde kullanılacak yöntemlerden birisi de psikodramadır. Psikodrama, kişinin olayları başka açılardan

görmesini, problemlili durumu yeni bakış açısı ile yeniden değerlendirmesini ve yeni bir yaklaşım geliştirmesine destek olan çoğu eğitim yöntemlerine göre kalıcı değişim sağlayan bir grup terapi yöntemidir. Psikodrama yönteminde, psikolojik ve sosyal sorunlarını çözmek için biraraya gelen grup üyeleri, bunları yalnızca konuşmak yerine, bu sorunları çözmek için harekete geçmeye yönelirler (Blatner, 2002 ve Kellermann, 2013).

Psikodrama kişiye içgörü, boşalım (katarsis) ve bütünleşme sağlayarak davranış değişimine yol açar. Literatürde psikodramanın hemşireler tarafından özellikle kendini tanıma, otonomi, profesyonellik ve iletişim becerilerini geliştirme amacıyla kullanıldığı görülmüştür. Psikodrama bu özellikleri nedeniyle, hemşirenin kendini tanınmasına, iletişim özelliklerini fark etmesine, iletişim becerilerini geliştirmesine, iletişim sorunları ile baş etme becerilerini arttırmasına, iş yerinde olumlu kişisel ilişkiler geliştirmesine destek olmakta, onları güçlendirmektedir (Altınay, 2007; Fallowfield ve ark., 2001; Fisher ve ark. 2012; Goldman ve Morrison, 1984; Kellermann, 2013; Kesten, 2011; Oflaz ve ark., 2011; Sangappa ve Tekian 2013). Hemşirelerin güçlendirilmesi ise hem iş memnuniyeti hem de bakım kalitesini arttırmakta maliyet etkin bir kazançta yol açmaktadır (Kuokkanen ve ark., 2003 ve Laschinger ve ark., 2001).

Ülkemizde risk yönetimi konusunda hemşirelere verilen eğitimlerle ilgili çalışmalara rastlanılmamıştır. Hemşirelik ile ilgili müfredat programları incelendiğinde risk yönetimine yer verilmediği görülmüştür. Uluslararası alanda ilgili literatüre bakıldığında ise az sayıda çalışmanın olduğu ve bu alanda bilgi birikimine gereksinim duyulduğu görülmektedir. Ülkemizde psikiyatri kliniklerinde risk yönetimine ilişkin var olan durumun ortaya konması ve gelecekte risk yönetimi konusunda yapılacak çalışmalara temel teşkil etmesi nedeniyle bu çalışmaya ihtiyaç duyulmuştur. Bu çalışma psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin risk yönetimi konusunda bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi, kliniklerde çalışırken risk yönetimi konusunda bilgi ve uygulama becerilerine katkı sağlanması amacıyla psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminin etkinliğini değerlendirmek için yapılmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Üç aşamada gerçekleştirilen bu çalışmanın amaçları;

Birinci adımın amacı: Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde risk yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin;

1. Psikiyatri kliniklerinde risk yönetimine ilişkin bilgileri düzeyleri nasıldır?
2. Psikiyatri kliniklerinde risk yönetimi uygulama düzeyleri nasıldır?
3. Risk yönetimi ile ilgili eğitim alma ve kendini yeterli bulma durumları nedir?
4. Risk değerlendirme ve yönetim basamaklarının klinikte uygulanma durumu ile ilgili görüşleri nedir?
5. Risk değerlendirme ve yönetim basamaklarının klinikte uygulanmasının kendi sorumlulukları olarak görme konusundaki görüşleri nedir?
6. Bireysel ve çalışma özellikleri açısından risk yönetimine yönelik bilgi, uygulama ve toplam puanları arasında fark var mıdır?

İkinci Adımın Amacı: Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitiminin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarına etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

Psikodrama temelli risk yönetimi eğitimi alan hemşirelerin;

1. Ön test- son test ve izlem bilgi puanları arasında anlamlı bir fark vardır.
2. Ön test- son test ve izlem uygulama puanları arasında anlamlı bir fark vardır.
3. Ön test- son test ve izlem toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

Üçüncü Adımın Amacı: Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitiminin hemşirelerin izlem çalışmasındaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla hemşirelerin görüşleri değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Soruları

Psikodrama temelli risk yönetimi eğitimi alan hemşirelerin;

1. Psikodrama temelli risk yönetimi eğitimine yönelik görüşleri nedir?
2. Psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminde aldıkları bilgileri uygulamada kullanma durumları nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Risk Yönetimi

Küreselleşme ile birlikte sürekli değişen şartlar iş yaşamını ve buna bağlı olarak gelişen birçok farklı alanda karmaşa oluşturması sonucunda kurumların organize bir risk yönetimine olan gereksinimi kendiliğinden ortaya çıkmıştır (Emhan, 2009).

Risk yönetimi, kurumların kârlılık içerisinde faaliyetlerine devam etmesi için gerekli düzenlemeleri sağlamak, kurumlardaki mal ve kişilerin korunması ile işletmenin kazanma gücünü korumak, kurumda oluşabilecek beklenmeyen kayıpların en düşük maliyetle kontrol altına alınması için gerekli olan kaynakların ve faaliyetlerin planlanmasını sağlamak, kurumun yönetilmesi ve kontrol edilmesi süreçlerini kapsamaktadır (Emhan, 2009).

2.1.1. Risk kavramı ve riske ilişkin tanımlar

Risk yönetiminin genel yapısı hakkında bilgi vermeden önce risk, tehlike ve olasılık kavramlarının tanımlarına bakmak gerekmektedir.

Risk, bir işi yaparken gelecekte meydana gelebilecek ve amaçların gerçekleştirilmesini engelleyebilecek tehditler, olumsuzluklar veya amaçlara ulaşmayı kolaylaştırabilecek fırsatlar olarak tanımlanmaktadır (Morgan, 2000; Özkılıç, 2008). Aynı zamanda risk, beklenen ama ne zaman olacağı, nasıl meydana geleceği ve ne kadar zarar vereceği bilinmeyen olaylardır (Emhan, 2009).

Bateman (2007)'a göre risk; tehlikelerin taşıdığı potansiyel zararın gerçekleşme olasılığıdır. Riskin büyüklüğü, zararın oluşma olasılığına, zararın potansiyel şiddetine ve tehlikeden etkilenmiş olabilecek nüfusa, yani maruz kalmış olabilecek insan sayısına bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2002 yılında riski; sonucun olumsuz olma ihtimali veya bu olasılığı ortaya çıkaran faktör olarak tanımlamış ve riskin ne anlamlara gelebileceğini ifade etmeye çalışmıştır; risk olasılık, istenmeyen sonucu ortaya çıkaran faktör, sonuç, potansiyel güçlük veya tehdit anlamına gelebilir diye de eklemiştir (Özkılıç, 2008).

Risk bir tehlikeye bağlı zararın gerçekleşme olasılığını tanımlar (Ceylan ve Başhelvacı, 2011). Tehlike ise kötü sonuca yol açabilecek durum olarak da tanımlanabilir. Buradaki kötü sonuç, başta yaşam olmak üzere kişilere ve çevreye olabilecek zarar ve mala gelebilecek hasarlar anlamına gelmektedir. Teknik manada ise

tehlike, insana zarara, varlığa hasara, iş kaybına, çevre veya itibar üzerinde olumsuz etkiye sebep olma potansiyeli olan her şeydir. Tehlikenin tespitinde amaç, işyerinde yapılan işler nedeniyle işyerinin ortamından doğabilecek sıkıntıları ve bunların düzeylerini tespit etmektir. Doğru tespit yapılabilmesi için tehlikenin kaynaklarına inebilmek ve görünürdekilerle uğraşmak yerine gerçek sorunu tespit etmek büyük önem arz etmektedir. Tehlike, sakıncalı bir biçimde iş yapmaktan veya uygun olmayan iş ortamından doğar. Bir işyerindeki etkinliklerin niteliğine göre, çok sayıda ve değişik türden tehlike söz konusu olabilir. Hiçbir tehlikenin küçümsenmemesi veya göz ardı edilmemesi temel anlayış olmakla birlikte çoğu kez tüm sorunların üstüne aynı anda gitmek ve bunlara çözüm yolu getirebilmek olası değildir. OHSAS 18002'ye göre tehlike; bir tehlikenin farkına varma ve özelliklerini (karakteristiklerini) tanımlama sürecidir. (Ceylan ve Başhelvacı, 2011). Tehlikenin oluşması durumunda birime vereceği zararı, hedef ve faaliyetler üzerindeki tesir, etki olarak tanımlanır. Yani olay gerçekleşirse bunun kurum üzerinde yaratacağı tesirdir (Sur, 2008)

Risk gelecekle ilgili bir kavramdır ve tanımlanırken her zaman bir olasılıktan bahsedilir. Olasılık, ortaya çıkan olayların belirsizliğinin incelenmesidir. Bir diğer ifadeyle, bir olayın meydana gelme şansının sayısal ifadesidir. Olasılık kelimesi yaygın olarak iki anlamda kullanılır. Bunlardan ilki, bir inanç veya beklentiyi ifade ederken; diğeri ise, istatistikçiler tarafından yorumlanan rastlantı veya şansla meydana gelen fiziki olaylardır. Geleceğe yönelik kararlarda kullanılacak verilerin önceden kesin olarak bilinmesi mümkün değildir. Risk, bir olayın olasılık dağılımının bilindiği, belirsizlik ise, bu dağılımın bilinmediği durumlardır (Emhan 2009).

Genel olarak risk yönetimi için, belirsizlikleri ve belirsizliğin yaratacağı olumsuz etkileri daha kabul edilebilir bir düzeye indirmeyi sağlayan bir disiplin olarak kabul edilir. Bu disiplin problemlerin oluşmadan, önlenmesini sağlayan proaktif bir yaklaşımdır (Fıkırkoca, 2003). Sağlık hizmetlerinde de proaktif risk yönetimi son zamanlarda önem kazanmıştır.

2.1.2. Risk Yönetimi Süreci

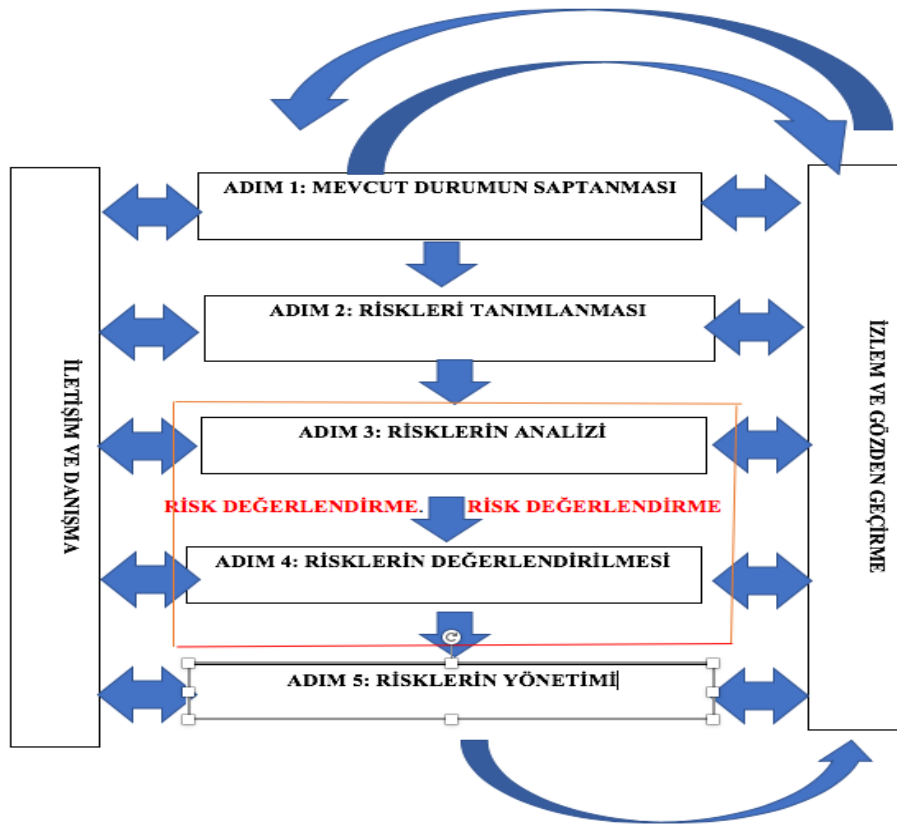
Risk yönetimi var olan ve olası tehlikeleri tanımlayan, çözümleyen, değerlendiren ve önleyen bir süreçtir (Swansburg and Swansburg, 1999). Aynı zamanda potansiyel risklerin sistematik olarak değerlendirilerek, olası zararların etkisini azaltıcı yönde, verilere dayalı karar vermeyi sağlayan yönetimi ifade eder (CRAM, 2008).

Riskleri tanımlamayı, değerlendirmeyi, sorumlulukları tayin etmeyi, belirlenen faaliyetleri uygulamayı ve izlemeyi, riskin sonuçlarını gözden geçirmeyi kapsayan bütün süreçler risk yönetimi olarak adlandırılmaktadır (Woods, 2013).

Etkin ve proaktif risk yönetimi ise, yaşanması muhtemel olayları tespit etmek ve olmadan önlem almaktır. Herhangi bir sorun gerçekleşmeden, risk analizleri yaparak veya olası problemleri öngörerek, gerekli önlemlerin alınmasını ve işin başında düzenlemelerin yapılmasını sağlar (Sur, 2008; CRAM, 2008 ve CRMG, 2005).

Risk yönetimi süreci Batı Avusturalya risk yönetimi rehberinde beş basamakta tanımlanmıştır. Bunlar, mevcut durumun belirlenmesi, risklerin tanımlanması, risklerin analiz edilmesi, risklerin değerlendirilmesi ve yönetilmesi basamaklarıdır. Bu basamakların her aşamasında uygun iletişim ve danışma, sürekli izlem ve gözden geçirme yapılması gereklidir (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMI, 2009). Aşağıda risk yönetimi süreci şema olarak verilmiştir.

Şekil 1. Risk yönetim sürecine genel bakış



(CRMG, 2005)

Adım 1: Mevcut Durumu Belirleme

Mevcut durum belirleme risk yönetiminin en önemli adımudur ve diğer aşamalardan farklıdır. Sistem veya organizasyon içerisindeki potansiyel zarar veya hasar yaratabilecek etkilerin objektif olarak analiz edilmesidir (Özkılıç, 2005).

Risk yönetimi rehberlerinde risk yönetimi sürecini yürütmek için ilk adımın, bir kurumun misyonunu, vizyonunu, kendi kültürünü, yapısını, finansal ve insan kaynakları yeteneklerini, amaçlarını ve hedeflerini, ne tür politikalar geliştirdiklerini, süreç içinde takip edebilecekleri yol haritalarını ve kurum içinde yapılan faaliyetlerin ne olduğunun belirlenmesi ve kayıt altına alınması gerektiği üzerine vurgu yapmaktadır. Aynı zamanda rehberler kurumun sorumlu olduğu iç ve dış kurum ve kuruluşların belirlenmesi ve karşılıklı sorumlulukların tayin edilmesi gerekliliğinin altına çizer ve daha önce belirlenmiş riskler varsa onun üzerinde odaklanılmasını ve çalışılmasını bildirir (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ,2009).

Adım 2: Risklerin Tanımlanması

Risk yönetimi rehberlerine göre bu aşamada olayların ortaya çıkma olasılığı ve ortaya çıktığında maruz kalınabilecek sonuçlar, yani riskler belirlenir. Tüm riskler, kuruluşun kontrolünde olsun ya da olmasın tanımlanmalıdır (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ, 2009). Riskler ne, ne zaman, nerede, neden ve nasıl ortaya çıkıyor ve kimler dahil oluyor belirlenmeli ve riskin kaynağı ve sonuçları nelerdir ortaya konmalıdır. Riskleri ortaya çıkarmak için daha fazla araştırmaya gerek olup olmadığına karar verilir ve başka hangi kaynaklara ihtiyaç olduğu belirlenerek, kaynakların kontrolü yapılır. Elde edilen bilginin doğru olup olmadığı kontrol edilerek doğru insanlarla çalışmaya başlanması gerektiği bilgisi de bilinmelidir. Sürece başlamak için, tehdit oluşturabilecek iç ve dış klinik risklerin tanımlanması ve öncelik sırasına koyulması gerekmektedir (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ, 2009).

Dış faktörden kaynaklı riskler; Yönetimin kontrolü dışında gerçekleşen olaylar sonucunda ortaya çıkan risklere **dış faktörden kaynaklı riskler** denilir. Yeni yasa ve düzenlemeler, doğal afetler, faaliyet ve bilişim sistemlerinde değişiklikler, ekonomik değişkenler dış faktör kaynaklı risklere örnek olarak verilebilir (CRMG, 2005).

İç faktörden kaynaklı riskler; Yönetim tarafından kontrol edilebilecek olaylar sonucunda ortaya çıkan risklere **iç faktörden kaynaklı riskler** denilir. Bilgi işlem sistemindeki bir aksaklık, işe alınan personelin yetkinliği, yönetimin sorumluluklarındaki bir değişiklik, kurum faaliyetlerinin niteliği ve çalışanların kaynaklara bizzat erişiminin mümkün olmaması, kaynakların yanlış dağılımı örnek olarak verilebilir (CRMG, 2005).

Riskler tanımlanırken var olan veriler incelenir ya da bir takım bilimsel yöntemler kullanılır. Bu yöntemler arasında anket uygulama, sorular sorma (personele yada hizmeti alan kişilere), swot analizi, şikayet verileri, adli tıp verileri, geçmiş olayların kayıtlarından yararlanılabilir. Carroll ve Norris (2006), mevcut dokümantasyonun incelenmesi ve çalışanlar ile mülakat yapılması yoluyla risklerin belirlenmesini gerektiğini ayrıca olay bildirimini, jenerik gözlem, olayların gözlemlenmesi gibi formal süreçlerin de risklerin belirlenmesine katkı sağlayacağını vurgulamaktadır. Latino (2009)'da kök neden analizi, hata türü ve etkileri analizi ve fırsat analizinin tek bir sektöre özgü olmadığını, bu güvenilirlik metotlarının işlerin neden ters gittiğini, riskleri ve fırsatları araştıran kişiler için değer biçilmez bilgiler verdiğini ve birçok sağlık kuruluşunda başarıyla uygulandığını ayrıca çok önemli getiriler sağladığını belirtmektedir.

Adım 3: Klinik Risklerin Analizi

Risk analizi, riskin doğasını anlamak, küçük kabul edilebilir riskleri ana risklerden ayırmak ve risklerin değerlendirilmesinde ve yönetilmesine yardımcı olacak veriler sağlamak için risk seviyesini belirleyen sistematik bir süreçtir. Risk yönetimi rehberlerine göre risk analizi, klinik risk üzerindeki mevcut kontrollerin dikkate alınmasını, riskin bir olaya yol açması durumunda sonuçların muhtemel ciddiyetini ve bu sonuçların ortaya çıkma olasılığının derecesini içerir. (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ, 2009).

Risklerin analizinde, riskler derecelendirilir ve gerekli kontrol ölçümlerinin yapılması için yöntemler oluşturulur, risk seviyelerinin kabul edilebilirliğinin önceden tesis edilmiş kriterler ile kıyaslaması yapılır. Klinik risklerin ölçülmesi ve sıralanması; olasılık kategorileri tablosu, etki kategorileri tablosu ve risk değerlendirme matrisi kullanılarak gerçekleştirilir (CRMG, 2005; CRAM, 2008; RMİ, 2009 ve Özkılıç, 2005).

Analiz Türleri

Risklerin “etki” ve “olasılığını” hesaplamak için kullanılacak üç metodoloji vardır. Bunlar; nicel, nitel ve yarı-nitel yöntemlerdir (CRMG, 2005; Özkılıç, 2005).

Nicel yöntemler: Bilgi toplamada en doğru yöntem olarak kabul edilir. Klinik riski analiz etmek için bazı nicel yöntem örnekleri: olasılık analizi, simülasyon / bilgisayar modellemesi, istatistiksel / sayısal analiz, karar ağaçları vb. (CRMG, 2005; Özkılıç, 2005).

Nitel yöntemler: Niteliksel yaklaşım, tehlikeleri ve bu tehlikelerden zarar görme olasılıklarını ortaya koymaya yöneliktir (Özkılıç, 2005). Niteliksel metodolojiler, bilgisine dayalı risk seviyesini hesaplamak için tecrübesini, değerlendirmesini ve sezgisini kullanan bir risk yöneticisine dayanır. Nitel yöntemlere örnekler:

yapılandırılmış görüşmeler / anketler, uzman ve uzman görüşü, akran değerlendirmesi ve / veya tartışma, beyin fırtınası, çok disiplinli gruplar kullanılarak değerlendirme vb. (CRMG, 2005).

Riski analiz etmedeki ilk adım, mevcut yönetimin, teknik sistemlerin ve riski kontrol etme prosedürlerinin yeterliliğini belirlemek ve bunların etkinliğini ve yeterliliğini değerlendirmektir (CRMG, 2005). Daha sonra ise her bir riskin olasılığı hesaplanır.

Tanımlanan risklerin her birinin olasılığı, Olasılık Kategorileri ve Değerlendirme Basamakları Tablosu kullanılarak hesaplanabilir. Önce, meydana gelen riskin beklenen veya gerçek sıklığı göz önünde bulundurulur sonra, risk ve olasılık seviyesi belirlenir. Olasılık kategorileri ve değerlendirme basamakları Tablo 1’de gösterilmiştir (CRMG, 2005).

Tablo 1. Olasılık kategorileri ve değerlendirme basamakları tablosu

SEVİYE	OLASILIK	BEKLENEN VEYA GERÇEK FREKANS	OLASILIK DEĞERLENDİRME
1	ÇOK KÜÇÜK	10 yılda bir kez	Risk beklenmiyor, olma olasılığı çok zayıf, hiç yok gibi.
2	KÜÇÜK	5-10 yılda en az bir kez	Risk olasılığı çok az. Yılda bir kez tekrarlanabilir. Mevcut kontrol sistemini sürdürün.
3	ORTA DERECE	3-5 yılda en az bir kez	Risk az da olsa mevcut. Yılda birkaç kez veya altı ayda bir tekrarlanabilir.
4	YÜKSEK	1-3 yılda en az bir kez	Risk mevcut. Ayda, haftada bir sıklıkta tekrarlanabilir. Acil risk yönetimi gerekir.
5	ÇOK YÜKSEK	Yılda bir kereden fazla	Risk her gün olabilir, her an olabilir.

CRGM, 2005

Riskin olasılığı hesaplandıktan sonra etki hesaplamaya geçilir. Tablo 2’de açıklanan etki kategorilerini kullanarak, riskin bir olaya yol açması durumunda, tanımlanan her bir riskin potansiyel sonuçları belirlenir (CRMG, 2005).

Tablo 2. Etki derecelendirmeleri basamakları

Çok Hafif (1)	Zararsız. Herhangi bir kayıp yok. İlk yardım gerekir.
Hafif (2)	Kayda değer bir zarar ve kayıp yok, kıymetsiz. Ayakta tedavi edilir.
Orta Derece (3)	Zarar var ancak telafisi mümkün. Kısa süreli iş görmezlik. Yaralanma, yatarak tedavi gerekir.
Ciddi (4)	Önemli zarar ve kayıp var. Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi gerekir.
Çok Ciddi (5)	Telifisi mümkün olmayacak kadar büyük zarar. Ölüm. Sürekli iş göremezlik. Kontrol edilememesi durumunda faaliyet derhal durdurulur.

CRGM, 2005

Risk düzeyi, incelenen program / alan içinde yer alan tanımlanmış risklerin her biri için etki ve olasılık arasındaki ilişki ile tanımlanır (CRMG, 2005).

Tanımlanan risklerin her birinin “olasılığı” ve “etkiyi” belirlendikten sonra, bir sonraki adım, risk seviyesini belirlemek için bu bilgiyi kullanmaktır. Etki kategorileri, olasılık kategorileri ve mevcut kontrol seviyeleri göz önüne alındığında beklenebilecek gerçekçi “en kötü durum” belirlenir. Bunu belirlerken 1 ila 5 puan arasında bir puanlama kullanılmalıdır. Risk değerlendirme matrisini (Tablo 3) kullanarak riskin etki ve ciddiyetini hesaplamak için sonraki bir aşamaya geçilir (CRMG, 2005). Risk değerlendirme matrisi, risk seviyesini belirlemek için kullanılabilir bir araçtır. Aşağıda Tablo 3’de risk değerlendirme matrisi verilmiştir.

Tablo 3. Risk değerlendirme matrisi (risk düzeyi)

	ETKİ				
OLASILIK	ÖNEMSİZ/ ANLAMSIZ (1)	KÜÇÜK (2)	ORTA (3)	BÜYÜK (4)	ÇOK CİDDİ (5)
ÇOK KÜÇÜK (1)	Düşük 1	Düşük 2	Düşük 3	Orta 4	Orta 5
KÜÇÜK (2)	Düşük 2	Düşük 4	Orta 6	Orta 8	Yüksek 10
ORTA DERECE (3)	Düşük 3	Orta 6	Orta 9	Yüksek 12	Yüksek 15
YÜKSEK (4)	Düşük 4	Orta 8	Yüksek 12	Yüksek 16	Tolere edilemez 20
ÇOK YÜKSEK (5)	Orta 5	Yüksek 10	Yüksek 15	Tolere edilemez 20	Tolere edilemez 25

CRGM, 2005

Risk değerlendirme matrisinin de belirtilen riskler;

- **Düşük Riskler (1-2-3-4-5-6):** Olasılık ve şiddeti düşük riskler. Ek önlem alınmasına, kayıt tutulmasına gerek olmayan riskler.
- **Orta Riskler (8-9-10-12):** Olasılık düşük, şiddet yüksek riskler. Paylaşılan, transfer edilen riskler.
- **Orta Riskler (8-9-10-12):** Olasılık yüksek, şiddet düşük riskler. Kontrol edilebilen riskler.
- **Kabul Edilemez Riskler (15-16-20-25):** Olasılık ve şiddet yüksek riskler. Basit önlemlerle kontrolü mümkün olmayan riskler (CRMG, 2005).

Bir kurumun bazı aşırı riskler tespit ettiği durumlarda, mevcut kaynaklar göz önüne alındığında, ilk önce hangi risklerin araştırılacağı ve ele alınacağına öncelik vermesi gerekebilir. Kurumlar, etki ve olasılık eksenini boyunca sayısal bir derecelendirme uygulayarak riskleri öncelik sırasına koyar (CRMG, 2005). Her bir kurum için belirlenen risk yöneticisi, belirtilen risk seviyelerinin yönetim eylemi için sorumluluğu üstlenmeli, gerekli önlemleri almak konusunda çalışmaya başlamalıdır (CRMG, 2005).

Adım 4: Klinik Risklerin Değerlendirilmesi

Risk yönetimi rehberlerine göre risk değerlendirmesi, analiz sürecinde bulunan risk seviyesinin daha önce belirlenmiş risk kriterleri ile karşılaştırılmasını ve daha sonraki faaliyetler için öncelikli bir risk listesi geliştirilmesini içerir (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMI, 2009).

Riskin kabul edilebilir olup olmadığına karar verirken politika, program, süreç veya faaliyetin önemi dikkate alınmalıdır. Bu risk değerlendirmesinde, kurumun her bir risk üzerindeki kontrol derecesi ve potansiyel maliyet etkisi, faydalar ve fırsatlar dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda diğer paydaşların yani kurumun içinde hizmet veren ve dışardan hizmet alınan tüm kişi, birim ve kuruluşların getirdiği olası sonuçlar ve riskler de dikkate alınmalıdır (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMI, 2009).

Risklerin organizasyon için kabul edilebilir olmadığı düşünülürse, düzeltilmelidir. Bu klinik riskler daha sonra kurumun stratejik risk yönetimi ve planlarında uygun yönetim eylemi için öncelik sırasına koyulur (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMI, 2009).

Adım 5: Klinik Risklerin Yönetilmesi

Risk yönetimi rehberlerine göre risk yönetimi, tanımlanmış tüm riskler için bir eylem planı geliştirilmesidir. Bu plan içinde sorumlu kişi ve eylemin gerçekleştirilecek zaman

dilimi de belirtilmelidir. Bu plan dahilinde gerçekleştirilerek riskler ortadan kaldırılmalıdır. Eğer kaldırılamıyor ise mümkün olduğu kadar düşük seviyeye indirilmelidir. (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ, 2009).

Risk yönetimi sürecinde kullanılabilecek yönetim seçenekleri; riskten kaçınmak, risk seviyesini düşürmek, klinik riski transfer etmek, klinik riski korumaktır.

Riskten kaçınmak; Risk yönetilemeyecek kadar büyükse veya faaliyet hayati öneme sahip değilse, faaliyete son vermek mümkündür. Örn: Gündüz hastanesinin kaldırılması

Risk seviyesini düşürmek; Risk düzeyini azaltmak, risk olasılığını veya risk sonuçlarını veya her ikisini de içerir. Bu süreçte, mevcut kontrollerin veya ek kontrollerin iyileştirilmesiyle risk olasılığı azaltılabilir. Örn: İntihar riski olan hastanın takip sıklığını artırmak ya da personel sayısını artırmak.

Riski transfer etmek; Yönetimin asli görev alanına girmeyen veya fayda-maliyet açısından yönetim tarafından yapılması uygun görülmeyen ve bu anlamda riskleri yüksek olduğu değerlendirilen faaliyetlerin, uzmanlığı olan başka bir kuruluşa devredilmesi şeklinde riske cevap verilmesidir. Örn: Psikiyatri kliniklerinin kapısında ya da içinde güvenlik görevlilerinin bulundurulması

Riski korumak; Riskin kurum içinde kalması, riski önlemek, azaltmak veya başka bir kuruma/birime devretmenin imkânsız veya masraflı olduğu durumlarda gerçekleşebilir. Örn: Saptanan risk için mevcut uygulamalara devam edilecek ve bu durum belgelendirilecek (CRMG, 2005).

İletişim ve Danışma

Risk yönetimi sürecinin her aşamasında iç ve dış paydaşları dahil etmek ve süreci bir bütün olarak ele almak için uygun iletişim stratejileri geliştirmesi gerekir (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ, 2009).

Örgütsel iletişim stratejisinin temel unsurları

- a) İletişim için açıkça tanımlanmış hedefler
- (b) Hangi iç ve dış paydaşların dahil edilmesi gerektiğinin belirlenmesi
 - (i) paydaş gruplar ve bireyler
 - (ii) uzmanlar / bilir kişiler ve
 - (iii) iletişim ekipleri.
- (c) Risk yönetimi sürecinde hangi inanç ve bakış açılarının dikkate alınması gerektiğinin belirlenmesi
- (d) Risk yönetimi sürecinde kullanılacak iletişim stratejilerinin geliştirilmesi

(e) Kuruluşun iletişim programlarının etkinliğini ölçmek ve değerlendirmek için kullanılacak süreçler (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ, 2009).

Etkili bir iletişim ve danışma süreci olmadan, paydaşlar risk yönetimi stratejilerinin ve politikalarının neden geliştirildiği ve uygulandığının farkında olmayacaktır. Aynı zamanda risk yönetimi için bireysel rollerini ve sorumluluklarını da anlamayacaklardır (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ, 2009).

İzleme ve İnceleme

Risk yönetimi planının amacına uygun olması için sürekli olarak riskin izlenmesi ve gözden geçirilmesi esastır. Bir riskin olasılığını ve şiddetini etkileyen faktörlerin sürekli değişebileceği göz önüne alındığında, kurumların risk yönetimi süreci boyunca izleme ve gözden geçirme adımını sürekli tekrarlamaları gerekir (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ, 2009).

Bir kurumun risk yönetimi sistemlerinin ve işlemlerinin etkinliğini izlemek ve gözden geçirmek için bağımsız denetçi tarafından dış denetim, iç performans ve inceleme denetimleri, örgütsel politika, strateji ve süreçlerin gözden geçirilmesi, sistem öğrenimini sağlamak için programların ve risk yönetiminin değerlendirilmesi olası yöntemlerdir (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ, 2009).

2.1.3. Risk yönetimi ve sağlık hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda odak nokta insandır. Tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra, sağlık çalışanlarının eğitimi ve sağlıkla ilgili araştırmaların gerçekleştirildiği hizmet alanları ve sorumlu sağlık profesyonelleri hasta bireye "önce (likle) zarar verme" anlayışı ile yaklaşır. Sağlık hizmetleri temel olarak koruma, tedavi etme ve zarar vermemeyi hedefler. Çünkü diğer sektörlerden farklı olarak sağlık hizmetlerinde oluşan hatalar doğrudan insan sağlığı ve yaşamını etkilemekte ve geri döndürülemez sonuçlara yol açmaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmetinin sunumunda meydana gelen kaza ve hatalar, hasta ve çalışanlar için risk oluşturmaktadır (Korkmaz ve ark., 2014; İnce Sezgin, 2008).

Sağlık sistemi birçok kurumsal ve klinik riski içinde barındırır. Bu riskler çalışan ve çalışma koşullarının uygun olmaması, stratejik planlamanın yapılmaması, kaynak yetersizliği (bütçe, insan, fiziki, yasal), yasal düzenleme eksikliği gibi kurumun yönetim faaliyetleri ve talimat, uyarı işaretlerine uymama, umursamazlık, işleri erteleme, yetersiz bilgi düzeyine sahip olma gibi daha çok insan davranışından kaynaklanan klinik

risklerdir. (CRMG, 2005; CRAM, 2008). Sağlık teknolojilerindeki gelişmeler, sosyal hayatın karmaşıklaşması, hizmet veren sağlık çalışanlarının çeşitliliği, hastalık oluşturan faktörlerin fazlalığı gibi faktörler neticesinde risk yönetimi gittikçe artan bir süreç haline gelmiştir (CRAM, 2008; CRMG, 2005; Gadow ve Riches, 2014 ve Higgins ve ark, 2015c).

Sağlık kurumlarında risk yönetimi, hasta bakım kalitesini iyileştirmeyi, hasta ve çalışan güvenliğini olabildiğince üst düzeyde tutmayı amaçlayan, bu amaca engel olabilecek olumsuz unsurları birer risk olarak belirleyip analiz eden ve gerekli önlemleri alan süreçlere denir. Bir başka ifadeyle sağlık kurumlarında risk yönetimi, kurumun finansal durumunu tehdit eden risklere karşı kurumu koruyacak; hastaları, ziyaretçileri ve de çalışanları zarara uğratabilecek risklere karşı farkındalık seviyesini yükseltecek örgütsel bir fonksiyondur. Hastanelerde risk yönetiminin hedefi, hastalar, ziyaretçiler ve sağlık çalışanları için güvenli ve etkin bir sağlık hizmeti ortamı oluşturmak ve böylelikle kurumun olası kayıplarını önlemek veya azaltmaktır (Byers ve White, 2004; Sur, 2008 ve İncesu ve ark, 2013). Hastaların güvenli bakım alabilmeleri ve çalışanların güvenli bir çevrede çalışabilmeleri için hastanelerin risk yönetimi programlarının olması gerekmektedir (İnce Sezgin, 2008).

Hastanelerde risk yönetimi yapılmasını gerektiren nedenler arasında, insan sağlığını koruma, ekonomik kaybı azaltma, yasal gerekliliğin olması, verimliliği ve performansı artırma, güvenli ve ergonomik çalışma ortamı oluşturma, meslek hastalığına yakalanma ve iş kazası oranını düşürme, yangın, önleme, hırsızlık, sabotaj ve doğal sebepler sonucu kayıp ve zararı azaltma, beklenmedik olaylara karşı hazırlıklı olma, kuruma duyulan güven ve itibarı yüksek tutma, ciddi yaralanma ve zarar meydana gelmemesini sağlama, işe yeni başlanması, faaliyetlerde önemli değişiklikler yapılması, kayıp ve zararın büyük boyutlara ulaşması gibi faktörler yer almaktadır (İnce Sezgin, 2008; Sur, 2008 ve Woods, 2013).

Sağlık hizmetlerinde risk yönetimi, risklerin belirlenmesi, çözümlenmesi ve tepki verilmesi süreçlerini kapsar. Olumlu olayların sonuçlarının artırılması ve olumsuz olayların sonuçlarının en aza indirilmesini içerir. Risk yönetimi, hasta güvenliğini sağlamada en başta gelen uygulamalar arasındadır. (Sullivan ve Decker 1992; Simms ve Price, 1994; Swansburg, 1996; Tomey, 1996; Velianoff ve Hobbs, 1998 ve Swansburg RC ve Swansburg RJ 1999).

Sağlık hizmetleri risklerin çok olduğu ve risk değerlendirmelerinin etkili olması gereken alanlardan biridir. Sağlık hizmetlerinde risk oluşturan alanlar farklılık

göstermekle birlikte, bunlardan en önemlileri hasta güvenliğini olumsuz etkileyen olaylardır. Yanlış ilaç uygulamaları, hastanın düşmesi ve yaralanması, hasta kayıtlarının yanlış ve eksik girilmesi, yanlış taraf cerrahi girişimler, yetersiz bakım, bilgilendirme eksikliği vb. örnek olarak verilebilir. Hasta güvenliğini etkileyen olaylar nedeniyle, hastanelerde hasta ölüm sayılarının arttığı, hastaların hastanede yatma süresinin uzadığı, maliyetin arttığı belirtilmiştir (Wong ve Beglaryan, 2004). Sağlık hizmetlerinde riskler büyük önem teşkil etmekle birlikte, ruh sağlığı alanında ise kendine ait farklı riskleri de içinde barındırmaktadır. Ruh sağlığı klinikleri risk faktörleri açısından diğer kliniklerden oldukça farklılık göstermektedir. Kendisine zarar verme, şiddet ve saldırganlık riski gösteren hasta popülasyonunun olduğu, intihar ve saldırganlık gibi risklerin düzenli olarak değerlendirilmesi ve belgelenmesi gereken birimler olarak karşımıza çıkmaktadır (Gerace ve ark., 2013 ve Ryan ve ark., 2010).

2.1.4. Ruh sağlığı hizmetlerinde risk yönetimi

Ruh sağlığında risk, olumsuz bir olayın meydana gelme olasılığı olarak tanımlanır (Muir-Cochrane ve Wand, 2005). Ruh sağlığı hizmetleri özellikle yakın intihar girişimleri ve şiddet gibi yüksek olasılıklı ve ciddi sonuçları olan risklerle ilgilenmektedir (Morgan, 2000; Morgan, 2007 ve Vinestock, 1996). Risk değerlendirme ve yönetimi şiddet, kendine zarar verme, kendini ihmal etme ve intihar risklerinin en aza indirilmesi, hastaların iyileşmesine yardımcı olunması, aynı zamanda maliyeti ve olumsuz sonuçları düşürmesi içinde büyük önem taşımaktadır (Department of Health London, 2007 ve NHS Litigation Authority London, 2010).

Ruh sağlığı hizmetleri kapsamında riskli durumlar oldukça fazladır. Batı Avustralya Risk Yönetimi rehberinde (CRAM), Ruh sağlığındaki klinik risk örnekleri belirtilmiştir. Bunlar; Kendine yönelik riskler, başkalarına yönelik riskler, başkalarının neden olduğu riskler ve sistem ve tedavi programından gelen riskler olmak üzere dört ana başlık altında tanımlanmıştır (CRAM, 2008).

Kendine Yönelik Riskler; kendine zarar verme ve intihar, tekrarlayan kendini yaralama, kendini ihmal etme, kaçma, başıboş dolaşma (aynı zamanda başkalarına da risk oluşturur), alkol bağımlılığı, madde kötüye kullanım riski, medikal durumlar (Alkol yoksunluğu, düzensiz diabetes mellitus, delirium, organik beyin hasarı, epilepsi), saygınlık ve itibar kaybı, sosyal ve finansal statünün düşmesi dâhil olmak üzere yaşam kalitesinin düşmesi gibi durumları içerir (CRAM, 2008; O'Rourke ve Hammond, 2005).

Başkalarına Yönelik Riskler; başkalarına zarar verme riski, başkalarından hastalara gelebilecek riskler (istismar vb.), taciz, takip etme veya zarar verici niyet, kundaklama dâhil mal hasarı, cinsel saldırı veya taciz de dahil olmak üzere şiddet ve saldırganlık, toplumu huzursuz edici davranış, başkalarını tehlikeye atan dikkatsiz davranış (Alkollü araç kullanma gibi) gibi durumları içerir (CRAM, 2008; O'Rourke ve Hammond, 2005).

Başkalarının Neden Olduğu Riskler; başkaları tarafından fiziksel, cinsel, duygusal zarar verme veya istismar, başkaları tarafından sosyal veya finansal istismar veya ihmal gibi durumları içerir (CRAM, 2008; O'Rourke ve Hammond, 2005).

Sistem ve Tedavi Programından Gelen Riskler; ilaç yan etkileri, etkisiz bakım, sosyal stigma, tedaviye uyumsuzluk riski gibi durumları içerir (CRAM, 2008; O'Rourke ve Hammond, 2005).

Psikiyatri kliniklerinde riskin olmadığı bir ortam yoktur. Etkin ve proaktif risk yönetimi ile intihar, kendine zarar verme ve şiddet riski gibi riskleri önlemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinde riskler büyük önem teşkil etmekle birlikte, ruhsal hastalığı olan kişilerde intihar riskinin 10 kat, saldırganlık sıklığının 5 kat daha fazla olması, hastaların kendisine ve çevresine zarar verme riskinin olması, hastaların diğer hastalara oranla daha fazla damgalanması ve risklerin sonuçlarının çoğu zaman ölümle sonuçlanması nedeniyle klinik risk yönetimi ruh sağlığı merkezlerinde hayati öneme sahiptir (Gerace ve ark., 2013; Kaplan ve Sadock, 2005 ve Ryan ve ark., 2010). Ruh sağlığı hizmetlerinde risk yönetimi konusunda en büyük kaygının intihar ve şiddet riski olduğuna vurgu yapılmıştır (CRAM, 2008 ve Almvik, 2008).

Risk yönetimi basamakları ruh sağlığında risk yönetimi içinde geçerlidir (CRAM, 2008 ve JCI, 2017)

Adım 1: Mevcut Durumun Belirlenmesi

Ruh sağlığı çalışanı/hemşire psikiyatri kliniğinde riski yönetiminde ilk adım olan mevcut durumu belirleme basamağında belirli sorular sormalı ve değerlendirmeler yapılmalıdır. Bu sorular;

- Hasta güvenliği ile ilgili klinikte stratejik plan ve uygulamalar nelerdir?
- Risk yönetimi ile ilgili klinikte plan ve uygulamalar nelerdir?
- Klinik risklere yönelik klinikte politika, prosedür ve standartlar var mı? Varsa bunlar neler?
- Psikiyatri servisinde riskli olan hastanın izlem protokolü var mı?
- Psikiyatri kliniği fizik ortamın güvenliğinin sağlanması talimatı var mı?

- Klinikte intihar/saldırıcılık/kaçma gibi riskleri olan hastanın takip süreci nasıl işliyor? Kimler dahil oluyor?
- Risklere yönelik klinikte ne tür uygulamalar yapılıyor?
- Klinikte güvenlik önlemleri var mı? Varsa bunlar neler?
- Fiziki ortam nasıl?
- İntihar/Saldırıcılık/Kaçma riskine yönelik klinikte düzenlemeler var mı?
- Klinikte intihar/saldırıcılık/kaçma vb. oranları hesaplanıyor mu? Hesaplanıyor ise değerler ne?
- Hastaların risklerini kaydettiğiniz bir çizelge var mı?
- İntihar/saldırıcılık/kaçma gibi riskleri belirlemek için kanıta dayalı araç ya da araçlar kullanılıyor mu?
- İntihar/saldırıcılık/kaçma gibi riskleri belirlemek için rehber el kitaplarından faydalanılıyor mu?
- İntihar/saldırıcılık/kaçma gibi risklerde kliniğin ve çalışan personelin amacı ne?
- İntihar/saldırıcılık/kaçma gibi riskleri yönetmek için kliniğin kaynakları ve çalışan personelin kaynakları neler?
- İntihar/saldırıcılık/kaçma gibi riskler için yasal açıdan belirlenmiş sorumluluklar neler?
- Klinikte çalışan personelin intihar/saldırıcılık/kaçma gibi riskleri olan hastalara yönelik bakış açısı ve uygulamaları neler?
- İntihar/saldırıcılık/kaçma gibi risklere yönelik klinikte çalışan personel eğitim aldı mı?
- İntihar/saldırıcılık/kaçma gibi risklere yönelik klinikte tutulan kayıtlar var mı?

Ruh sağlığı çalışanı/hemşire belirli soruları sorup değerlendirmeler yaparken belli düzeyde bilgiye de sahip olmalıdır. Bunlardan birkaçı aşağıda verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire başkanlığı tarafından hazırlanan «**Sağlıkta Kalite Standartları Hastane**» kitabında Risk yönetimi ele alınmıştır. Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire bu bilgiye hâkim olmalıdır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan «Sağlıkta Kalite Standartları Hastane» kitabında Psikiyatri Hizmetleri ele alınmıştır. Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire bu bilgiye hâkim olmalıdır (SKS, 2019).

Hemşirelik Yönetmenliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte (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. Hemşire bu bilgiye hâkim olmalıdır (Yönetmelik, 2019).

Adım 2: Klinik Risklerin Tanımlanması

Riskin tanımlanmasında çok yönlü bakış gerektirmektedir. Kişinin şimdiki ve geçmiş durumu, ek raporlar (aileden, arkadaşlardan ve uygun olan diğer araçlardan) dahil olmak üzere riskin çoklu kaynak bilgisi kullanılarak incelenmesi önem arz etmektedir. Güvenli değerlendirme doğru bilginin iletilmesine, toplanmasına ve geçerli risk etkenlerinin göz önünde bulundurulmasına bağlıdır. Çoklu değerlendirme yöntemleri ve farklı bilgi kaynaklarının kullanımı riskleri tanımlamada önemlidir. Bu nedenle risk tanımlanırken risk faktörleri, intiharın öncü belirtileri, geçmiş öykü, klinik muayene, kişilik özellikleri, çevresel ve koruyucu faktörler değerlendirilerek tanımlanmalıdır (CRAM, 2008; CRMG, 2005; RMİ, 2009 ve Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2003).

Risk Faktörleri

Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire tarafından risk faktörleri bilinmeli ve hastanın risk faktörleri belirlenmelidir. Bu risk faktörleri; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sosyoekonomik düzey, ailesel risk faktörleri, İntihar planı ve önceki intihar davranışı, psikiyatrik hastalığın varlığı, fiziksel hastalığın olması, stresli yaşam olayları, alkol kötüye kullanımı, geçmişte travma ve taciz öyküsünün olması, depresyonun varlığı sayılabilir.

İntihar Öncü Belirtileri

Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire tarafından intihar öncü belirtileri bilinmeli ve hastanın intihar öncü belirtileri belirlenmelidir.

Geçmiş Öykü

Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire tarafından hastanın geçmiş öyküsünün önemi bilinmeli ve hastanın kendine zarar vermenin zamanı, önceki intihar girişimi, ailesel risk faktörleri (Ailede intihar girişimi varlığı vb.), cinsel/fiziksel istismarın varlığı, önceki tıbbi tanılar, tedaviler, hastane yatışları gibi geçmiş öykü sorgulanmalı ve belirlenmelidir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Klinik Muayene

Ruh sağlığı alışanı/Hemşire tarafından hastanın klinik muayenesinin önemi bilinmeli ve hastanın klinik muayenesi yapılmalıdır. Klinik muayenede kişinin ruhsal hastalık öyküsü, kronik hastalığının olup olmadığı, alkol kötüye kullanımı/madde/yasa dışı uyυřturucu kullanımının olup olmadığı, kendine zarar verme durumları ve ne zaman gerçekleştiği, bireysel başetmede yetersizlik öyküsü, sosyal veya kendine yabancılaşma yaşayıp yaşamadığı, intihar dυřnceleri, planı, davranışı, niyeti, umutsuzluk ve anksiyete, panik bozukluğun göstergeleri, gelecek planları, yaşamın anlamı gibi alanlar değerlendirilmelidir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Kişilik zellikleri

Ruh sağlığı alışanı/Hemşire tarafından hastanın kişilik yapısının önemi bilinmeli ve hastanın kişilik yapısı sorgulanmalı ve belirlenmelidir. Kişilik yapısı;

- Bilişsel, duygusal, davranışsal beceri eksikliği
- Kendine ve başkalarına zarar vermesine sebep olan önemli davranışlar (Sürekli dürtüsel ve duygusal kararsızlık, kendini sınırlayan ve kendini engelleyen inanç ve tutumlar vb.)
- Ruhsal durumda değişme (ajitasyon, işitme halüsinasyonlar, delüzyonlar, entoksikasyon, kötü yaşam öyküsü) durumların sorgulanmasıyla değerlendirilmelidir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Çevresel Faktörler

Ruh sağlığı alışanı/Hemşire tarafından hasta için çevresel faktörlerin önemi bilinmeli ve hastanın çevresel faktörlerinin neler olduğu sorgulanmalı ve belirlenmelidir. Çevresel faktörler belirlenirken şu durumlara dikkat edilmelidir;

- Yakın geçmişte ölüm veya ayrılık (iş, evcil hayvan)
- Büyük bir yaşam değişiklikleri veya zorluğu (emeklilik, işsizlik, çocukların evden ayrılması, mali zorluklar)
- İntihar aracına ulaşma kolaylığı
- Kalabalık
- Gürültü, ısı, yetersiz aydınlatma gibi fiziksel ortamdaki yetersizlikler
- Klinik aktivitelere ilişkin sorunlar
- Hastanın özgürlüğünü kısıtlayan hastane prosedür ve kuralları
- Personelin ve diğer hastaların kişkirtıcı davranışları
- Düzenli bir servis programının olmaması

- Yapılandırılmış aktivite azlığı
- Uğraşı terapisinin olmaması
- Mahremiyete dikkat edilmemesi
- Ziyaretçiler
- Sık personel değişimi
- Personel- hasta etkileşiminin yetersiz olması
- Personel sayısının hasta sayısına göre az olması
- Personelin donanımlı olmaması (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Personel ile İlgili Faktörler

Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire tarafından hasta için personel ile ilgili faktörlerin önemi bilinmeli ve klinikte personel ile ilgili faktörlerin neler olduğu sorgulanmalı ve belirlenmelidir. Personel ilgili faktörler sorgulanırken personelin eğitimsiz olması, riskli olan hastaya yaklaşımın bilinmemesi, klinik kurallarını uygularken fazla otoriter ve katı davranılması, klinikte isteksiz çalışıyor olması, psikiyatri hastalarına karşı olumsuz duygu ve düşüncelerin varlığı, hasta davranışlarının kişiselleştirmesine dikkat edilmeli ve riski arttığı bilinmelidir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Koruyucu Faktörler

Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire tarafından hasta için koruyucu faktörlerin önemi bilinmeli ve hastanın koruyucu faktörleri sorgulanmalı ve belirlenmelidir. Koruyucu faktörler;

- Tedaviye yanıt verme ve uyum
- İç görüşü olma
- Motivasyon
- Personelle iş birliğinin iyi olması
- İyi sosyal ağlarının olması
- Yardım gereksinimi olduğunda çeşitli klinik girişimler ve desteğe kolay ulaşabilme
- Ölümcül metotlara ulaşmanın kısıtlanmış olması
- Problem çözme, çatışma çözümü ve şiddete başvurmaksızın anlaşmazlık çözümü becerilerini öğrenmiş olma
- İntiharın hoş görülmediği ve kendini korumanın desteklendiği kültürel ve dini inanışlar
- Hamilelik

- Yaşam memnuniyetidir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Tüm bu değerlendirme biçimleri öğrenildikten sonra bir sonraki adıma geçilir.

Adım 3-4: Risk Değerlendirmesi

Güvenli değerlendirme doğru bilginin iletilmesine, toplanmasına ve geçerli risk etkenlerinin göz önünde bulundurulmasına bağlıdır. Çoklu değerlendirme yöntemleri ve farklı bilgi kaynaklarının kullanımı riskleri tanımlama ve değerlendirmede önemlidir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Risk değerlendirilmesi, geçmiş ve şimdiki risk etkenlerini içermekle birlikte, kanıta dayalı araçlar ve rehber el kitaplarından faydalanılabilmektedir. Risk değerlendirilmesinde rehber el kitaplarının kullanımının yanında kanıta dayalı araçların kullanımı da önemlidir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Yapısallaştırılmış profesyonel değerlendirme araçlarının kullanımı, riskin değerlendirilmesinde önemli alanların gözden kaçırılmamasını sağlar. Bu, yapılandırılmış risk değerlendirmesine olanak sağlarken, risk yönetimi planlaması için açık bir temel oluşturur.

Risk değerlendirme araçlarının kritik işlevi, insanlara uygun bakım, tedavi ve risk yönetimi stratejisi belirlemede yardımcı olacak, ayrı ayrı katmanlar şeklinde gruplara ayırmaktır (düşük, orta veya yüksek risk). Risk değerlendirme araçlarının profesyonel karar vermenin yerini alması değil, onu desteklemesi gerektiğinin farkında olunması önemlidir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Risk önceden tahmin edilmesi bireysel seviyede mümkün olmayabilir ancak, sistemli şekilde klinik ekip tarafından risk değerlendirmesine yönelik sıralı yaklaşımlar uygulandığında yapılandırılmış risk değerlendirmesinin kullanılması profesyonel karar vermeye katkı sağlayabilir. Bu yaklaşımın, etkili ve güvenli hizmet vermeye faydası olacaktır (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Klinik risk değerlendirilirken kullanılan değerlendirme ve yönetim araçları; (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Çoklu riskler: Tüm riskleri incelemek amaçlı araçlar;

- *CRMT (Clinical Risk Management Tool/Working with Risk) Klinik risk yönetim aracı*
- *FACE (Functional Analysis of Care Environments)*
- *GRiST: Galatean Risk Screening Tool*
- *RAMAS: Risk Assessment Management and Audit Systems*

- *GIRAFFE: Generic Integrated Risk Assessment for Forensic Environments*
- *START: Short-term Assessment of Risk and Treatability*

Şiddet riski veya seksüel şiddet riski ve antisosyal veya rahatsız edici davranışla ilgili riskleri incelemek amaçlı araçlar;

- *HCR-20: Historical Clinical Risk-20*
- *PCL-R: Psychopathy Checklist-Revised*
- *PCL: SV: Psychopathy Checklist: Screening Version*
- *SVR-20: Sexual Violence Risk-20*
- *VRAG: Violence Risk Appraisal Guide*
- *STATIC-99*

İntihar riski veya kendine zarar verme riskini incelemek amaçlı araçlar;

- *ASIST: Applied Suicide Intervention Skills Training*
- *BHS: Beck Hopelessness Scale*
- *SIS: Suicidal Intent Scale*
- *SSI: Scale for Suicide Ideation^[SEP]*
- *STORM: Skills-based Training on Risk Management*
- *SADPERSONS*

Türkiye’de psikiyatri kliniklerinde kullanılan araçlar;

- *Beck Depresyon Envanteri*
- *Beck İntihar Niyeti Ölçeği*
- *Beck Umutsuzluk Ölçeği*
- *Hamilton Depresyon Ölçeği*
- *Broset Şiddet Kontrol Listesi*
- *Durumsal saldırganlığın Dinamik Değerlendirmesi-Yatan Hasta Versiyonu*

Risk değerlendirilmesinde kullanılacak bir diğer yöntem Risk Değerlendirme Matrisidir.

İnceleme süreci boyunca elde edilen bilgileri temel alacak şekilde klinik risk değerlendirilir. Riskin değerlendirilmesinde risk açık ve kesin ifade edilmeli, riskin olma olasılığı, yakınlığı, ciddiyeti ve doğası incelenmeli, risk değerlendirmesi durağan değil dinamik ve değişen durumlara göre değerlendirilen, sürekliliği olan bir süreç olarak görülmelidir. Klinik risk değerlendirmesi en az kısıtlayıcı, riskin seviyesi ve doğasında uygun olacak şekilde yönetilir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Adım 5: Klinik Riskleri Yönetme

Risk yönetimi, risk yönetimi için seçenek aralığının belirlenmesi, bu seçeneklerin değerlendirilmesi, risk yönetim planlarının hazırlanması ve uygulanmasını içerir. Risk yönetiminde, hastaların, bakıcıların ve personelin güvenliği birinci önceliktir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMI, 2009).

Psikiyatri Kliniklerinde Güvenlik Önlemleri

Riskli kişilerin güvenliğinin sağlanması tedavinin en önemli parçasıdır, bu amaçla kişinin ailesi ya da yakın çevresiyle iş birliği yapılmalıdır.

- Hasta kliniğe yattığında yanındaki eşyalar kontrol edilmeli ve üzeri aranmalıdır. Hasta yanında delici, kesici, yanıcı maddeler bulundurulmamalı (cam eşya, çivili metal dosya, makas, aseton, ayna, iğne, jilet, açacak, plastik torba, çakmak, kemer, patlayıcı, cımbız, alkol, elektrikli cihazlar gibi eşyalar) ve hastaya gerekçesi anlatılmalıdır.
- Hasta için yasaklanan eşyalar yakınlarına da bildirilmelidir. Ziyaret saatinde yakınlarının getirdiği eşyalar kontrol edilmelidir.
- Odada bulunan demirbaş eşyaların, banyo, pencere ve merdivenlerin kontrolü sağlanmalıdır. Eşyalar sabitlenmeli ve kaldırılıp atılmayacak şekilde monteli olmalıdır.
- Yemekler denetlenebilen yakın bir alanda verilmelidir.
- Hasta uzun süre yalnız bırakılmamalı, servis dışına çıkarılmamalı, çıkması gerekirse bir personelin eşlik etmesi sağlanmalı, kaçarsa hastane güvenliği, yetkili birimler ve polise bildirilmelidir.
- Oral ilaçların yutulduğundan emin olunmalı ve gerektiğinde ağız içi kontrol edilmelidir.
- Hastanın riskleri konusunda tüm personel haberdar edilmeli, bu hastaları gözlemek için yeterli sayıda hemşire ve personel bulundurulmalıdır.
- Hasta odası mümkünse monitör ile gözlenmeli, bu sağlanamıyor ise gözlem seviyelerinde belirlenen aralıklarla kontrol edilmelidir (Okanlı, 2006; Öncü, 2006; Sun ve ark., 2005 ve Sun ve ark., 2006).

Ruh sağlığı çalışanı/Hemşirelerin risk yönetiminde yapması gereken diğer uygulamalar; (Eskin, 2003; Kaplan ve Sadock, 2005; Okanlı, 2006; Öncü, 2006; Sarandöl, 2003; Siyez, 2005 ve Sun ve ark., 2006)

- Hastalar klinik değerlendirme ve yönetim planına ilk uygun fırsatta aktif olarak katılırlar. Aynı zamanda aileler ve bakıcılar da gizlilik sınırları çerçevesinde klinik değerlendirme ve yönetim planına aktif şekilde katılırlar.
- Risk yönetimi süresince mümkün olabildiğince hastalara yönelik bakımın uygun yöntemleri ve özel bakım modelleri kullanılır.
- Ruh sağlığı çalışanı/Hemşireler intihar girişiminde bulunan bireye öncelikle ekiple birlikte acil tıbbi müdahale de bulunmalıdır. Bu müdahale, hastanın hayatını kurtarmanın yanında, yaptığı girişimin sonuçlarını ve ciddiyetini anlaması, kendisi ile ilgilenildiğini ve değer verildiğini hissetmesi açısından yararlıdır. Hasta müdahaleler sonrasında kendine gelmeye başlayınca hasta ile iletişim kurulmaya çalışılmalı ve yalnız olmadığı duygusu verilmelidir. İletişim sırasında semptomları giderilmeli ve ne tür şeyler yaşadığı ile ilgili duygu ve düşünceleri öğrenilmelidir. Kişi bu dönemde başkalarından gelecek yardım önerilerine hiçbir zaman olmadığı kadar açıktır

Ruh sağlığı çalışanı/Hemşireler intihar riski olan hastalarla çalışırken yaptıkları uygulamaların amacı;

- Kişinin can güvenliğini sağlayarak hayatta tutmak,
- İntihar düşüncesine neden olan zorlukları çözebilmesi için kişiye yardımcı olmak
- İleride tekrar bu sorunlarla karşılaştığında riskli davranışların yeniden oluşmasını önlemek için kendilik algısını geliştirmeyi ve problem çözme becerisini geliştirmesini sağlamaktır.
- Öncelikle bireylerde risk ve risk tehdidinin ciddiyeti değerlendirilmelidir. Bireyin intihar edip etmeyeceğinin veya ne zaman kendisine zarar verici bir davranışta bulunabileceğinin tahmin edilmesi güçtür. Bu nedenle her türlü intihar düşünce ve girişimi ciddiye alınmalı, hastaların sözel, davranışsal, duygusal ve somatik içerikli ipuçları değerlendirilmeli, kapalı ve gizli duyguların da farkında olunmalıdır. Bu nedenle ruh sağlığı çalışanı/hemşireler hastanın intihar düşüncesini sorgulayabilmeli ve intihar riskinin anlaşılması için bireye doğrudan sorular sorabilmelidir.
- İntihar ile ilgili sorular sorulduğunda hastanın intihar riskinin artacağı düşüncesi yanlıştır. Tam aksine soruların sorulması riski ortaya çıkaracaktır. Ruh sağlığı çalışanı/Hemşireler hem kendi meslektaşları hem de diğer ekip üyeleri için bu gibi yanlış inanışları düzeltilmelidir. Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire iyi bir dinleyici

olmalıdır. Herhangi bir soru sormadan, değerlendirme ve yargılamada bulunmadan hastayı dinlemeli, duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmeli ve güven ilişkisi kurmalıdır.

- Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire hasta ile yaptığı görüşmelerde sakin, yargılamayan, empatik ve destekleyici bir tutum göstermeli, net, açık, doğrudan sorular sormalı ve duygu ve düşüncelerini açıkça tartışabilmelidir.
- Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire her hastanın kişilik özellikleri ve yaşam koşullarının farklı olduğunu bilmeli, hastayı bireysel olarak değerlendirmeli ve hastaya özel tedavi ve uygun girişimleri planlamalıdır.
- Hastalarla yargılamadan, küçümsemeden, hastaya ahlaki dersler vermeden iletişime geçilmelidir. Öfke, yalnızlık, ümitsizlik, çaresizlik, kızgınlık, umutsuzluk gibi duygularını sözleşirmesine fırsat verilmeli ve uygun baş etme yöntemleri geliştirmesine yardımcı olunmalıdır.
- Hastanın destek sistemlerinin farkında olması sağlanmalı, aile, arkadaş gibi destek sistemlerinin harekete geçirilmesi için plan yapılmalıdır. Hasta ile birlikte çalışırken empati yapmak, umut aşılacak, verilen sözleri yerine getirmek, anlayışlı ve sabırlı olmak önemlidir.
- Hastaya ihtiyacı olduğu zamanlarda ruh sağlığı çalışanı/hemşiresini bulması ve nerede bulacağı konusunda bilgi verilmelidir. İntihar isteği yoğunlaştığında bunu iletmesi konusunda söz vermesi istenebilir. Hasta ile intihar etmeyeceğine yönelik anlaşma yapılabilir. Bu yaklaşım, hastanın her zaman ulaşabileceği bir insan bulabilmesi anlamına gelmektedir. Böylece hastanın hem özgüven hem de başkalarına güvенеbilme duygusunun gelişmesine, terapötik ilişkiyi güçlendirmesine ve anksiyeteyi azaltmasına yardımcı olunur.
- Ruh sağlığı çalışanı/Hemşire hastanın klinik içinde uygun şekilde vakit geçirebileceği alanlar yaratmalı, bir uğraşı ile ilgilenmesi ve grup içinde diğer hastalarla vakit geçirmesi için desteklemelidir. Aynı zamanda sıkıntısı olduğunda sakin ve sessiz bir ortam yaratmalıdır.
- Aynı hasta ile aynı hemşirenin ilgilenmesi ve hasta merkezli bakım sağlanması hastanın bakıma katılmasına desteklemektedir. Böylece hemşire hasta arasındaki iletişim ve güven daha da güçlenecektir.
- Risk yönetim planı, hasta ile ortaklaşa ruh sağlığı çalışanı/hemşirenin de olduğu multidisipliner ekip tarafından geliştirilir. Bu hastanın devam eden aktif

tedavisini, bakımını ve yönetimini içerir. Bu plan sürekli olarak gözden geçirilir ve koşullar değiştikçe revize edilir.

İletişim ve Danışma

Klinik değerlendirme ve yönetim planı risk yönetimine dâhil olan bireylere anlatılır. İyi bir iletişim risk yönetiminin anahtarıdır. Riskli olan bireylerin bakımında görev alan sağlık profesyonelleri arasında hemşirenin aktif ve önemli bir rolü vardır (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Bakım hizmetlerinde bütün iletişim yöntemleri etkin risk yönetimini hayata geçirmek adına önemlidir. İletişimde dinleme, soru sorma, iyi yazılmış kayıtlar, düzenli olarak kayıtları yenileme, gizlilik ve değişen sürecin takibi önemli ve gereklidir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

İzlem ve İnceleme

Klinik risk tekrar değerlendirilir. Klinik değerlendirme ve yönetim planı izlenir, değerlendirilir ve incelenir (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

2.1.5. Risk yönetimi ve hemşirelik

Risk yönetimi iyi bir klinik uygulamanın en hayati parçasıdır. Sağlık hizmetlerinde riske değinirken parça parça değil, planlı yöntemler ile uygulama stratejileri geliştirilmelidir. Risk yönetimi sağlık çalışanları için en üst seviyedeki görevlerinden bir tanesidir (Woods 2013). Etkili bir risk yönetimi stratejisinin faydaları sadece tüm çalışanların katılımıyla elde edilebilir. Risk yönetimine yönelik yapılan müdahalelere rağmen risk tamamen ortadan kaldırılamayabilir ancak uzman ve bu konuda eğitim almış kişiler tarafından değerlendirildiğinde ve yönetildiğinde risk en aza indirilebilir (Higgins ve ark., 2016a). Doğrudan veya dolaylı olarak katılan tüm personel, kendilerinden ne beklendiği konusunda net bilgiye sahip olmalıdır. Risk yönetiminin uygun araçlar kullanarak, rehber, politika, standartlara uyularak, eğitilmiş multidisipliner bir ekip tarafından uygulandığında daha etkili olacağı belirtilmektedir (Department of Health London, 2007). Dolayısıyla bu süreçte birçok hizmet ve desteği birlikte sunmak önem kazanır. Bakımın çeşitli yönlerinden sorumlu, farklı meslekler ve kurumlar arasında etkili bir çalışma gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle risk değerlendirmesi ve yönetimi için herhangi bir meslek veya disiplin alanı tek başına çalışamayacağı belirtilmektedir. Sağlık problemleri olan bireylerle ve özellikle ruh sağlığı riski taşıyan bireylerle çalışırken tek başına olmak yerine multidisipliner bir ekip ile çalışmak risk yönetimi açısından daha etkilidir. (O'Rourke and Hammond, 2005).

Yeterli risk yönetimi, Doktor, Hemşire, Psikolog, Mesleki Terapist, Psikiyatrist ve Sosyal Hizmet Uzmanının birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Farklı disiplinlerarası tartışmalar hasta özgürlüklerinin sağlıklı bir şekilde savunulmasını temsil eder. Risk yönetiminin yükü böylece paylaşılmış olmakla birlikte bu paylaşım bir hastanın klinik öyküsünü, mevcut ruhsal ve fiziksel durumunu ve tıbbi kayıtlarını, adli notları ve hemşirelik gözlemleri de dahil olmak üzere ilave bilgi kaynakları hakkında bilgi sahibi olmayı gerektirmektedir (CRMG, 2005; CRAM, 2008 ve RMİ, 2009).

Risk yönetimi multidisipliner bir ekibi gerektirse de bu ekibin içinde hemşirelerin en temel görevleri arasında risk yönetimi yer almaktadır. Hemşireler, yataklı servislerde 24 saat hizmet verir, hastaların, hasta yakınlarının ve personelin güvenliğinin sağlanmasında da önemli bir rolü vardır (Bishop ve Ford-Bruins 2003, Bowers ve ark. 2005a,b). Hemşireler konuları gereği hataları tanımlamak, analiz etmek ve eylemde bulunmak açısından uygun konumda ve kalite güvenliğine ilişkin çalışmalarda yer alarak bu çalışmalara etkin şekilde katkı sağlamaktadırlar (Baykal ve Türkmen, 2014). Bu nedenle hemşireler, risk yönetimi sürecinde, çalışanlar, hasta ve yakınları açısından riskleri azaltmak için çalışırlar.

Risk yönetiminin hemşirelerin olduğu kadar ruh sağlığı hemşirelerinde temel rollerinden biri olduğu ve günlük uygulamalarında önem teşkil ettiği söylenmektedir (Crowe ve Carlyle 2003; Woods ve Kettles 2009; Cusack ve Killoury 2012; Cordall 2009; Gilbert ve ark. 2011; Woods 2013 ve HSE, 2009). Ruh sağlığı hemşireleri, diğer profesyonellere göre kliniklerde daha fazla zaman geçirmeleri, bütüncül yaklaşımı benimsemeleri, hasta ve ailesi ile uzun süre birlikte vakit geçirmeleri nedeni ile hastanın gereksinimlerini erken dönemde saptayabilmeleri, zengin deneyimleri, hastanın duygu ve düşüncelerini anlayabilmek için sorular sorabilmeleri, terapötik iletişim tekniklerini kullanabilmeleri, tüm bunların sonucunda hastaya uygulanacak en iyi yaklaşıma karar vermeleri nedeniyle kilit noktada yer almaktadırlar (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009). Hemşirenin hastanın hikayesini bilmesi risk yönetim sürecini kolaylaştırır ve hastanın risk davranışının altında yatan sebepleri görmesine yardımcı olur (Higgins, 2015a).

Clancy ve ark. (2014) ve Woods (2013)'un çalışmalarında ruh sağlığı hemşirelerini, bireyin içinde bulunduğu riski değerlendirebilmesi, yönetebilmesi ve önleyebilmesi gereken bir profesyonel olarak tanımlamaktadır. Hastaların riskli davranışlarına (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü almak, risk düzeyini değerlendirmek, hastaların en az kısıtlayıcı olan çevrede güvenli

tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olmak, hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri takip etmek, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımları uygulamak psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında yer almaktadır (Bjorkdahl ve ark., 2006; Yönetmek, 2019 ve Crowe ve Carlyle, 2003).

2.2. Psikodrama ve Eğitimde Kullanımı

Psikodramanın kurucusu Moreno'ya göre psikodrama, insan ruhuna dramatik eylem yoluyla bakan bir keşif bilimidir. Kişi, kendisini dünyanın bir mikro evreni olan grup içerisinde değerlendirebilmekte; sorunlarını, amaçlarını, rüyalarını ve korkularını oynayarak çözüm bulabilmektedir. Psikodramada sözel ve sözel olmayan iletişim biçimlerinin her ikisinden de yararlanılır (Dökmen 1988; Dökmen 1995; Goldman ve Morrison, 1984 ve Kellerman 2013).

Moreno tarafından geliştirilen psikodramanın kuramsal temelleri 1920'li yıllarda oluşmaya başlamış, psikodrama Morenonun ölümüne kadar tüm dünyada tanınmış ve pek çok alanda kullanılmaya başlamıştır. Psikodrama, psikoterapiden eğitime, endüstri psikolojisinden tiyatroya kadar çok geniş bir yelpaze içinde varlığını sürdürmüştür (Altınay, 2007). Moreno, psikodramayı yalnızca klinikte kullanılan bir yöntem olarak değil, bir yaşam aracı olarak tasarlamıştır. Psikodrama sahnesinde sergilenen olaylar hiç olmamış ya da geçmişte yaşanmış olaylar olabilmektedir. Hangi zamanda geçerse geçsin psikodramada bütün olaylar “şimdi ve burada” yeniden oluşturulmaktadır (Sprague, 1994).

Psikodrama insandaki üç temel özelliğe dikkat çeker. Bunlar eylem, yaratıcılık ve spontanlıktır (Altınay, 2012). Psikodramada genellikle derin duygusal yaşantıların yaşanması ve çözümlenmesi söz konusudur (Dökmen, 1995 ve Özbek ve Leutz, 2003). Psikodrama yaşantısında grup üyeleri tarafından yaşanan geçmiş olaylar çeşitli teknikler kullanarak canlandırılmakta ve yeniden yaşanmaktadır. Bu sırada üyeler, kendilerini üzmüş, öfkelenen, farklı duygular yaşamaya neden olmuş olayları, duygu ve düşüncelerini grup içinde oyunlaştırmakta böylece duygu ve düşüncelerini paylaşma ve dönüştürme fırsatı bulmaktadır (Özbek ve Leutz, 2003). Bireyi grubun içinde duygu ve düşüncelerini paylaşmaya yönlendirmekteki amaç, diğer grup psikoterapilerinde olduğu gibi davranış ve duygularda istenilen değişimleri meydana getirebilmektir (Blatner, 2002).

Psikodramada şimdiki zamana ilişkin sorunlarla başlama, bunların yakın geçmiş deneyimlerle olan benzerliklerini bulma, daha uzak geçmişle olan bağlantılarını

keşfetme, kişiye yaşam sürecini anlamasında yardım etme, sorunları, tercihleri ve eylemleri, kişinin şu anki işlevsel olmayan durumu içerisinde somutlaştırmasına ve yaşamdaki seçenekleri görmesine yardım etme, bilişsel ve duygusal açıdan bütünleşmesine yardımcı olma, kişinin süreçte öğrendiklerini yaşamına geçirebilir hale gelip, bu süreci tamamlayabilmesi ve iyileşmesine destek olma gibi süreçlerde çalışılır (Goldman ve Morrison, 1984).

Psikodrama ile ilgili literatür incelendiğinde, pek çok farklı alanda kullanımı ile ilgili çalışmaların yapıldığı bildirilmiştir (Dökmen, 1995 ve Ankara Psikodrama Derneği, 2019). Psikodrama, anksiyetenin azaltılması, umutsuzluğun giderilmesi, benlik saygısının yükseltilmesi, iletişim becerilerinin iyileştirilmesi, sosyal beceri geliştirilmesi, ölüm temasının ele alınması, krizle ve bağımlılıkla mücadele edilmesi, depresif duygu durumu ve kanserle baş edilmesi, infertilitenin getirdiği yük ile çalışılması, sınav kaygısı gibi pek çok farklı alan ve gruba uygulanmaktadır (Ankara Psikodrama Derneği, 2019; Terzioğlu ve Özkan, 2018 ve Özbaş Atlı ve Tel, 2016). Psikodrama yöntemi spontanlık eğitimi, atılğanlık eğitimi, rol eğitimi, yeni davranışlar deneme, modelden öğrenme ve içgörü yoluyla öğrenme gibi davranış değişikliğine yol açan eğitimler için de kullanılmaktadır (Dökmen,1995; Özbek ve Leutz, 2003 ve Blatner, 2002).

Hemşirelikle ilgili literatür incelendiğinde psikodrama ile ilgili çalışmalara 1960'lı yıllardan itibaren rastlanılmaktadır. Hemşireler tarafından özellikle kendini tanıma, otonomi, profesyonellik ve iletişim becerilerini geliştirme, depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve tükenmişliğin azaltılması, güçlenme gibi farklı temalarda çalışıldığı görülmüştür (Fallowfield ve ark., 2001; Kazzaz ve Vickers,1968; Lange, 1968; Özbaş Atlı ve Tel 2016 ve Terzioğlu ve Özkan, 2017). Psikodramanın rol oynama tekniğinin de hemşireler tarafından eğitim sürecinde kullanıldığı görülmektedir (Butz ve ark., 2007; Fallowfield ve ark., 2001; Hudson ve ark., 2008; Salinas, 2011 ve Schneider ve ark., 2010).

Hemşireler son yıllarda eğitim faaliyetleri içerisinde psikodramadan faydalanmaktadır. Özellikle etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesi, empatinin öğretilmesi, bakım becerilerinin geliştirilmesi, yeniliklere uyumun sağlanması, tükenmişliğin önlenmesi, ölümcül hastaya yaklaşım, cinselliğin öğretilmesi gibi farklı konularda psikodramayı ve psikodrama tekniklerini kullanmışlardır (Ahsen ve ark., 2010; Ashmore ve Banks, 2004; Chauhan ve Long, 2000; Delvaux ve Razavi, 1997; Fallowfield ve ark., 2001; Fisher ve ark., 2012; Henneman ve ark., 2007; Lindsay, 2008; Lindsay,

2010; Mast ve ark., 2012; Nickless, 2011; Nikendei ve ark. 2007; Oflaz ve ark. 2011; Perlman, 2008; Zekonis ve Gantt, 2007; Zook, 2000 ve Vanlaere ve ark., 2010).

2.2.1. Psikodramanın öğeleri

Özbek ve Leutz (2003), psikodramanın temel öğelerini şöyle açıklamışlardır: Sahne, psikodrama yöneticisi, protagonist, yardımcı oyuncular, grup, temel psikodrama teknikleridir.

1. Sahne: Özbek ve Leutz'a göre (2003), psikodramanın yapıldığı yer, kendiliğinden sahne olabilir. Grubun yerleştiği yerden artakalan ve sorunun oyunlaştırılarak ortaya konabilmesine olanak sağlayan bir alanın bulunması yeterlidir.

2. Psikodrama Yöneticisi: Psikodrama yöneticisi her oturumun gerçekleşmesi ve gidişinden sorumlu olan kişidir. Bir yandan çoğunlukla edilgin ve tutuk olan grup üyelerinin oyun içinde etkin olma yeteneğini kazanması gibi bir değişiklik oluşturmak, öte yandan da oyunun sürdüğü sırada protagonistin ve grup üyelerinin tedavi gereksinimlerine göre oyuna yön verme görevi vardır (Özbek ve Leutz, 2003).

3. Protagonist: Psikodramada protagonist (başoyuncu) canlandırdığı olayı önceden planlayıp provasını oluşturmaz; oyunu bütünüyle hazırlıksız, içinden geldiği, içine doğduğu gibi oynar. O burada, geçmişte ve şimdi kendi öz yaşamını, gelecek için istediklerini, beklentilerini oynar (Özbek ve Leutz, 2003). Protagonist farklı rol alma becerilerini kullanarak geçmişteki donuklaşmış tutum ve rollerini serbest bırakır, giderek daha açık ve kendine özgü olur. Bu durum, protagonistin psikodramada yeni rolleri deneyimlemesi sırasında duygularının ve düşüncelerinin yeni rolleri içinde nasıl değiştiğini açıklar. Protagonist, dünyaya yeni bir perspektiften bakar (Sprague, 1994).

4. Yardımcı Oyuncular: Yardımcı oyuncular grup içinden oyuna girerler.

5. Grup: Psikodrama sürecinde grup oyuna “aktif olmayan izleyiciler” biçiminde katılan bir kitle değildir. Bu süreçte grup daha çok toplumun minyatür bir örneği olarak davranır (Kaner, 1990). Psikodrama grubunun iki rolü vardır:

1. Protagoniste oturum sırasında sessiz destekleriyle, yaptıkları eşlemelerle ve yardımcı ego olarak destek verirler.

2. Oturumun sonunda geri bildirimleri ve paylaşımlarıyla katkıda bulunurlar (Kaner, 1990).

Protagonist için onu anlayan ve kabul eden bir grubun varlığı çok önemlidir (Kaner, 1990). Gruptaki en önemli koşullardan birisi güven ve ciddiye alınma, ilgi alışveriştir. Grup sürecinde, psikodrama sırasında ortaya çıkan sorunların, olup bitenlerin ciddiye

alınması, kişilere saygı ve onları bütün özellikleri ile kabul etme ve anlamaya çalışma koşulu vardır (Özbek ve Leutz, 2003).

6. Temel Psikodrama Teknikleri

- a. Eşleme:** Bu yöntem kaynağını en eski çocukluk döneminden, rol gelişiminin ilk iki aşamasından alır. Çocuk bu aşamada anneyi sen olarak ve annenin kendisine yaptığı her tür bakımı da “anneden geliyor” biçiminde algılamaz. Dış dünyayı da kendisi olarak yaşar ve anneyi kendi varlığının bir uzantısı olarak görür. Bu aşamada çocuğun yaşamı için gerekli olan, kendisinin yerine getiremediği her tür gereksinimi anne tarafından fark edilir ve anlaşılır. Eşleme yönteminde kişi, eşleme yaptığı kimsenin durumunu, iç yaşantısını sezip, onları “o” imiş gibi dile getirir (Özbek ve Leutz, 2003).
- b. Ayna:** Bu yöntem, kaynağını çocuk gelişiminin her şey gerçek aşamasındaki durumdan alır. Çocuk bu aşamada kendisini çevresinden ayırır ve kendi varlığını dış dünyadan ayrı olarak tasarlayabilir. Ayna tekniği bu psikolojik gerçeğe dayanır (Özbek ve Leutz, 2003). Moreno’ya göre protagonist kendisini kelimelerle, hareketlerle sunmadığı zaman, yardımcı ego psikodramatik sahnede onun yerini alır. Yardımcı ego, onun davranışlarını kopya ederek, onun duygularını kelime ve hareketlerle ifade etmeye çalışarak, ona diğer insanların onu nasıl yaşadıklarını “sanki bir aynaymış gibi” göstererek protagonisti yeniden oynar (Kaner, 1990).
- c. Rol değiştirme:** Psikodramada rol değiştirme, içinde bulunulan durumda ya da sahnede, can alıcı bir noktada yapılır. Oyundaki öykü boyunca ilerlenmesinde yardımcı olur. Oyun sırasında protagonistin, diğerinin duygularını anlaması için, diğerinin rolüne geçip “onun gözleriyle bakabilmesi” için kullanılan bir yöntemdir (Goldman ve Morrison, 1984).
- d. Kendi kendine konuşma (soliloquy):** Moreno’ya göre bu teknik, protagonistin yaşamdaki bir yakınıyla arasında geçen bir durumla ilgili ya da oyun sırasında bir anda gizli kalmış duygu ve düşüncelerini yüksek sesle dile getirmesidir (Kaner, 1990). Bu teknikte yönetici bir noktada eylemi keser ve protagoniste “içine dönmesini” söyler ve o anda, oradaki duygularıyla ilgili konuşmasını ister.
- e. Boş sandalye:** Bu teknikte üye yaşamında duygusal ilişki içinde bulunduğu bir kişiyi seçer, sahnenin ortasındaki boş sandalyeye oturtur. Üye sandalyeye yerleştirdiği kişinin ağzından kendini tanıtır. Grup üyelerinin, yaşamlarında kendileri için duygusal ilişkiler anlamında önemli olan kişilerle yaşadıklarını sahneye getirmeleri açısından son derece etkili bir tekniktir (Altınay, 2007).

2.2.2. Psikodramanın aşamaları

Goldman ve Morrison (1984), psikodramanın üç temel bölümü olduğunu söylemişlerdir: Isınma, eylem (oyun aşaması) ve paylaşım (görüşme aşaması).

a) Isınma: Bu aşama grubu ve yöneticiyi çalışacağı yönde hazırlamayı amaçlar (Goldman ve Morrison, 1984). Yönetici ısınma aşamasında grup üyeleri ile grup arasında iletişim köprülerini kurmak, böylelikle üyeler arasında duygusal ilişkiler sağlamak durumundadır (Özbek ve Leutz, 2003). Isınma, oyun aşamasına kadar yönetici ve protagonist arasında görüşme düzeyinde yer alır. Bu iki kişi zaman ve mekân içinde, eylem aşamasına doğru birlikte hareket ederler (Kaner, 1990).

b) Eylem (Oyun aşaması): Eylem bölümü psikodrama sürecinin ana bölümüdür. Bu aşama sahneden sahneye geçişlerle, ipuçlarını kullanarak bilgi ve sembollerle protagonistin yaşamını değerlendirmesine ve geleceğe yönelik olarak seçimler oluşturmaya yardımcı olur (Goldman ve Morrison, 1984). Bu aşamada grubun dikkati bir sorun üzerinde odaklanmış bir kişiye yönelmiştir. Bundan sonra yapılacak şey seçilen protagonistin eylem ve oyun için hazırlanmasıdır (Özbek ve Leutz, 2003). Sahneye getirilenler “şimdi ve burada” ilkesine göre oynanır. Olayın gerçeği tekrarlaması önemli değildir. Önemli olan protagonistin şimdi ve burada yaptıklarının sonucunda ortaya çıkan durumdur (Kaner, 1990).

c) Paylaşım (görüşme aşaması): Bu aşama protagonist için olduğu kadar grup için de bitirme aşamadır. Bu aşamaya, eylem sürecinde protagonist için bir sonuca ulaşıldığında geçilir. Artık grup kendileriyle, yaşamlarıyla, kendi deneyimleriyle ilgili bir şeyleri protagonistle paylaşabilir (Goldman ve Morrison, 1984). Özbek ve Leutz’a göre (2003), görüşme aşaması iki bölümden oluşur:

- 1. Rol geri bildirimi:** Bu aşamada önce protagonist, sonra oyun arkadaşlarının her biri, kendi rollerinde neler duyumsadıklarını söylerler. Daha sonra yardımcı oyuncular protagonistin rolünde neler yaşadıklarını, duygularını dile getirirler. Ayrıca protagonist rol değiştirmeler sırasında neler yaşadığını grupta paylaşır (Özbek ve Leutz, 2003).
- 2. Özdeşim geri bildirimi:** Bu aşamada oyunu izleyen grup üyeleri ve psikodrama yöneticisi, oyun sırasında protagonistle ya da onun ilişkide bulunduğu kişilerden biri ile kendi yaşantıları arasında benzerlik bulmuşlarsa bunu dile getirirler (Özbek ve Leutz, 2003). Bu noktada protagonist tüm güçlüklerine ve zayıflıklarına karşın grup tarafından kabul edildiğini hisseder. Tüm bunların yanı sıra paylaşımına daha önceden

getirilmeyen, açıklanmayan ya da unutulmuş olan malzemelerin ortaya çıkmasına ve ayrıca yeni protagonistlerin ısınmasına, ileriki oturumlarda sorunlarını dile getirmelerine katkıda bulunur (Kaner, 1990).

2.2.3. Psikodramanın eğitimde kullanımı

Öğrenme yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Okul öncesinde başlar, örgün eğitim süresince devam eder ve asla bitmez. Kişi kendi deneyimlerinden, diğerlerinden, ait olduğu gruplardan eylem yoluyla öğrenir. Moreno gözlemlerine dayanarak oluşturduğu psikodrama kurumunda eylem teknikleri olarak adlandırdığı birçok yöntem ve tekniğin başlatıcısıdır. Eylem tekniklerinin kullanıldığı, özellikle gelişim ve değişimin temel alındığı ısınma, spontanlık ve yaratıcılığı kapsayan süreç psikodramanın felsefesini oluşturur (White, 2002). Psikodrama ve sosyodrama teknikleri, en yaygın kullanım alanı olan grup psikoterapisine ek olarak eğitim etkinliklerinde uzun yıllardır kullanılmaktadır. İlk olarak Moreno eğitim ortamında psikodramatik teknikleri kullanılmış ve bir okuldaki kız öğrenciler arasındaki ilişkilerin incelendiği sosyometrik bir çalışma yapmıştır (Moreno, 1953). Moreno gruplardaki insan ilişkilerini gözlemlemiş ve yeni bir gruba katılan bireylerin kaygılandığını, bazılarında daha düşük kaygı olurken bazılarında daha yüksek kaygı olduğunu görmüştür. Yüksek kaygı düzeylerinin önemli yan etkilerinden biri öğrencilerin normal düzeyde düşünememeleri veya kendilerine verilen herhangi bir bilgiyi akıllarında tutamamalarıdır. Birçoğu için bu sürecin grup içinde yavaş yavaş çözüldüğü ancak sosyometrik egzersizler ve eylem teknikleri kullanılarak bu sürecin daha kolay ve daha hızlı çözülebileceği, izolasyonun önlenebileceği ve eğitimin etkinliğini artıracığı bildirilmiştir (Haworth ve Vasiljevic, 2012). Moreno tarafından başlatılan psikodramanın eğitimde kullanılması yöntemi daha sonra tarih, sosyal çalışmalar, kültürel konular, yabancı dil, yaşam becerileri, edebiyat, psikoloji, tıp, hemşirelik ve erişkin eğitimi alanlarında da kullanılmıştır (Sternberg ve Garcia, 2000).

Psikodramanın eğitimde kullanılması ile ilgili dünyada ve Türkiye’de çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Propper (2003) drama ve edebiyat eğitimlerinde psikodrama yöntemlerini kullandığını belirterek, bu eğitim yöntemiyle öğrencilerinin roman karakterleri ve temalarıyla içsel bağlantılar kurduklarını ve bunun çok etkin bir eğitim olduğunu gözlediğini vurgulamıştır. Gökler’in (2013) çalışmasında sağlık çalışanlarına olgular üzerinden psikodrama teknikleri kullanılarak ihmal ve istismara uğradığı düşünülen çocuk, ergen ve aileleriyle görüşme teknikleri öğretilmiş ve bu görüşmeler yoluyla katılımcıların uygun beceri ve tutum geliştirmelerine destek olunmuştur. Şahin

Dağlı ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerine çocuk istismarı ve ihmali eğitiminde psikodrama yöntemi kullanılmış, eğitim sonrasında bilgi ve farkındalık testlerinde artış gözlenmiştir. Aynı çalışmada yapılan nitel değerlendirmelerde de kişisel farkındalık düzeyi ve empati becerilerinde artışa neden olduğu, mesleklerini daha iyi yapabilme konusunda cesaretlendirdiği bildirilmiştir. Bilge ve Keskin (2017)'in çalışmasında psikodrama ile zenginleştirilmiş öfke yönetimi eğitiminin üniversite öğrencileri üzerinde etkinliğine bakılmış, eğitim sonrası öfke puanlarında azalma olduğu belirlenmiştir. Soygür ve ark. (1998) hasta yakınları ile gerçekleştirilen psikodrama yönelimli destekleyici-eğitici grup psikoterapisinin kronik şizofreni gidişi üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmasında hastalığın yinleme oranları kontrol grubundakilere göre daha düşük çıkmıştır.

Eğitim alanında psikodrama teknikleri bir süredir kullanılmış olsa da risk yönetimi konusunun eğitiminde kullanılması yeni bir yaklaşımdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarını belirlemek ve psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminin etkinliğini ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışmanın birinci aşamasında tanımlayıcı, ikinci aşamasında tek grup pre-test, post-test, izlem modelinde yarı deneysel ve üçüncü aşamasında ise nitel araştırma deseni kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırmanın ilk aşaması, Ankara ili Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinin (Hacettepe, Gazi ve Ankara Üniversitesi Hastaneleri, Atatürk, Dışkapı, Numune, Gülhane, Yenimahalle, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastaneleri) psikiyatri kliniklerinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, 01 Haziran 2018- 30 Nisan 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın ikinci ve üçüncü aşama ise, Ankara Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatri kliniklerinde uygulama 30 Nisan- 2 Ağustos 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Klinikler

Araştırma, Ankara ili Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinin (Hacettepe, Gazi ve Ankara Üniversitesi Hastaneleri, Atatürk, Dışkapı, Numune, Gülhane, Yenimahalle, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastaneleri) psikiyatri kliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

1. Psikiyatri Kliniği; 26 yatak kapasiteli, farklı tanı grubundan hastaların tedavi gördüğü bir klinik olup, klinikte risk yönetimine ilişkin özel bir uygulama bulunmamakta yalnızca intihar riski belirleme çizelgesi bulunmaktadır. Klinikte toplam 11 hemşire görev yapmaktadır.

2. Psikiyatri Kliniği; Tek kat üzerinde kadın ve erkek hastaların ayrı birimlerde tedavi gördüğü, toplam 31 yataklı bir klinik. Klinikte risk yönetimine ilişkin özel bir

uygulama bulunmamakta yalnızca rutin uygulamalar yapılmakta ve toplam 13 hemşire görev yapmaktadır.

3. Psikiyatri Kliniği; Toplam 6 klinik ve 86 yatak kapasiteli, ayrı bir binada yer alan birim, kadın-erkek psikoz, alkol, özel, rehabilitasyon ve psikosomatik kliniklerden oluşmaktadır. Klinikte risk yönetimine ilişkin özel bir uygulama bulunmamakta yalnızca rutin uygulamalar yapılmakta ve toplam 20 hemşire görev yapmaktadır.

4- 5- 6- 9. Psikiyatri Kliniği; 4. Psikiyatri kliniği 16 yatak kapasiteli ve 7 hemşirenin çalıştığı, 5. klinik 22 yatak kapasiteli ve 5 hemşirenin çalıştığı, 6. klinik 26 yatak kapasiteli, 6 hemşirenin çalıştığı, 9. klinik ise 24 yatak kapasiteli, toplam 9 hemşirenin görev yaptığı klinikler olup, kliniklerin hiçbirisinde risk yönetimine ilişkin özel bir uygulama bulunmamakta yalnızca rutin uygulamalar yürütülmektedir.

7. Psikiyatri Kliniği; Hastanenin ayrı bir binasında, 3 katlı, 4 klinik ve 68 yatak kapasiteli olan birimde kadın- erkek kapalı kliniğin yanı sıra rehabilitasyon ve psikosomatik klinikler bulunmaktadır. Kliniklerin hiçbirisinde risk yönetimine ilişkin özel bir uygulama bulunmamakta yalnızca rutin uygulamalar yürütülmekte ve toplam 16 hemşire görev yapmaktadır.

8. Psikiyatri Kliniği; Klinik tek kattan oluşup, çocuk ve ergen psikiyatri hastalarının tedavi gördüğü 10 yataklı bir klinikdir. Klinikte risk yönetimine ilişkin özel bir uygulama bulunmamakta yalnızca rutin uygulamalar yürütülmekte ve toplam 5 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın İlk Aşaması

Ankara İl'i Sağlık Bakanlığı'na bağlı altı eğitim ve araştırma hastanesi ve üç üniversite hastanesinin psikiyatri kliniklerinde çalışan tüm hemşireler (n:92) araştırmanın evrenini oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmeyerek, evrenin tamamı çalışmaya alınmıştır. Çalışma, katılmayı kabul eden 84 hemşire ile yürütülmüştür

Ankara İl'i Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinin psikiyatri kliniklerinin ve çalışan hemşirelerin sayıları aşağıda verilmiştir.

- Üç Üniversite Hastanesinde toplam dokuz tane psikiyatri kliniği ve 44 hemşire vardır.
- Altı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde toplam on tane psikiyatri kliniği ve 48 hemşire vardır.

Araştırmanın İkinci ve Üçüncü Aşaması

Ankara İl'inde bulunan eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri psikiyatri kliniklerinde çalışmanın uygulama aşamasına izin verilmediği ve sadece Ankara Üniversitesi Hastanesinin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Psikiyatri kliniklerinde yapılmasına onay verildiği için, bu hastanenin psikiyatri kliniklerinde çalışan tüm hemşireler araştırmanın evreni ve örneklemini oluşturmuştur. Hastanede çalışan hemşire sayısı 20'dir. Çalışma, katılmayı kabul eden 13 hemşire ile mesai saatlerinde yürütülmüştür.

Örnekleme Alma Kriterleri

- Araştırmanın yapıldığı zaman diliminde hemşire olarak aktif görevde ve en az bir aydır çalışıyor olmak

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

İlk Aşama

Bağımsız Değişken: Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, psikiyatride çalışma süresi)

Bağımlı Değişken: Psikiyatri klinik hemşirelerinin risk yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puanları

İkinci ve Üçüncü Aşama

Bağımsız Değişken: Psikodrama temelli risk yönetimi eğitim programı

Bağımlı Değişken: Psikiyatri klinik hemşirelerinin risk yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puanları

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler Psikiyatri Klinik Hemşireleri için Risk Değerlendirme ve Yönetimine Yönelik Veri Toplama Formu (EK-1), Eğitimin Etkisi Hakkında Hemşirelerin Görüşlerini Değerlendirme Formu (EK-2) ile toplanmıştır.

3.5.1. Psikiyatri klinik hemşireleri için risk değerlendirme ve yönetimine yönelik veri toplama formu (EK-1)

Form, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak (Roy ve ark, 2016; Manuel ve Crowe, 2014; Wand ve ark., 2015; Woods, 2013; Downes ve ark., 2016 ve Delagillo ve ark., 2014) geliştirilmiştir. Form iki bölümdür, ilk bölümde hemşirelerin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma yılı, psikiyatri kliniğinde çalışma yılı gibi bireysel ve mesleki özellikler ve risk yönetimi konusunda eğitim alma durumları, ikinci bölümde, risk değerlendirme ve yönetimine ilişkin bilgi soruları (12-16.maddeler), kliniklerinde risk yönetimine yönelik uygulamaları belirlemeye yönelik sorulardan (18. Madde) ve toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Bilgi sorularının toplam puanı 40'dır. Uygulama sorularının puanlamasında da için bölüm 2 soru 18 de yer alan girişimlerin her birisi puanlanmıştır. Puanlamada evet her zaman için 3 puan, evet ara sıra için 2 puan, hayır hiçbir zaman için 1 puan verilmiştir. Uygulama sorularının toplam puanı 60'dır. Risk yönetimi toplam puanlarının 60 ve üzeri olması bu konuda bilgilerinin olduğu, düşük olmasıda geliştirilmesi gereken alanların olduğunu düşündürmektedir.

Psikiyatri Klinik Hemşireleri için Risk Değerlendirme ve Yönetimine Yönelik Veri Toplama Formu için sekiz uzmandan uzman görüşü alınmıştır.

Psikiyatri Klinik Hemşireleri için Risk Değerlendirme ve Yönetimine Yönelik Veri Toplama Formu ön uygulama çalışması, araştırmaya dahil edilmeyen dört hemşire ile yapılmıştır. Formunun anlaşılabilirliği test edilmiş, gelen geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak forma son şekli verilmiştir.

3.5.2. Hemşirelerin eğitim sonrası görüşlerini değerlendirme formu (EK-2)

Yarı yapılandırılmış biçimde oluşturulan form dört sorudan oluşmaktadır. Bu form, her gruba verilen eğitimden sonra ve 1. ve 3. Ayda olmak üzere hemşirelerle 15- 30 dakika süren görüşme yapılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.6. Uygulama

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinlerin alınmasından sonra (EK-3, EK-4), araştırma kapsamına alınan hemşirelere araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onam (EK-5) alınmıştır.

3.6.1. Eğitim öncesi hazırlık

Bu aşamada araştırmacı tarafından hemşirelerle kliniklerinde ayrı ayrı görüşülerek çalışma hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılma onamı alındıktan sonra, Psikiyatri Klinik Hemşireleri için Risk Değerlendirme ve Yönetimine Yönelik Veri Toplama Formu (EK-1) verilmiş ve soruları kendi kendilerine yanıtlamaları istenmiştir. Araştırmacı bu sürede aynı ortamda herhangi bir müdahalede bulunmadan kalmış, soruları olduğunda yanıtlamıştır. Uygulama yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Ardından 2. aşamada risk yönetimi eğitiminin yapılacağı hastanede çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler belirlendikten sonra sorumlu hemşire ile birlikte eğitimin süresi, yeri, saati, gibi eğitim planı oluşturulmuştur. Eğitime hemşirelerin katılabilmeleri için yönetici hemşire ile birlikte nöbet listelerinin uygunlukları gözden geçirilmiştir. Kliniklerde işleyişin bozulmaması ve hemşirelerin nöbetli çalışmaları göz önüne alındığı için eğitime katılmak isteyen gönüllü hemşireler iki gruba ayrılmıştır. Araştırmaya dahil olan eğitim grubundaki hemşirelere eğitim öncesi ilk oturumda tanışma ve gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra Psikiyatri Klinik Hemşireleri için Risk Değerlendirme ve Yönetimine Yönelik Veri Toplama Formu (EK-1) uygulanmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Eğitim öncesinde toplantı salonları psikodrama oturumlarına ve teorik eğitime uygunluk açısından araştırmacı tarafından değerlendirilmiş, gerekli düzenlemeler sorumlu hemşireler ve eğitim hemşireleri ile birlikte yapılmıştır.

3.6.2. Eğitim aşaması

Eğitimde, eğitici için “Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitimi Eğitici Kitabı” (EK-6), katılımcılar için “Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitimi Kitabı” (EK-7) ve Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitim Programı İçeriği (EK-9) kullanılmıştır. Psikodrama temelli risk yönetimi eğitim programının içeriği literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009) ve beş uzmandan uzman görüşü (Bir psikiyatrist, üç hemşire, bir klinik psikolog tarafından) alınmıştır.

Eğitime başlamadan önce “Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitimi Kitabı” (EK-7) ve Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitim Programı Takvimi (EK-8), A4 kâğıdı, tükenmez kalem tüm katılımcılara verilmiştir.

Psikodrama temelli risk yönetimi eğitimi, Ankara Üniversitesi hastanesinin psikiyatri kliniğinin eğitim odalarından birinde yapılmıştır. Hemşireler arasında çalışmaya

katılmayı kabul edenlerin tamamı (n:13) iki gruba ayrılarak psikodrama temelli risk yönetimi eğitimi verilmiş ve eğitim tekrarlanmıştır. Birinci grup 6 kişi 30.Nisan-3.Mayıs tarihleri arasında, ikinci grup 7 kişi 6 Mayıs- 8 Mayıs tarihleri arasında eğitime katılmıştır. Yapılan eğitimde psikodrama kullanılmış, teorik eğitim için anlatım tekniği, beyin fırtınası, soru cevap ve grup tartışması kullanılmıştır. Yapılan psikodrama oturumlarında tanışma, hedef belirleme, beklenmedik bir durum ile karşılaştıklarında nasıl davrandıkları ve baş etme mekanizmaları çalışılmıştır. Aynı zamanda psikodrama yoluyla klinik riskler ve risk yönetimi konusunda senaryo ile çalışma yapılmıştır.

Oturum aralarında katılımcıların fiziksel ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için uygun molalar verilmiş, ikramlar sunulmuştur. Eğitim tamamlandıktan sonra katılımcılara katılım belgeleri (EK- 10) verilmiştir.

Araştırmacı Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsünden psikodrama eğitimini tamamlamış, yeterlilik tezini vermiş, Psikodramatist ünvanını almıştır.

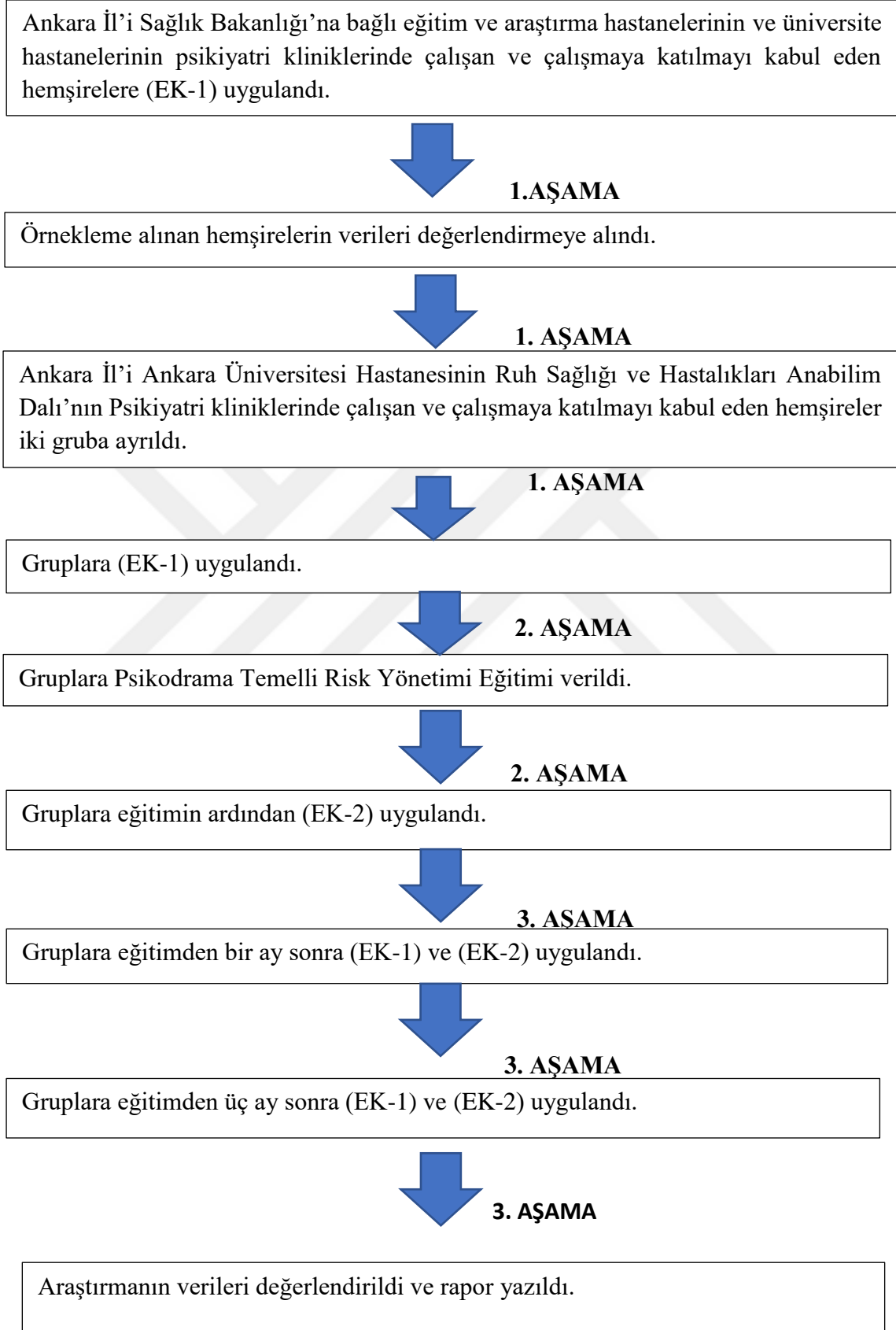
3.6.3. Eğitim sonrası aşama

Çalışmaya katılan hemşirelere verilen eğitimin etkisini değerlendirmek amacıyla, Psikiyatri Klinik Hemşireleri için Risk Değerlendirme ve Yönetimine Yönelik Veri Toplama Formu (EK-1), Hemşirelerin Eğitim Sonrası Görüşlerini Değerlendirme Formu (EK-2) eğitim bittikten sonra uygulanmıştır.

Hemşirelere bir ay ve üç ay sonra Psikiyatri Klinik Hemşireleri için Risk Değerlendirme ve Yönetimine Yönelik Veri Toplama Formu (EK-1), Hemşirelerin Eğitim Sonrası Görüşlerini Değerlendirme Formu (EK-2) uygulanmıştır.

Çalışmanın Aşamaları

Çalışmanın Akış Şeması



3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bağımsız değişkeni Psikodrama temelli risk yönetimi eğitim programı, bağımlı değişkeni ise hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi, uygulama ve toplam puanlarıdır. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri; veri toplama formundaki bilgi, uygulama ve toplam puanları için ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değerler kullanılarak gösterilmiştir. Bağımlı gruplarda tekrarlı yapılan ölçümlerde bilgi, uygulama ve toplam puanları için Friedman testi kullanılmıştır. Sosyodemografik veriler için frekans ve yüzdelik değerler kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin test istatistiğinde eğitim öncesi ve sonrası, bilgi, uygulama ve toplam puanlar arasındaki farkların karşılaştırılması amacıyla Wilcoxon Testi, sosyodemografik değişkenlerle puanlar arasında fark olup olmadığı Kruskal Wallis Varyans Analizi; cinsiyet ile puanlar arasında fark olup olmadığı Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın verileri IBM SPSS 21 programında değerlendirilmiştir.

Çalışmanın nitel verilerine içerik analizi yapılmıştır. Kavramsallaştırma ve kategorileştirme uygulanmıştır. Hemşirelerin eğitim programı, psikodrama temelli eğitim yöntemi ve uygulamada kullanımları ile ilgili görüşlerini değerlendirebilmek için eğitim sonrasında sorulan sorulara verdiği yanıtlar önce aynen yazılmış, her bir hemşirenin ifadeleri ayrı ayrı maddelenmiş ve ayrıntılı okunmuştur. İçerik analizi yapılarak, temalar çıkarılmıştır. Araştırmacı doktora dersi kapsamında nitel araştırmalar dersi almıştır.

Çalışma öncesinde yapılan güç analizinde örneklem sayısı en az 12 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 13 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışma bitiminde, ön test puan ortalamaları ile üçüncü ay puan ortalamalarına göre yapılan G-POWER programında yapılan güç analizinde >0.99 olarak tespit edilmiştir.

3.8. Etik Boyut

Çalışmaya başlamadan önce Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06/2018/508 sayılı karar ile 23/03/2018 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır (EK-5)

Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden 27.4.2018 tarihinde 90169164-799 sayılı karar ile araştırmanın Ankara İli Tüm Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin psikiyatri kliniklerinde yapılması için izin alınmıştır (EK-4).

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığından 16.5.2018 tarihli 75255018-740 sayılı kararı ile psikiyatri kliniklerinde yapılması için izin alınmıştır (EK-4).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın 23.5.2018 tarihli 93984376-044-E.26288 sayılı kararı psikiyatri kliniklerinde yapılması için izin alınmıştır (EK-4).

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Psikiyatri Kliniğinde çalışmanın yapılabilmesi için kendi üniversitelerinden etik kurul kararı istedikleri için Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonundan 27.12.2018 tarihli ve 35853172-806.01.03/00000385216 sayılı karar ile 19 Şubat 2019 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır. (EK-4)

Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak, hazırlanan Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı onamları alınmıştır (EK-5).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Hemşirelerin yoğun, sayıları az ve nöbetli çalışmaları gerekçe gösterilerek Ankara İl'i İl Sağlık Müdürlüğü tarafından veri toplama formunun uygulanmasına izin verilip eğitim için izin verilmemiştir. Eğitim için tek merkezin izin vermesi nedeniyle eğitim grubunun sayısı sınırlı kalmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde psikiyatri kliniklerinde risk yönetimi ile ilgili hemşirelerin bilgi ve uygulamalarına psikodrama temelli risk yönetimi eğitim programının etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları yer almaktadır. Çalışma üç adımda gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada hemşirelerin risk yönetimi konusunda bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi, ikinci aşamada psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarına etkisinin belirlenmesine ait bulgular ve üçüncü aşamada hemşirelerin eğitim programı, yöntem ve uygulamada kullanımları ile ilgili görüşlerini değerlendirmek için elde edilen nitel veriler değerlendirilmiştir. Tüm bu bulgular aşağıda yer almaktadır.

BİRİNCİ AŞAMA

Tablo 4. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=84)

Tanıtıcı Özellikler	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	38.02	6.76
Hemşire Olarak Çalışma Süresi (yıl)	14.95	8.17
Psikiyatri Kliniğinde Çalışma Süresi (yıl)	7.20	6.31
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	74	88.1
Erkek	10	11.9
Eğitim Durumu		
Lise	3	3.6
Önlisans	19	22.6
Lisans	52	61.9
Lisansüstü	10	11.9
Kurumdaki Görevi		
Sorumlu Hemşire	8	9.5
Klinik Hemşire	76	90.5
Psikiyatri Kliniğine Başladıktan Sonra Meslekle İlgili Aldıkları Eğitimler		
Hizmet İçi Eğitim	64	76.2
Özel Kurs	12	14.3
Diğer (Kitap okuma vs.)	8	9.5

Tablo 4’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; % 88.1 kadın, % 61.9’u lisans, % 11.9’u lisansüstü mezunu ve % 90.5’ide klinik hemşiresidir. Hemşirelerin yaş ortalaması 38.02, hemşire olarak çalışma süresinin ortalaması 14.95 yıl ve psikiyatri kliniğinde çalışma süresinin ortalaması ise 7.20 yıldır. Hemşirelerin % 76.2’si hizmet içi eğitim aldıklarını belirtirken ancak % 14.3’ü psikiyatri ile ilgili özel kursa gittiğini ve kalan % 9.5’ide kitap okuduğunu ya da kongrelere katıldığını ifade etmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin risk yönetimiyle ilgili eğitim alma ve kendini yeterli bulma durumlarının dağılımı (n=84)

Risk Yönetimi ile İlgili Eğitim Alma ve Yeterli Bulma Durumları	n	%
Risk Yönetimi ile İlgili Eğitim		
Alan	0	0.0
Almayan	84	100
Risk Yönetimi Eğitim İhtiyacı		
Var	39	46.4
Kısmen var	45	53.6
Risk Yönetimi Konusunda Kendini Yeterli Bulma Durumu		
Yeterli	22	26.2
Kısmen yeterli	45	53.6
Yeterli değil	17	20.2

Tablo 5'e göre, hemşirelerin tamamı risk yönetimiyle ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını bildirmiştir. Hemşirelerin % 46.4'ü eğitime ihtiyacı olduğunu, % 53.6'sının kısmen ihtiyacı olduğunu bildirdikleri görülmektedir. Hemşirelerin risk yönetimi konusunda kendini yeterli bulma durumlarına bakıldığında, % 26.2'si yeterli, % 53.6'sı kısmen yeterli, % 20.2'si yeterli olmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 6. Hemşirelerin risk yönetimi basamaklarının klinikte uygulama ve hemşirelerin sorumluluğu ile ilgili görüşlerinin dağılımı (n=84)

Risk Yönetimi Basamakları	Klinikte uygulanıyor		Hemşire sorumludur	
	n	%	n	%
Risk Değerlendirme				
Risklerin tanımlanması ve kayıt edilmesi	61	72.6	51	60.7
Aile üyelerinden, arkadaşlarından, uygun olan diğer kaynaklardan bilgi alınması	78	92.9	59	70.2
Riskin yönetim sürecinde rehber el kitaplarından faydalanılması	24	28.6	11	13.1
Riskin yönetim sürecinde ölçek, form, anket vb. kullanılması	50	59.5	18	21.4
Tanımlanan risklerin değerlendirilmesi	55	65.5	32	38.1
Risk seviyesinin tespit edilmesi	60	71.4	36	42.9
Risk Yönetimi				
Risk yönetim planı oluşturulması	46	54.8	32	38.1
Risk yönetim sürecinde hastaların, bakıcıların ve personelin güvenliğinin sağlanması	62	73.8	44	52.4
Risk yönetim planına hastaların dahil edilmesi.	37	44.0	28	33.3
Ailelerin ve bakıcıların risk yönetim planına aktif şekilde katılmalarının sağlanması	44	52.4	33	39.3
Risk yönetimine dahil olan tüm bireylerin önyargılardan uzak, yönlendirici olmadan dinlenmesi	59	70.2	35	41.7
Risk yönetim planının dâhil olan bireylere anlatılması	50	59.5	29	34.5
Risklerin değerlendirilmesi ve yönetim planının kayıt ve dokümantasyonunun standartlaştırılması	32	38.1	19	22.6
Risklerin değerlendirilmesi ve yönetim planının klinik kayıtlarda açıkça belirtilmesi	41	48.8	24	28.6
Risklerin süreç içinde tekrar değerlendirilmesi, klinik değerlendirme ve yönetim planının tekrar izlenmesi, değerlendirilmesi ve incelenmesi	39	46.4	24	28.6

Tablo 6'ya göre hemşirelerin risk yönetimi basamaklarının klinikte uygulanma durumlarına bakıldığında daha çok risk değerlendirmenin yapıldığı (bilgi alma % 92.9, risklerin tanımlanması % 72.4 ve risk seviyesinin tespit edilmesinin % 71.4) ve risk yönetimi basamaklarının daha az oranlarda yapıldığı (güvenliğin sağlanması % 74 ve hastaların dinlenmesi % 70.2) görülmektedir. Risk değerlendirme basamaklarından da tanımlanan risklerin değerlendirilmesi % 65.5, ölçek ve form kullanılması % 59.5, rehber el kitaplarından faydalanılması % 28.6 oranlarında yapılmaktadır. Risk yönetimi basamaklarından ise risk yönetiminin bireylere anlatılması % 59.5, plan oluşturma % 54.8, ailelerin plana dahil edilmesi % 52.4, klinik kayıtlarda belirtilmesi % 48.8,

hastaların dahil edilmesi % 44.0, kayıtların standartlaştırılması % 38.1'dir. Hemşirelerin risk yönetimi basamaklarının hemşirelerin sorumluluğu ile ilgili görüşlerine bakıldığında daha çok risk değerlendirmesini kendi sorumlulukları olarak gördükleri (bilgi alma % 70.2, risklerin tanımlanmasını % 60.7, risk seviyesinin tespit edilmesinin % 42.9, tanımlanan risklerin değerlendirilmesi % 38.1, ölçek ve form kullanılması % 21.4, rehber el kitaplarından faydalanılması % 13.1) ve risk yönetimi basamaklarını kendi sorumlulukları olarak daha az oranlarda gördüklerini (güvenliğin sağlanması % 52.4, hastaların dinlenmesi % 41.7, risk yönetiminin bireylere anlatılması % 34.5, plan oluşturma % 38.1, ailelerin plana dahil edilmesi % 39.3, klinik kayıtlarda belirtilmesi % 28.6, hastaların dahil edilmesi % 33.3, kayıtların standartlaştırılması % 22.6) bildirmişlerdir.



Tablo 7. Hemşirelerin klinikte risk yönetimi ile ilgili girişimlerde bulunma ile ilgili ifadelerinin dağılımı (n=84)

Risk Yönetimi ile İlgili Girişimler	Evet Her zaman		Evet Ara sıra		Hayır Hiçbir zaman	
	n	%	n	%	n	%
1. Bireylerde intihar /saldırganlık vb riskinin ciddiyetini değerlendirme	49	58.3	33	39.3	2	2.4
2.Hastanın intihar /saldırganlık vb riski konusunda tüm ekibi bilgilendirme	39	46.4	36	42.9	9	10.7
3.Hastanın kliniğe kabulü ile beraber risk değerlendirmesi yapmaya başlama ve yapılandırılmış araçlar kullanma	29	34.5	28	33.3	27	32.1
4.Risk değerlendirmesi yaparken intihar/saldırganlığın vb. durumların ortaya çıkmasında etkili olan risk faktörlerine yönelik veri toplama ve ona göre önlem alma	40	47.6	31	36.9	13	15.5
5.İntihar, saldırganlık vb. durumların öncesinde ortaya çıkan öncü belirtileri tanıma	30	35.7	38	45.2	16	19.0
6.İntihar, saldırganlık vb. riskli durumları önleme konusunda personele eğitim verme	22	26.2	29	34.5	33	39.3
7.İntihar/saldırganlık vb. riskinin anlaşılması için bireye doğrudan sorular sorabilme	27	32.1	35	41.7	22	26.2
8.Hastaları duygusal olarak boşalmasını sağlayan aktivitelere yönlendirme ve seçenekler sunma	20	23.8	35	41.7	29	34.5
9. Hasta ile uygun iletişim becerileri kullanarak duygularını ifade etmesi için cesaretlendirme, güven ilişkisi kurma ve ajitasyonunu azaltmaya yardım etme	28	33.3	32	38.1	24	28.6
10. Hasta kliniğe yattığında yasaklı eşyalar açısından yanındakileri kontrol etme ve üzerini arama	43	51.2	26	31.0	15	17.9
11.Hasta odasını mümkünse monitör ile gözleme, bu sağlanamıyor ise gözlem seviyelerinde belirlenen aralıklarla kontrol etme	37	44.0	33	39.3	14	16.7
12. Ziyaret saatinde yakınlarının getirdiği eşyaları kontrol etme	37	44.0	33	39.3	14	16.7
13.Çevresel risk faktörlerini kontrol altına almak için güvenli bir ortam oluşturma	42	50.0	33	39.3	9	10.7
14.Hasta ile arasındaki güvenlik mesafesini koruma	33	39.3	41	48.8	10	11.9
15.Gerektiğinde hastayı daha sakin ve uyarının az olduğu bir ortama alma	28	33.3	43	51.2	13	15.5
16.Hastaya sorumluluk vererek kontrol duygusunu geliştirme	28	33.3	29	34.5	27	32.1
17.Hasta ile görüşürken sorun olduğunda hızla dışarı çıkabilecek ölçüde kapıya yakın durma	24	28.6	29	34.5	31	36.9
18 Hastanın riskini ele almada hasta merkezli bakım sağlama, hastanın bakıma katılması için destekleme	23	27.4	30	35.7	31	36.9
19.Hastaya yapılan tüm uygulamaları gerekçeleri ile birlikte açıklama	24	28.6	29	34.5	31	36.9
20.Hastalar arası olumlu etkileşimi destekleme ve rol model olma	22	26.2	20	23.8	42	50.0

Tablo 7'e göre risk yönetimi ile ilgili hemşireler tarafından her zaman yapılan girişimler; bireylerde intihar /saldırganlık vb riskinin ciddiyetini değerlendirebilme % 58.3, hasta kliniğe yattığında yasaklı eşyalar açısından yanındakileri kontrol etme- üzerini arama % 51.2, güvenli ortam oluşturma % 50, riskler konusunda tüm ekibi bilgilendirme % 46.4, hastaların gözlem seviyelerine göre gözlenmesi % 44.0, yakınlarının eşyalarını kontrol etme % 44.0, ara sıra yapılan girişimler; hastayı sakin bir ortama alma % 51.2, güvenlik mesafesini koruma % 48.8, öncü belirtileri tanıma % 45.2, riskler konusunda tüm ekibi bilgilendirme % 42.9, hastaları aktivitelere yönlendirme % 41.7, hiçbir zaman yapılmayan girişimler ise; hastalar arası olumlu etkileşimi destekleme ve rol model olma % 50, İntihar, saldırganlık vb. riskli durumları önleme konusunda personele eğitim verme % 39.3, hastalara tüm uygulamaları açıklama % 36.9, Hastanın bakıma katılması için destekleme % 36.9, hastaları aktivitelere yönlendirme % 34.5 oranlarındadır.

Tablo 8. Hemşirelerin risk yönetimi konularını bilme durumları (n=84)

Risk Yönetimi	Bilme Durumları	
	n	%
Risk oluşturan davranışlar		%*
Kendine zarar verme ve intihar	81	96.4
Kaçma	71	84.5
Şiddet ve saldırganlık	68	81.0
Tekrarlayan kendini yaralama	61	72.6
Uyuşturucu ve alkol kullanımı	47	56.0
Deliryum	41	48.8
Taciz	41	48.8
Yönlendirme halüsinasyonları	41	48.8
Kendini ihmal etme	39	46.4
İhmal ve istismar	36	42.9
Düşük içgörü	36	42.9
Risk Yönetimi İçin Değerlendirilmesi Gereken Alanlar		%*
Hastanın geçmiş öyküsü	81	96.4
Hastanın klinik belirtileri (öfke, agresyon, içe kapanma, bayılma, sanrı vb.)	74	88.1
Alkol ya da yasa dışı madde kullanımı	66	78.6
Taciz ve damgalanma öyküsü	61	72.6
Ailede hastalık öyküsü	53	63.1
Baş etmede yetersizlik öyküsü	53	63.1
Tedaviyi reddetme durumu	49	58.3
İş kaybı	47	56.0
Sosyal destek varlığı	46	54.8
Tedaviye uyumu	46	54.8
Depresyonun varlığı	46	54.8
Dürtüsel davranışlar	46	54.8
Hastalık belirtilerinin kötüye gitmesi	45	53.6
Sosyodemografik bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum vb.)	44	52.4
Yakınının ölümü/kaybı	43	51.2
Ekonomik yetersizliklerinin olup olmadığı	42	50.0
Bilişsel, duyuşsal ve davranışsal becerilerinde azalma	40	47.6
Fiziksel bir hastalığın varlığı	35	41.7
Yaşam koşullarında değişiklik	34	40.5
Bireysel hijyenine uyup uymadığı	32	38.1
Kliniğin fiziksel durumu	28	33.3
Personelin hastalara tutumu	27	32.1
Diğer.....	1	1.2

* Yüzdeler hemşirelerin birden fazla işaretlediği seçenekler üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 8'e göre hemşirelerin % 96.4'ü kendine zarar verme ve intiharı, % 84.5'i kaçmayı, % 81.0'i şiddet ve saldırganlığı, % 72.6'sı tekrarlayan kendini yaralamayı, % 56.0'sı uyuşturucu ve alkol kullanımını, % 48.8'i deliryum ve tacizi, % 42.9'u düşük içgörü'yü riskli davranış olarak bildirdikleri görülmüştür. Hemşirelerin % 96.4'ü hastanın geçmiş öyküsünü, % 88.1'i hastanın klinik belirtilerini, % 78.6'sı alkol ya da yasa dışı madde kullanımını, % 72.6'sı taciz ve damgalanma öyküsünü, % 58.3'ü tedaviyi reddetme durumunu, % 56'sı iş kaybını, % 53.6'sı hastalık belirtilerinin kötüye gitmesini, % 52.4'ü sosyodemografik bilgilerini, % 51.2'si yakınının ölümü/kaybını, % 50'si ekonomik yetersizliklerinin olup olmadığını, % 41.7'si fiziksel bir hastalığın varlığını, % 40.5'i yaşam koşullarında değişikliği, % 38.1'i bireysel hijyenine uyup uymadığını, % 33.3'ü kliniğin fiziksel durumunu, % 32.1'i personelin hastalara tutumunu değerlendirilmesi gereken alanlar olarak belirtmiştir.

Tablo 9. Hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi, uygulama ve toplam puan ortalamaları (n=84)

Risk Yönetimine İlişkin Puanları	Ortalama (SS)	Minumum-Maximum
Bilgi Puanları	21.11 (10.17)	4-38
Uygulama Puanları	36.67 (6.63)	20-51
Toplam Puanları	57.29 (11.66)	35-84

Tablo 9'a hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi, uygulama ve toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Hemşirelerin bilgi puanları 40 puan üzerinden değerlendirilmiş; en düşük 4, en yüksek 38 puan almışlardır. Uygulama puanları ise 60 puan üzerinden değerlendirilmiş; en düşük, 20 en yüksek 51 puan almışlardır. Hemşirelerin toplam puanları 100 üzerinden değerlendirilmiş; en düşük 35, en yüksek 84 puan almışlardır. Hemşirelerin bilgi puanı ortalamaları 21.11, uygulama puan ortalamaları 36.67, toplam puan ortalamaları ise 57.29'dur.

Tablo 10. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre risk yönetimine yönelik bilgi, uygulama ve toplam puanlarının dağılımı (n=84)

Risk Yönetimine İlişkin Puanları ve Testleri				
Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	N	Bilgi Puanı Ortalama	Uygulama Ortalama	Toplam Ortalama
Cinsiyet				
Kadın	74	43.51	41.94	43.41
Erkek	10	35.05	46.65	35.75
U(Mann-Whitney U testi) / p		295.5 / 0.303	328.5 / 0.566	302.5 / 0.351
Yaş Grubu				
20-30	15	54.87	42.07	56.27
31-40	40	37.54	44.00	36.78
41 ve üstü	29	42.95	40.66	43.28
KU (Kruskall Wallis Varyan Analizi) / p		5.532 / 0.063	0.323 / 0.851	7.024 / 0.030
Eğitim Durumu				
Lise	3	56.33	33.33	46.33
Önlisans	19	40.34	36.74	36.55
Lisans	52	40.92	43.82	41.48
Lisansüstü	10	50.65	49.35	57.95
KU/p		2.452 / 0.484	2.431 / 0.488	5.316 / 0.150
Psikiyatride Çalışma Süresi				
0-2	16	48.91	49.22	50.22
3-5	31	41.84	35.35	39.44
6-8	13	41.08	42.23	37.50
9-11	10	36.95	50.75	45.25
12 ve üstü	14	41.93	45.00	43.14
KU/p		1.699 / 0.791	5.181 / 0.269	2.780 / 0.595

Tablo 10'a göre hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile (cinsiyet, eğitim durumu, psikiyatri kliniğinde çalışma süresi) risk yönetimine ilişkin bilgi, uygulama ve toplam puanları arasında herhangi bir fark yoktur ($p < 0.05$). Ancak hemşirelerin yaşları ile risk yönetimi toplam puanları arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. İkili karşılaştırmalarda yapılan Wilcoxon test istatistiğine göre 20-30 yaş grubundaki hemşirelerin toplam bilgi

puanları, 41 ve üstü yaş grubundaki hemşirelerin toplam bilgi puanlarından anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

İKİNCİ AŞAMA

Bu bölümde, psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarına etkisi ile ilgili bulgular sunulmuştur.

Tablo 11. Eğitim alan hemşirelerin eğitim öncesi, sonrası ve izlemde risk yönetimine ilişkin bilgi, uygulama ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:13)

Risk Yönetimine İlişkin Puanları	Ön Test	Son Test	1. ay	3. ay	Test İstatistiği
Bilgi (Ortalama/Min-Max)	21.15/9-37	37.46/31-40	38.00/34-40	39.00/38-40	
Uygulama (Ortalama/Min-Max)	41.92/30-51	56.84/49-60	57.07/54-60	58.07/56-60	Friedman testi χ^2 : 136.22 p:0.00
Toplam (Ortalama/Min-Max)	63.07/41-79	94.30/83-99	95.23/88-100	97.07/94-100	

Tablo 11'e göre eğitim alan hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi, uygulama ve toplam puan ortalamaları ön test, son test, 1.ay ve 3.ay sonuçlarına bakıldığında; bilgi, uygulama ve toplam puanların ön test, son test, 1. ay ve 3.ay'da sırası ile arttığı gözlenmiştir. Yapılan friedman testi sonucuna göre bu artış istatistiksel anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 12. Hemşirelerin eğitim öncesi, sonrası ve izlemde bilgi, uygulama, toplam puan ortalamalarının dağılımı (n:13)

Risk Yönetimine İlişkin Puanları			
	Bilgi	Uygulama	Toplam
	Ortanca (Min-Max)		
Ön Test	21(9-37)	44(30-51)	64(41-79)
Son Test	38(31-40)	58(49-60)	96(83-99)
Test	z=-3.18 p=0.001	z=-3.18 p=0.001	z=-3.18 p=0.001
Ön Test	21(9-37)	44(30-51)	64(41-79)
1.ay	38(34-40)	57(54-60)	96(88-100)
Test	z=-3.18 p=0.001	z=-3.18 p=0.001	z=-2,21 p=0.027
Ön Test	21(9-37)	44(30-51)	64(41-79)
3.ay	39(38-40)	58(56-60)	96(94-100)
Test	z=-3.18 p=0.001	z=-3.18 p=0.001	z=-3.18 p=0.001
Son Test	38 (31-40)	58 (49-60)	96(83-99)
3.ay	39(38-40)	58 (56-60)	96(94-100)
Test	z=-2.871 p=0.004	z=-1.577 p=0.115	z=-2.988 p=0.003

Tablo 12’de hemşirelerin eğitim öncesi, sonrası ve izlem bilgi, uygulama, toplam puan ortanca ve Wilcoxon test istatistiğinin sonuçları (z ve p) görülmektedir. Tablo 19’da görüldüğü gibi hemşirelerin risk yönetimi bilgi puanları eğitimden önce 21 iken eğitimden hemen sonra 38 ve izlemin sonunda ise 39 olmuştur. Uygulama puanları eğitimden önce 44 iken eğitimden hemen sonra 58 ve izlemin sonunda ise 58’dir. Toplam puanları ise eğitimden önce 64 iken eğitimden hemen sonra 96 ve izlemin sonunda ise 96’dır.

Görüldüğü gibi hemşirelerin bilgi, uygulama ve toplam puanları eğitim sonrası ve izlemde artmış ve bu artış istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

ÜÇÜNCÜ AŞAMA

Çalışmanın amacına yönelik elde edilen veriler nitel olarak değerlendirilmiş, içerik analizi yapılmış ve temalar çıkarılmıştır. Eğitimden sonra hemşirelerin görüşlerini değerlendirmek için grup ortamı içinde hemşirelere sorular sorulmuş ve her birinin yanıtlaması istenmiştir. Katılımcıların özellikleri, temalar ve hemşirelerin ifadelerinden örnekler aşağıda verilmiştir.

Grubun Genel Özellikleri

Hemşirelerin Yaş 27-44 yaş arasında değişmekte, 2 kişi lisansüstü, 8 kişi lisans, 2 kişi ön lisans ve 1 kişi lise mezunu, hemşire olarak çalışma süreleri 25-5 yıl arasında değişirken, psikiyatri kliniğinde çalışma süreleri 24- 5 yıl arasında değişmektedir.

Tablo 13. Katılımcıların Özellikleri (n:13)

Katılımcılar	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Hemşire Olarak Çalışma Yılı	Psikiyatri Kliniğinde Çalışma Yılı
Katılımcı 1	42	Kadın	Lisans	22	22
Katılımcı 2	42	Kadın	Lisansüstü	24	24
Katılımcı 3	38	Kadın	Lisans	17	17
Katılımcı 4	37	Kadın	Lisans	14	7
Katılımcı 5	39	Kadın	Ön lisans	18	12
Katılımcı 6	44	Kadın	Lisans	25	20
Katılımcı 7	27	Erkek	Lisans	5	5
Katılımcı 8	40	Kadın	Lisans	19	19
Katılımcı 9	29	Kadın	Lisansüstü	6	5
Katılımcı 10	32	Erkek	Lisans	6	5
Katılımcı 11	35	Erkek	Lisans	10	10
Katılımcı 12	39	Kadın	Lisans	15	10
Katılımcı 13	37	Kadın	Ön lisans	17	7

Hemşirelerin Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitim Programı, Yöntem ve Uygulama Alanında Kullanımları ile İlgili Değerlendirmeleri

Değerlendirme 1: Hemşirelerin eğitimin katkıları ile ilgili görüşleri incelendiğinde dokuz alt tema elde edilmiştir. Bu temalar; “Risk yönetimi bilgi ve beceride artma”, “Risk yönetimi konusunda farkındalıkta artma”, “Kendini güçlü ve güvende hissetme”, “Ekip ilişkisinde güçlenme”, “Çalışma motivasyonunda artma”, “Bilgilerin kalıcılığında

artma”, “Bilgilerin eksik olduğunu fark etme.”, “Baş etme becerilerinde artma”, “Önsezilerle davranıldığını fark etme” dır. Hemşirelerin eğitimin katkıları ile ilgili görüşleri üç tema altında toplanabilir. Bu temalar; **bireysel kazanımlar, bilgi kazanımları ve uygulama kazanımları** başlıkları altında verilebilir.

Bireysel kazanımlar temasında “Baş etme becerilerinde artma”, “Kendini güçlü ve güvende hissetme” yer almaktadır.

Bilgi kazanımları temasında “Risk yönetimi bilgi ve beceride artma”, “Risk yönetimi konusunda farkındalıkta artma”, “Bilgilerin kalıcılığında artma”, “Bilgilerin eksik olduğunu fark etme.” yer almaktadır.

Uygulama kazanımları temasında “Ekip ilişkisinde güçlenme”, “Çalışma motivasyonunda artma”, “Önsezilerle davranıldığını fark etme” sıralanabilir.

Bu temalara örnek teşkil edebileceği düşünülen hemşirelerin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

Tema 1: Bireysel kazanımlar

Hemşirelerin ifadeleri; (Katılımcı K ile gösterilmiştir.)

“...Bana yeni ve farklı bir bakış açısı kazandırdı...” (K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Çatışma yönetimi, baş etme becerilerimi ve kendim için daha iyisini yapabileceğimi gördüm...” (K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Kriz durumunda ne yapabileceğimi öğrendim...” (K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.

“...Hastalarla nasıl baş edebileceğimi öğrendim...” (K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

Tema 2: Bilgi kazanımları

Hemşirelerin ifadeleri;

“...Riski hesaplamamın önemini daha iyi anladım. Yasayı ve riskleri derecelendirmeyi öğrendim...” (K4: 37 yaşında, kadın, lisans mezunu, 14 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Risk yönetiminin önemini anladım. Kayıtlarımızın ve hastalardan aldığımız öykülerin yetersiz olduğunu eğitimde gördüm...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K2: 42 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 24 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 24 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K3: 38 yaşında, kadın, lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 17 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K4: 37 yaşında, kadın, lisans mezunu, 14 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Risk değerlendirmesinin hemşirenin sorumluluğu olduğunu, değerlendirme için ölçekleri kullanabileceğimi, riskli durumlar karşısında ne yapabileceğimi öğrendim...” (K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Riskleri derecelendirmeden ve hemşirelik yasasından haberim yoktu. Ama şimdi riski hesaplamamın önemini daha iyi anladım. Kliniğin ve kendimdeki eksikleri gördüm. Bu eğitim bana daha fazlasını kattı...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K4: 37 yaşında, kadın, lisans mezunu, 14 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K8: 40 yaşında, kadın, lise mezunu, 19 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 19 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Risk yönetimini öğrendim, bilgi seviyemin arttığını düşünüyorum. Çalışırken riskleri gözden kaçırdığımızı anladım...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır

hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Klinikte risk yönetimini yapmadığımı fark ettim. Yaptığım birçok şeyde aslında yanlışmış. Klinikte uyguladığım birçok şeyi neden uyguladığımı bilmeden uyguladığımı fark ettim Hastaların risklerini göz ardı ettiğimi, onlara doğru yaklaşımda bulunmadığımı, çoğu zaman önsezilerimle hareket ettiğimi fark ettim...” (K2: 42 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 24 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 24 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K3: 38 yaşında, kadın, lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 17 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K8: 40 yaşında, kadın, lise mezunu, 19 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 19 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Risk yönetiminin bu kadar önemli olduğunu fark ettim. Kayıtlarımızın, hemşire gözlem formunun çok sığ ve yetersiz olduğunu fark ettim. Riskleri saptamak konusunda daha deneyimli hemşirelerin daha iyi olduğunu fark ettim...” (K2: 42 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 24 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 24 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K8: 40 yaşında, kadın, lise mezunu, 19 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 19 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Risk yönetimini yapabileceğimi gördüm, eksikleri fark ettim. Klinikte ve kendimde bir şeyleri düzeltebileceğimi bu eğitimle fark ettim. Yapacak çok iş var, örneğin İşe yeni başlayanlara risk yönetimine yönelik eğitim verilmeli onu da fark ettim...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri

kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

Tema 3: Uygulama kazanımları

Hemşirelerin ifadeleri;

“...Ekip çalışmasının ne kadar önemli olduğunu, burada da bir ekip olarak iyi işler çıkarabileceğimizi anladım...” (K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K8: 40 yaşında, kadın, lise mezunu, 19 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 19 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Ekip içinde kıdemli hemşirelere daha çok iş düşüyor. Yeni başlayan hemşirelerle birlikte çalışmalılar...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K2: 42 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 24 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 24 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Yalnız olmadığımı ve birlikte iyi işler çıkarabileceğimizi gördüm. Bu ekiple riskleri yönetebileceğimizi ve hastaları koruyabileceğimizi düşünüyorum. Risk değerlendirmesinde ekibin çok önemli olduğunu gördüm...” (K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Çalışırken motivasyonumuzun olmadığını gördüm. Bu eğitimle motivasyon elde ettim...” (K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Çalışma şevkim arttı. Umudumu kaybetmişim ama tekrar bir şeyler yapılabileceğini gösterdiniz bana. Beni motive etti...” (K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

Değerlendirme 2: Hemşirelerin eğitim yöntemi olarak psikodramanın kullanılmasının katkıları ile ilgili görüşleri incelendiğinde on bir alt tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar; “Konunun anlaşılmasını kolaylaştırma”, “Bilgilerin kalıcılığını artırma”, Dersle ilgili merak ve katılımı artırma”, “Öğrencilerin derse aktif katılımını sağlama”, “Öğrenmeden keyif almayı sağlama”, “Kendini fark etme-içgörü geliştirmeyi sağlama”, “Risk yönetimi bilgi ve beceride artma”, “Risk yönetimi konusunda farkındalıkta artma”, “Çalışma motivasyonunda artma”, “Baş etme becerilerinde artma”, Ekip çalışmasını geliştirmeye katkısı” dır. Hemşirelerin psikodramanın kullanımına ilişkin görüşleri üç tema altında toplanabilir. Bu temalar; **bireysel kazanımlar, bilgi kazanımları ve uygulama kazanımları** başlıkları altında verilebilir.

Bireysel kazanımlar temasında “Kendini fark etme-içgörü geliştirmeyi sağlama”, “Baş etme becerilerinde artma” yer almaktadır.

Bilgi kazanımları temasında “Konunun anlaşılmasını kolaylaştırma”, “Bilgilerin kalıcılığını artırma”, Dersle ilgili merak ve katılımı artırma”, “Öğrencilerin derse aktif katılımını sağlama”, “Öğrenmeden keyif almayı sağlama”, “Risk yönetimi bilgi ve beceride artma”, “Risk yönetimi konusunda farkındalıkta artma” yer almaktadır.

Uygulama kazanımları temasında “Çalışma motivasyonunda artma”, Ekip çalışmasını geliştirmeye katkısı” sıralanabilir.

Bu temalara örnek teşkil edebileceği düşünülen hemşirelerin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

Tema 1: Bireysel kazanımlar

Hemşirelerin ifadeleri;

“...Oynadığımız oyunlarda kendimi sorguladım ve ne kadar benzer davrandığımı fark ettim. Aynı durumu oynadığımız senaryolarda da gösterdim. Burada kendimle ilgili fark ettiğim şeyler klinikte çalışma hayatımdaki bazı hatalı davranışlarımı düzeltebileceğim

fikrini düşündürdü...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K2: 42 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 24 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 24 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K4: 37 yaşında, kadın, lisans mezunu, 14 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Kendimi sorguladım. Kendime dair birçok farkındalığım oldu. Kendime bakma fırsatı buldum. Bana yeni ufuklar açtı. Bir şeyleri değiştirebileceğimi gördüm...” (K4: 37 yaşında, kadın, lisans mezunu, 14 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Kendimle yüzleştim ve aslında hem özel hayatımda hem de iş hayatımda neleri hatalı yaptığımı nelerin farkına varmadan yaşadığımı fark ettim. Bunlarla yüzleşmemi sağladı ve düzeltme fırsatı verdi bana...” (K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Kriz durumlarında nasıl tepki verdiğimi şimdi fark ettim. O nedenle hastalarla çalışırken zaman zaman uygun davranışlarda bulunmuyordum, donup kaldığım zamanlar oluyordu. Ama şimdi tepkilerimi kontrol etmeye çalışacağım. Eğitim sayesinde yaptıklarımı ve yapamadıklarımı fark ettim...” (K3: 38 yaşında, kadın, lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 17 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Umudumu kaybetmişim ama tekrar bir şeyler yapılabileceğini gösterdiniz bana...” (K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Eğitim içinde çok aktif olduğumu hissettim.” İyi ve keyifli vakit geçirdim. Yorgunluğumu attım...” (K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor,

K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

Tema 2: Bilgi kazanımları

Hemşirelerin ifadeleri;

“...Teorinin uygulama ile birleşmesi ve kafamızda oturması daha iyi oldu. Yöntem olarak benim çok hoşuma gitti. Kalıcılık anlamında psikodrama ve teorik derslerin bir arada olması iyi bir eğitim metodu olmuş...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Konunun anlaşılabilirliği açısından çok etkin olduğunu düşünüyorum. Konuyla oynadığımız oyunlar birbirini tamamladı. İyi bir eğitim modeli bence. Konu anlatımları da etkileşim içinde gitti, çok dinamikti. Drama ile birlikte bir teorik eğitim daha önce hiç görmedim...” (K2: 42 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 24 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 24 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Beni eğitim sürecinde daha aktif kıldı ve hep arkasını merak ettim. Birazdan ne gelecek diye merakla bekledim...” (K3: 38 yaşında, kadın, lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 17 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Psikodrama ile olması akılda kalmasını kolaylaştırdı. Yaşantıları deneyimledik ve daha iyi öğrendik. Oynadığımız oyunlarda pekiştirmemi sağladı ve farkındalığımı artırdı. Kliniğe uygulamam daha da kolaylaştı. Bir ön çalışmasını yapmış gibiyim...” (K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Aklımda daha çok kaldığını düşünüyorum. Psikodrama ile teorinin birleştirilmesi inanılmaz güzel. Bu uygulama kalıcılığı artırdı...” (K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Kliniğe uygulamam daha da kolaylaştı. Bir ön çalışmasını yapmış gibiyim. Sanki kısa bir mola vermiş ve dinlenmiş gibi hissettim...” (K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Psikodrama ile eğitimin birleştirilmesi sıkıcılığı ortadan kaldırdı. Uygulamaya daha rahat geçirebileceğimi düşünüyorum. Aklımda çok şey kaldı...” (K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır

da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Psikodrama ile çalışmak çok hoşuma gitti. Bende iyi ki katılmışım dedim. Çalışırken neyi neden yapmam gerektiğini sorgulamam gerektiğini öğrendim. Klinikteki eksikliklerin bu kadar yüksek olduğunu yeni fark ettim. Düzeltmek için bu eğitim iyi bir fırsat verdi bana ...” (K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K8: 40 yaşında, kadın, lise mezunu, 19 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 19 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K10: 32 yaşında, erkek, lisans mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

Tema 3: Uygulama kazanımları

Hemşirelerin ifadeleri;

“...Ekip çalışmasının ne kadar önemli olduğunu, burada bir ekip olarak iyi işler çıkarabileceğimizi anladım. Ekibe güvenim pekişti...” (K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Ekip içinde iletişimimizin eksik olduğunu far ettim. Risk değerlendirmesinde iletişimin ne kadar önemli olduğunu gördüm. Bundan sonra onu düzeltmek içinde çalışacağım...” (K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Grup olarak hareket edebilmenin önemini fark ettim. Ekip olduğumuzu ve birlikte çalışırsak zorlukların üstesinden gelebileceğimizi öğrendim...” (K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Grup çalışmasında birlikte deneyimlemek çok hoşuma gitti. Beni motive etti. Yalnız olmadığımı ve birlikte iyi işler çıkarabileceğimizi gördüm. Bu ekiple riskleri yönetebileceğimizi ve hastaları koruyabileceğimizi düşünüyorum...” (K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında,

kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

Değerlendirme 3: Hemşirelerin eğitim programında yer alan konuları çalışma hayatında/uygulamada kullanabilme durumları ile ilgili görüşleri incelendiğinde beş alt tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar; “Riskleri saptayabilme”, “Klinikte risk yaratan durumları tanımlama ve kaydetme”, “Riskle ilgili ekiple iş birliği yapma”, “Risk yönetimi konusunu eğitim programına dahil etme”, “Klinik risklerin yönetimini daha etkili yapma” dir. Bu temalara örnek teşkil edebileceği düşünülen hemşirelerin ifadeleri aşağıda yer almaktadır. Hemşirelerin tamamının onay verdiği ifadeler K1----K13 şeklinde ifade edilmiştir.

Tema 1: Riskleri saptayabilme

Hemşirelerin ifadeleri;

“...Riskleri eskisinden daha kolay saptayabildim...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K2: 42 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 24 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 24 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K3: 38 yaşında, kadın, lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 17 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K8: 40 yaşında, kadın, lise mezunu, 19 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 19 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...İntihar riskini daha iyi belirleyebildim...” (K1----K13)

“...Hastaları kabul ettiğimizde aldığımız öyküleri daha da derinleştirdik. Böylece risk faktörlerini daha iyi sorgulayabildik ve riskleri tanımlayabildik...” (K1----K13)

Tema 2: Klinikte risk yaratan durumları tanımlama ve kaydetme

Hemşirelerin ifadeleri;

“...Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) sırasında ve sonrasında hastaların risk altında olduklarını fark ettik...” (K1----K13)

“...Hastalara intiharı sorgulamanın yanlış olduğu inancındaydım. Sorgularsam intihar riski artar gibi geliyordu. Anca Eğitim sonrası hastalarla daha rahat intiharı sorgular

duruma geldim...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K3: 38 yaşında, kadın, lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 17 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K4: 37 yaşında, kadın, lisans mezunu, 14 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Başörtüsü takıyorum ve bunun riskli bir durum olduğunu gözden kaçırmışım. Şimdi bone takıyorum...” (K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Klinikte bazılarımız çay için cam bardak kullanıyorduk. Nasılsa personel alanında kullanıyoruz diye önemsemiyorduk. Bununda risk olduğunu fark ettik ve cam bardak kullanmıyoruz artık...” (K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K9: 29 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 6 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Daha önce riskleri kaydetmiyorduk. Hemşire izlemine kayıt etmeye başladık...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K2: 42 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 24 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 24 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K3: 38 yaşında, kadın, lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 17 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 18 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 12 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K8: 40 yaşında, kadın, lise mezunu, 19 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 19 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Hemşire gözlem formunda risk değerlendirmesini eklemek için revizyon çalışmalarına başladık. Hangi risklerin değerlendirileceğine karar vererek bazı riskleri daha öncelikli olarak değerlendirmeye karar verdik. İntihar, saldırganlık ve kaçma riskini işaretlenecek yerler oluşturduk. Saptanan diğer riskler için diğer yeri koyduk. Daha sıkı takip etmek için saatler ve kimin gözlem yaptığının belli olması için hemşire yeri de ekledik...” (K1-----K13)

“...Eğitim kayıt formunda revizyon yaparak hasta ve yakınları için risk yönetimi eğitimi kısmını dahil ettik...” (K1-----K13)

“...Kısıtlama altına alınan hasta formu üzerinde revizyona gittik. Tespit formunun adı hekim kısıtlama formu idi. Bunu değiştirerek kısıtlama formu yaptık. Tespit sırasında bizimde sorumluluğumuz olduğu için kısıtlamaya alan ve sonlandıran yerlere hekim yanında hemşire yeri de ekledik...” (K1-----K13)

“...Poliklinik hastalarına yapılan enjeksiyonların kayıt edildiği bir yer yoktu. İlaç yan etkileri de bir risk oluşturduğu için poliklinik enjeksiyon kayıt formu oluşturuldu. Böylece ilaçlar resmi kayıt altına alındı ve kimin kime ilaç yaptığı da kayıt altına alınmış oldu...” (K4: 37 yaşında, kadın, lisans mezunu, 14 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu.)

“...EKT odası hazırlığına ve hasta hazırlığına yönelik bir formumuz yoktu. EKT hasta hazırlık formu ve EKT oda hazırlık formu oluşturduk. EKT izlem protokolünü revize ettik...” (K1-----K13)

“...İntihar riski olan hastanın takip protokolü yoktu. Buna yönelik ekip oluşturuldu ve çalışmalara başlandı...” (K1-----K13)

“...Saldırganlık riski olan hasta, kaçma riski olan hastanın izlem protokolleri olmadığı için onları çalışabiliriz diye düşündük...” (K1-----K13)

Tema 3: Riskle ilgili ekiple iş birliği yapma

Hemşirelerin ifadeleri;

“...Ekip iş birliğinde daha aktifim. Ekip ruhu tekrar geldi. Birlikte daha motive çalışabiliyoruz...” (K1-----K13)

“...Ekibi bizim sorumluluklarımız konusunda bilgilendirdik...” (K1-----K13)

“...Diğer ekip üyelerinin de bu tür eğitimleri almasını isterim. En azından bizim dışımızdaki diğer meslek mensupları ile daha ortak bir dil konuşabiliriz...” (K1-----K13)

“...Diğer ekiplerle toplantı yaptık ve bu eğitimimizden bahsettik...” (K1-----K13)

“...Ekip iş birliği daha iyi düzeyde gidiyor...” (K1-----K13)

Tema 4: Risk yönetimi konusunu eğitim programına dahil etme

Hemşirelerin ifadeleri;

“...Hem doktor grubunu hem de personeli riskler konusunda bilgilendirdim...” (K1-----K13)

“...Hasta bakıcılara ve personele riskler ve risk değerlendirmesi konusunda eğitim yapmaya karar verdik...” (K1-----K13)

“...Hemşire hizmet içi eğitimlerinin içine vaka çalışması koyarak, vakalar üzerinden riskleri tanımlamayı, değerlendirmeyi ve yönetmeyi çalışmayı planladık...” (K1-----K13)

“...Tüm personel kalite standartları kitapçığını okudu. Hemşire grubu da yasa, yönetmelik, sorumluluklarımız ve görev tanımlarımızı okudu...” (K1-----K13)

“...Hizmet içi eğitim konularını belirledik. Sizinle saldırganlık ve kaçma riskleri içinde risk değerlendirmesi vakaları çalışmak istiyoruz...” (K1-----K13)

Tema 5: Klinik risklerin yönetimini daha etkili yapma

Hemşirelerin ifadeleri;

“...Psikiyatriye ve kliniğe dair gücüm ve enerjim bitmişti, ancak eğitimden sonra tekrar gücü hissediyorum...” (K2: 42 yaşında, kadın, lisansüstü mezunu, 24 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 24 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K4: 37 yaşında, kadın, lisans mezunu, 14 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K7: 27 yaşında, erkek, lisans mezunu, 5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 5 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K8: 40 yaşında, kadın, lise mezunu, 19 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 19 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Öğrendiğim bilgiler bana güç kattı, çalışırken kendimi daha güvenli hissediyorum...” (K1: 42 yaşında, kadın, lisans mezunu, 22 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 22 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K4: 37 yaşında, kadın, lisans mezunu, 14 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K5: 39 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, K6: 44 yaşında, kadın, lisans mezunu, 25 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 20 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K8: 40 yaşında, kadın, lise mezunu, 19 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 19 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K11: 35 yaşında, erkek, lisans mezunu, 10 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K12: 39 yaşında, kadın, lisans mezunu, 15 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 10 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor, K13: 37 yaşında, kadın, ön lisans mezunu, 17 yıldır hemşire olarak çalışıyor, 7 yıldır da psikiyatri kliniğinde çalışıyor.)

“...Eğitimde aldığımız motivasyon ve güç hala devam ediyor. Buda iş yaşamımıza ve risk yönetimine iyi derecede yansıyor...” (K1-----K13)



5. TARTIŞMA

Bu çalışma psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin güncel risk yönetimi yaklaşımlarını, bilgi ve uygulamalarını belirlemek ve gelecek uygulamaların geliştirilmesine yönelik verilen eğitimin risk yönetimi bilgi ve uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular iki aşamalı olarak tartışılmıştır.

Hemşirelerin Risk Yönetimi ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları ile Görüşlerinin Tartışılması

Risk yönetimi iyi klinik uygulamanın en hayati parçasıdır. Diğer kliniklerde olduğu gibi psikiyatride de hasta ve çalışan güvenliği son derece önemlidir. Risk yönetimi uygulamaları yapılmadığında, psikiyatri kliniklerinde kendine zarar verme ve intihar nedeniyle hasta ölüm sayılarının artacağı, hastaların hastanede yatma süresinin uzayacağı, kendisine ve çevresine zarar verme potansiyellerinin artacağı, kliniklerde çalışan personelin zarara uğrayacağı ve maliyetin artacağı belirtilmiştir (Wong ve Beglaryan, 2004). Risk yönetimi multidisipliner bir ekibi gerektirse de ruh sağlığı hemşiresinin en temel görevleri arasında yer alır. Ruh sağlığı hemşireleri, diğer profesyonellere göre kliniklerde daha fazla zaman geçirmeleri, bütüncül yaklaşımı benimsemeleri, hasta ve ailesi ile uzun süre birlikte vakit geçirmeleri nedeni ile hastanın gereksinimlerini erken dönemde saptayabilmeleri, zengin deneyimleri, hastanın duygu ve düşüncelerini anlayabilmek için sorular sorabilmeleri, terapötik iletişim tekniklerini kullanabilmeleri, tüm bunların sonucunda hastaya uygulanacak en iyi yaklaşıma karar vermeleri nedeniyle kilit noktada yer almaktadırlar (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009). Bu çalışmada psikiyatri kliniklerinde risk yönetimi uygulamalarının ekibin herhangi bir üyesi ya da hemşireler tarafından yapılmadığı ya da çok eksik yapıldığı görülmektedir. Hemşirelerin risk yönetimi basamaklarının klinikte uygulanması ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde daha çok risk değerlendirmenin yapıldığı ve yönetim basamaklarının daha az yapıldığı görülmektedir. Hemşireler risk değerlendirmesi basamaklarından, bilgi alma (% 92.9), riskleri tanımlama (% 72.6), risk seviyesini tespit etmeyi (% 71.4) yüksek oranlarda, risk yönetimi basamaklarından risk yönetim planına hastaların dahil edilmesinin (% 44.0), hastalara bunun açıklanmasının (%59.5) ve kayıtların standart haline getirilmesinin (% 38.1) kliniklerinde daha az uygulandığını ifade etmişlerdir (Tablo 6).

Literatüre bakıldığında dünyada da risk yönetimine yönelik uygulamaların psikiyatri kliniklerinde yapılmadığı ya da çok az yapıldığı görülmektedir. Mostafa (2009)'nın Mısırda yaptığı çalışmada kliniklerde risk yönetimine yönelik herhangi bir sistemin olmadığı ve buna yönelik bir komitenin bulunmadığı gösterilmiştir. Woods'un (2013) Kanada'nın kırsal bir bölgesinin ruh sağlığı birimlerinde yaptığı çalışmada kliniklerin tamamında risk yönetimi uygulamalarının olmadığı bildirilmiştir. Oddoye (2005)'nin yaptığı çalışmada hastaların risk değerlendirmelerinin tamamlanmadığı, değerlendirme yapılanların tamamına yakınına risk yönetimi yapılmadığı, hastaların kabul sırasında sadece yarısının risk değerlendirmesinin yapıldığı, uygulamaların farklı ve tutarsız olduğu gösterilmiştir. Buna rağmen İngiltere, Avustralya ve İrlanda gibi gelişmiş ülkelerde risk yönetimi uygulamalarının daha aktif yapıldığı ve nasıl yapılacağı öğrenilmesi için rehberlerin oluşturulduğu görülmektedir. İrlanda da risk yönetiminde hemşirelerin sorumluluklarının yazılı olduğu hemşireye özel risk yönetimi rehberi oluşturulmuştur (CRAM, 2008; CRMG, 2005 ve RMİ, 2009).

Çalışma bulgularına göre, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin tamamı risk yönetimi konusunda eğitim almadıklarını, yarısından çoğu eğitime ihtiyaç duyduğunu ve % 20'side kendisini bu alanda yetersiz bulduğunu ifade etmiştir (Tablo 5). Literatüre baktığımızda Higgins ve ark. (2016a)'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin % 78.9'unun risk değerlendirmesi konusunda eğitim aldığını ancak % 49.9'unun ise sadece risk yönetimi konusunda eğitim aldığını bildirmiştir. Mostafa (2009)'nın çalışmasında hemşirelerin yalnızca üçte biri risk yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ve bunların ancak yarısının bu kavramdan haberdar olduğu bildirilmiştir. Woods (2013)'ün çalışmasında ise çalışan ekibin risk yönetimi konusunda eğitim almadıklarını ayrıca katılımcıların risk yönetimi uygulamalarını yapmadıklarından dolayı oluşabilecek yasal sorumluluktan endişe duyduklarını ve risk değerlendirmesine yönelik araç kullanmanın onları yasal olarak koruyacağını düşündüklerini ancak bu konuda eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Son on yılda yapılan araştırmalarda hasta gözetimi, hasta değerlendirmesi ve izlemi, bilgilendirilmiş müdahaleler, hataların tespiti ve zarar görmeden önlenmesinde hemşireler önemli bir rol oynamıştır (Aiken ve ark., 1994, 2001, 2003; Benner ve ark., 2002; Henneman ve Gawlinski, 2004; Needleman ve ark., 2002; Page, 2004; Shindul-Rothschild ve ark., 1996, Shindul-Rothschild ve ark. 1997; Stone ve ark., 2004; Woods ve Doan-Johnson, 2002). Ülkemizde hemşirelik ile ilgili müfredat programları incelendiğinde risk yönetimine yer verilmediği görülmüştür. Bütün bu çalışmalar dikkate alındığında yurtdışında risk yönetimi eğitiminin kısmen var olduğu

ancak yetersiz olduğu, ülkemizde de bu tür bir eğitimin olmadığı göz önüne alındığında hemşirelerin risk yönetimi konusunda eğitim alması risk yönetimi uygulamalarını ve bakımın kalitesini artıracığı yönünde düşünülmektedir.

Çalışma bulgularına göre, hemşirelerin risk yönetimi basamaklarını kendi sorumlulukları olarak görme ile ilgili görüşlerine bakıldığında daha çok risk değerlendirmeyi; bilgi alma (% 70.2) ve risklerin tanımlanmasını (% 60.7) yüksek oranlarda kendi sorumlulukları olarak gördüklerini, risk yönetimi basamaklarından; risklerin kayıt edilmesi (% 28.6), risk yönetiminin tekrarlanması (% 28.6), kayıtların standart hale getirilmesini (% 22.6) daha az oranlarda kendi sorumlulukları olarak gördüklerini bildirmişlerdir (Tablo 6). Higgins ve ark. (2016a)'nın yaptığı çalışmada katılımcıların yaklaşık dörtte üçü risk yönetimi sürecinde hemşire ve psikiyatristin birlikte değerlendirme yaptığını, multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirmenin de yarıya yakın bir kısmının olduğu bildirilmiştir. Bazı araştırma sonuçlarına göre de hemşirelerin riskli durumda karar verme sorumluluğunu üstlenmek yerine, tıbbi bir uygulayıcıya devretmeyi tercih ettiklerini bildirmiştir (Raven ve Rix, 1999; Muir-Cochrane ve ark. 2011; Manuel ve Crowe, 2014). Oddoye (2005)'in yaptığı çalışmada ise katılımcıların tamamı risk değerlendirmesini kimin yapması gerektiği de dahil olmak üzere nasıl ve kimin tarafından tamamlanması gerektiği konusunda da farklı görüşler olduğunu bildirmiştir. Ek olarak, hastaların tamamına risk değerlendirmesi yapmak yerine yüksek riskli olarak kabul ettikleri hastalara risk değerlendirmesini yaptıklarını da bildirmiştir. Woods (2013) 'un yaptığı çalışmada katılımcılar, tüm birimlerde risk değerlendirme sürecini ayrı bir değerlendirme olarak yapmadıklarını, genel bilgi toplama sürecinin bir parçası olduğunu ve bu sürecin büyük kısmının psikiyatristler ve hemşireler tarafından yapıldığı bildirilmiştir. Diğer araştırma sonuçları risk değerlendirmesinin multidisipliner bir ekip tarafından yapılmasının önemi üzerinde durmaktadır (Cowman ve ark. 2001; Coombs ve ark. 2011). Maguire ve ark. (2018) hemşireler tarafından günlük risk değerlendirilmesi ve yönetimi süreçlerinin her hasta için yapılmasının önemini vurgulamıştır. Bazı çalışmalarda ruh sağlığı hemşirelerini, bireyin içinde bulunduğu riski değerlendirebilmesi, yönetebilmesi ve önleyebilmesi gereken bir profesyonel olarak tanımlamaktadır (Clancy ve ark 2014; Woods 2013). Hastaların riskli davranışlarına (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü almak, risk düzeyini değerlendirmek, hastaların en az kısıtlayıcı olan çevrede güvenli tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olmak, hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri takip etmek, kriz ve acil durum oluşmasını

engelleyici, önleyici yaklaşımları uygulamak psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında yer almaktadır (Bjorkdahl ve ark., 2006; Hemşirelik yönetmeliği, 2010 ve Crowe ve Carlyle 2003).

Çalışma bulgularına göre, hemşirelerin % 53.6'sı risk yönetim planının tekrar gözden geçirilmesinin kliniklerinde uygulanmadığını ifade ederken, % 71.4'ü tekrar gözden geçirmenin hemşirenin sorumluluğu olmadığını bildirmiştir. Ayrıca hemşirelerin % 51.2'si de risklerin kayıt edilmesinin kliniklerinde uygulanmadığını ancak % 77.4'ü risklerin kayıt edilmesinin kendi sorumluluğu olmadığını bildirmiştir (Tablo 6). Morgan (2007) risk yönetimi sürecinde, risk değerlendirme formunun doldurulmasından taburculuğa kadar geçen sürede tek sefer değerlendirmenin uygun olmadığını, bu değerlendirmelerin düzenli aralarla yapılması ve kayıt edilmesinin gerektiğine vurgu yapmıştır.

Bu çalışmada, hemşirelerin % 56'sı klinik risklerin değerlendirmesi ve yönetim planına hastaları dahil etmediklerini ve % 66.7'side hastaları dahil etmenin kendi sorumlulukları olarak görmediğini bildirmiştir. Ayrıca hemşirelerin % 52.4'ünde ailelerin ve bakıcıların klinik risklerin değerlendirmesi ve yönetim planına aktif şekilde katıldığını ve kliniklerinde uygulandığını ifade ederken, % 60.7'si kendi sorumluluğu olmadığını söylemiştir (Tablo 6). Psikiyatrik hastalıklarda aile üyeleri kişilerin iyileşme yolculuklarında çok önemlidir ve risk davranışlarını azaltmaları ve başarılı bir şekilde yönetebilmeleri için onlara destek olmaktadır. Aile üyeleri, duygusal desteğe ek olarak kişinin hayatında koruyucu faktörler olarak, konut ve maddi yardımlar gibi devam eden destek sistemleri olarak da işlev görmektedir (Boardman ve Roberts 2013). Literatüre baktığımızda, aile üyeleri hastalık sürecinde tıbbi tanı, tedavi, iyileşme ve risk yönetimi planı hakkında bilgi alamadıklarını ve kendilerini bu konuların dışında hissettiklerini dile getirmişlerdir (McDaid ve Higgins 2014; Kartalova-O Doherty ve ark. 2008). Bazı çalışmalar risk değerlendirme ve yönetimi süreçlerine hastaların ve ailelerin dahil edilmesinin önemi üzerinde durmuştur (Higgins ve ark., 2016a ve Bellack, 2006). Oddoye (2015) ve Holey ve ark. (2016) yaptığı çalışmalarda hastaları risk yönetimine dahil etmenin hastaya sorumluluk vermeye teşvik ettiği, klinisyenlerin sorumlu olmasına karşın riskin paylaşıldığı ancak kimi durumlarda klinisyenlerin karar vermede zorlandığı ve hastanın verdiği kararın geçersiz kılındığı durumların olduğu bildirilmiştir. Bu tür durumlarda karşılaşıldığında hastaya bakım sağlayan multidisipliner bir ekip tarafından dikkatlice düşünülerek karar verilmesini ifade etmişlerdir. Muir-Cochrane ve ark

(2011)'nin yaptığı çalışmada ise katılımcıların çoğu risk yönetimi sürecine hastaların dahil edilmesi gerektiğini söylemiştir.

Bu çalışmada, hemşirelerin % 59.5'i çalıştıkları kliniklerde risk yönetim sürecinde ölçeklerin kullanıldığını ifade ederken, % 78.6'sı riskleri değerlendirmek için ölçeklerin kullanılmasını kendi sorumluluğu olarak görmemektedir (Tablo 6). Literatüre bakıldığında risk yönetimi sürecinde araç/ölçek kullanmanın avantaj ve dezavantajları tartışılmıştır (Wand ve ark., 2015; Doyle ve Dolan, 2002). Boardman ve Roberts (2013) risk değerlendirme araçlarının kullanımını savunmaktadır. Gerace ve ark. (2013) sağlık profesyonellerinin yapılandırılmış ölçekleri, risk yönetimini kolaylaştıran bir araç olarak gördüklerini bildirmiştir. Boland ve Bremner (2013) ise kanıta dayalı risk değerlendirme ölçeklerinin eksikliği nedeniyle yeni olarak geliştirilen doğrulanmamış araçların kullanıldığını bildirmiştir. Hawley ve ark. (2006)'da yerel olarak oluşturulan risk değerlendirme araçlarının sorgulanması gerektiğini söylemektedir. Higgins ve ark (2016b)'da risk değerlendirme araçlarında terimlerin ne anlama geldiğinin açıklanmaması ve aracın nasıl kullanılacağına dair bilgilerin olmaması nedeniyle klinisyenler arasında bulguların yanlış yorumlanacağı tehlikesi üzerine vurgu yapmaktadır. Bunun yanı sıra hemşirelerin bu süreci kendi önsezilerine dayanarak yaptıklarını ifade etmiştir. Downes ve ark (2016)'nın yaptığı çalışmada ise risk değerlendirme araçlarının profesyonel karar vermeyi desteklediğine inandıkları ancak hastalarla aralarına mesafe koyduğu ve kendilerini mekanikleştirdiği belirtilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda bu araçların çok genel olduğu ve bireysel ihtiyaçlara yönelik kişi merkezli olmadığı ve hastalarla olan terapötik ilişkiyi bozduğu bildirilmiştir (Gunstone, 2003; Sawyer ve ark. 2009). Oddoye (2005)'in yaptığı çalışmada ise kullanılan risk değerlendirme araçlarının kişiyi yasal açıdan koruduğuna inandıklarını bildirmiştir.

Çalışma bulgularına göre, hemşirelerin klinikte risk yönetimi ile ilgili girişimlerini ne sıklıkta yaptıkları sorulduğunda; % 58.3'ü riskin ciddiyetini her zaman değerlendirir derken, % 2.4'ü değerlendiremediğini, % 51.2'si yasaklı eşyalar açısından hastanın üzerini her zaman ararım derken, % 17.9'u bunu yapmadığını bildirmiştir. Hemşirelerin % 50'si çevresel risk faktörlerini kontrol altına almak için güvenli bir ortam oluştururum derken, % 10.7'si bunu yapmadığını, % 50'si hastalar arası olumlu etkileşimi destekleyemem ve rol model olamam derken, % 26.2'side yaptığını söylemiştir. Hemşirelerin % 44.0'ü yakınlarının getirdiği eşyaları kontrol ederim derken, % 16.7'si bunu yapmadığını, % 36.7'si hasta merkezli bakımı yapmam ve hastayı bakıma katmam

derken, % 28.6'sıda bunu her zaman yaparım şeklinde ifade etmiştir (Tablo 7). Çalışmanın verilerine bakıldığında hemşirelerin tüm girişimleri bir arada yapmadıkları, bazılarını uygularken bazılarını göz ardı ettikleri dikkat çekmektedir. Literatüre bakıldığında risk değerlendirme ve yönetimi süreçlerinin birbirini tamamlayan bir süreç olması gerektiğinden bahsedilmektedir. Ancak bazı çalışmalarda risk değerlendirme ve yönetimi basamaklarının ayrı ayrı yapıldığı, bazen sadece değerlendirmenin yapıldığı ve yönetimin yapılmadığı gözlenmiştir (Delaney ve ark. 2001; Gilbert ve ark. 2011; Godin 2004; Higgins ve ark., 2016a). Woods (2013) risk değerlendirmesi ve yönetimi arasında bir parçalanma olduğuna vurgu yapmıştır. Gilbert ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada ise hastaların risk bilgisinin toplanmasında sıkıntıların olduğu ve bulunan risklerin nereye kayıt edilmesi gerektiği ile ilgili de fikir ayrılıklarının olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada, hemşireler klinikte risk oluşturan hasta davranışlarından kendine zarar verme ve intihar, kaçma, şiddet ve saldırganlık, tekrarlayan kendini yaralamayı daha yüksek oranlarda tanımlarken; taciz, ihmal ve istismar, düşük içgörü gibi riskleri daha az tanımlayabildikleri dikkat çekmektedir (Tablo 8). Araştırma sonuçlarına bakıldığında tüm risklerin tanımlanması ve değerlendirilmesi gerektiği üzerine vurgu yapılmasına karşın, yapılan çalışmalarda katılımcıların çoğunlukla intihar ya da şiddet riskini nasıl yöneteceklerine odaklandıkları ve bireysel risk değerlendirme ve yönetimi uygulamalarının hastalara nasıl yardımcı olacağına farkında olmadıkları bildirilmiştir (Woods, 2013; Hawley ve ark. 2006; Ryan, 1998; Higgins, 2015a, Higgins, 2015b, 2016b). Higgins ve ark. (2016a)'nın İrlandada yaptığı çalışmada katılımcıların çoğunun (% 95.7) klinik uygulamalarında risk değerlendirme yaptığı, bu değerlendirmeler arasında en çok göz önüne alınan risk alanlarının kendine zarar verme, şiddet, madde bağımlılığı ilgili risklerin olduğu, damgalanma ve taciz ile ilgili risklerin değerlendirilmesinin ise rutin olarak ele alınmadığı gözlenmiştir. Oddoye (2005)'nin yaptığı çalışmada ise şiddet, kendine zarar verme ve kendini ihmal etme gibi riskler tanımlanırken; katılımcıların sadece bir kısmının yaralanma, çocuklara şiddet, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi sorunları risk olarak tanımladıkları görülmüştür.

Çalışma bulgularına göre, hemşirelerin % 96.4'ü hastanın geçmiş öyküsünü, % 88.0'i klinik belirtileri, % 78.6'sı alkol ya da yasa dışı madde kullanımını, % 72.6'sı taciz ve damgalanmayı yüksek oranlarda risk yönetimi için değerlendirilmesi gereken alanlardan olduğunu ifade ederken, % 66.7'si kliniğin fiziksel durumunu, % 67.9'u personelin hastalara tutumunu, % 61.9'u bireysel hijyene uyumu, % 58.3'ü de fiziksel bir hastalığın varlığını risk yönetimi için değerlendirilmesi gereken alanlar arasında

görmediğini ifade etmiştir (Tablo 8). Çalışmanın verilerine bakıldığında risk yönetimi için değerlendirilmesi gereken alanlardan bazılarını daha yüksek oranlarda değerlendirmeye aldıkları, bazılarını da daha az değerlendirdikleri dikkat çekmektedir. Higgins ve ark. (2016a)'nın yaptığı çalışmada katılımcıların % 70'i hasta değerlendirilirken hastanın geçmiş öyküsü ve ruhsal durumunu sorguladığı, % 52'sinin ise koruyucu faktörleri göz önünde bulundurduğu bildirilmiştir. Buna ek olarak % 49'ununda fiziksel sağlık konularını risk değerlendirmesinin bir parçası olarak değerlendirmeye kattıklarını bildirmiştir. Ruh sağlığı sorunlarının yanı sıra fiziksel sağlıkta da sorunlar oluşmakta özellikle diyabet ve obezite kişilerde yüksek oranlarda görülmektedir. Bu nedenle fiziksel sağlığın önemi vurgulanmakta ve özellikle değerlendirilmesi gereken alanların içinde yer alması gerektiği söylenmektedir (Phelan ve ark. 2001; Bushe ve Holt 2004; Citrome ve Vreeland 2009). Risk değerlendirme ve yönetim süreçlerinin oluşturulması arasındaki süreci inceleyen bazı araştırma raporları da değerlendiren kişinin tutumuna göre değerlendirmenin değiştiği, risk ve güvenlik planlarının süreç boyunca sürekli olarak değerlendirilmesinde eksiklikler olduğunu göstermektedir (Delaney ve ark., 2001; Gilbert ve ark., 2011; Godin 2004; Woods, 2013; Higgins ve ark., 2016a). Hemşirelerin ruhsal sağlık bakımında risk değerlendirmesi ve yönetimine yönelik bir eğitimin ve tutumlarını belirleyen ölçme araçlarının olmayışı hasta güvenliği için önemli bir risk teşkil etmektedir (Higgins ve ark 2016b, Woods 2013).

Çalışma bulgularına göre, hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi ve uygulama puanları verdikleri cevaplara göre değerlendirilmiş ve puanlanmıştır. Hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi puanları 40 üzerinden değerlendirildiğinde ortalamaları 21.11, uygulama puanları 60 puan üzerinden değerlendirildiğinde ortalamaları 36.67 ve toplam puanları 100 üzerinden değerlendirildiğinde ortalamaları 57.29'dur (Tablo 9). Ayrıca hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile (cinsiyet, eğitim durumu, psikiyatri kliniğinde çalışma süresi) risk yönetimine ilişkin bilgi, uygulama ve toplam puanları arasında herhangi bir fark saptanmamıştır. Ancak hemşirelerin yaşları ile risk yönetimi toplam puanları arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. 20-30 yaş grubundaki hemşirelerin toplam bilgi puanları, 41 ve üstü yaş grubundaki hemşirelerin toplam bilgi puanlarından anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (Tablo 10). Risk yönetimi konusunda genel olarak düşük puan aldıkları ve bunun geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılabilir. Gilbert ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada hemşirelerin risk değerlendirmesini yaptıkları sırada hastalardan farklı bilgi elde etmesini, hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeylerindeki farklılığa ve riski

değerlendirme konusunda kendilerine ne kadar güvendiklerine bağlamıştır. Benner (1994) ve Pitz ve ark. (1984) hemşirelerin klinikte hasta ile çalışırken mevcut riskleri değerlendirebilme ve yönetebilme sürecinde bilgi ve deneyimin önemli olduğuna vurgu yapmış ve hemşirenin risk değerlendirmesi ve yönetilmesi konusunda bilgiyi alabilecekleri eğitim ortamlarının oluşturulması gerektiğini vurgulamıştır. Hemşirelerin hasta güvenliğini yönetme ve iyileştirme çabalarına rağmen sağlık alanındaki riskleri keşfetmek ve önlemek için daha iyi bir eğitim almaları gerektiği kabul edilmektedir (Johnstone ve Kanitsaki, 2007). Araştırmalarda psikiyatri hemşirelerinin risk değerlendirmesi ve yönetimi süreçleri konusunda daha az yetkin olduklarını, bu süreçte zorlandıklarını, endişe duyduklarını, tutumlarındaki bireysel farklılıklar nedeniyle hasta yaklaşımlarının değiştiğini ve eğitime ihtiyaçları duyduklarını belirtmişlerdir (Moore 2000, Higgins ve ark 2016b, Woods 2013, Borum 1996).

Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitimine Yönelik Hemşirelerin Görüşlerinin Tartışılması

Bu bölümde psikodrama temelli risk yönetimi eğitimi ile ilgili hemşirelerin görüşlerine yönelik belirlenen temalar tartışılmıştır. Benzer temalar birlikte değerlendirilmiş ve tartışılmıştır.

Tema 1: Bilgi Kazanımları

Bu çalışmada hemşirelerin psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminden önce aldıkları risk yönetimine yönelik bilgi, uygulama ve toplam puanları ile eğitim sonrası ve izlemde aldıkları puanları arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Hemşirelerin eğitimden önce risk yönetimine yönelik bilgi puan ortalamaları 21.15 iken, eğitimden hemen sonra 37.46, 1. ay izlemde 38 ve 3. ay izlemde de 39 olmuştur. Uygulama puanları da eğitim önce 41.92 iken, eğitimden hemen sonra 56.34, 1.ay izlemde 57.07 ve 3. ay izlemde de 58.07 olmuştur. Toplam puan ortalamalarına baktığımızda da 63 iken, eğitimden hemen sonra 94, 1.ay izlemde 95 ve 3.ay izlemde 97 olmuştur. Eğitim sonrası ve izlemlerde bilgi, uygulama ve toplam puanları artmıştır (Tablo 11). Buna göre çalışmanın psikodrama temelli risk yönetimi eğitimi alan hemşirelerin ön test- son test ve izlem bilgi, uygulama ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark vardır hipotezleri kabul edilmiştir. İstatistik test sonuçları, psikodrama temelli eğitimin hemşirelerin risk yönetimini değerlendirmelerine önemli bir katkı sağladığını göstermiştir. Psikodrama içgörü kazandırma yoluyla kişilerde davranış değişikliğini amaçlayan bir ruhsal geliştirme ve terapi yaklaşımıdır (Dökmen, 1995). Şahin Dağlı ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerine çocuk istismarı ve ihmali eğitiminde psikodrama yöntemi

kullanılmış, eğitim sonrasında bilgi ve farkındalık testlerinde artış gözlenmiştir. Bilge ve Keskin (2017)'in çalışmasında psikodrama ile zenginleştirilmiş öfke yönetimi eğitiminin üniversite öğrencileri üzerinde etkinliğine bakılmış, eğitim sonrası öfke puanlarında azalma olduğu belirlenmiştir. Soygür ve ark. (1998) hasta yakınları ile gerçekleştirilen psikodrama yönelimli destekleyici-eğitici grup psikoterapisinin kronik şizofreni gidişi üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmasında hastalığın yinelenme oranları kontrol grubundakilere göre daha düşük çıkmıştır. Mann ve ark. (2005)'nin yaptığı çalışmada intiharı önleme konusunda yapılan eğitimin faydalı olduğu ve intiharı önleme stratejisi olarak eğitimin önemini vurgulamaktadır. Mostafa (2009) çalışmasında hemşirelerin risk yönetimine yönelik bilgi ve farkındalıklarını artırmayı amaçlamıştır. Çalışmanın başında hemşirelerin bilgi ve farkındalık düzeylerinin çok düşük, risk yönetimine yönelik tasarlanmış eğitim oturumlarından sonra hemşirelerin bilgi puanlarında önemli ölçüde iyileşmelerin olduğu ve bunun 3 aylık takip süresi boyunca da korunduğunu bildirmiştir. Muir-Cochrane ve ark (2011)'ı yaptığı çalışmada ruh sağlığı çalışanlarından oluşan multidisipliner bir ekibe senaryo vererek risk değerlendirmesi ve yönetimi süreçlerini tartışmıştır. Katılımcılardan bazıları her hastanın bir birey olarak ele alınmasının gerektiğini, ancak diğer hastaların ve personelin güvenliğinin de gözden kaçırılmaması gerektiğini vurgulamıştır. McNiel ve ark (2008a)'nın yaptığı çalışmada bir üniversite hastanesinin 45 psikiyatri kliniği çalışanına risk değerlendirme ve yönetimi eğitimi verilmiştir. Eğitim sonrasında risk değerlendirme eğitimine katılanlar risk yönetimi stratejileri hakkında akıl yürütme, intihar risk ve koruyucu faktörlerini belirleme ve iyi ifade etme kabiliyetlerinde eğitim öncesine göre büyük bir değişim göstermiştir. Ayrıca eğitim grubundaki katılımcıların eğitim almayanlara kıyasla intihar risk değerlendirmesi ile ilgili doldurdukları belgelerin genel kalitesinde anlamlı bir artış olduğu gösterilmiştir. Buna ek olarak katılımcıların hastaların intihar riskini değerlendirme, bilgi sahibi olma ve intihar riskini yönetme yeteneği hakkında kendilerini değerlendirmiş ve katılımcıların kendi kişisel algılarında anlamlı değişiklik olduğu bildirilmiştir (McNiel ve ark. 2008a ve McNiel ve ark 2008b).

Çalışma bulgularına göre, eğitime katılan hemşirelerin tamamı risk yönetimi ile ilgili eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim sırasında hemşireler kendilerini sorguladıklarını, yasaların tamamını bilmediklerini, sağlık bakanlığının oluşturduğu sağlıkta kalite standartları kitapçığından haberdar olmadıklarını söylemişlerdir. Ancak eğitimin sonunda bu bilgileri öğrenmiş olduklarından dolayı çok memnun olduklarını bildirmişlerdir. Yasal süreç ile ilgili öğrendikleri bilgileri, eğitimin ardından nöbete

gittiklerinde sorgulayabildiklerini ifade etmişlerdir. Higgins ve ark. (2016a)'nın yaptığı çalışmada katılımcıların çoğu, risk değerlendirmesi ve yönetimi ile ilgili süreçler, stratejiler ve beceriler konusunda eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Buna ek olarak değerlendirme araçlarının kullanımı, hastaların ve bakıcıların bu sürece nasıl dahil edileceği, örgütsel politika, prosedür ve kılavuzların da eğitimde olması gerektiği söylenmiş ve bu eğitimlerin sürekliliği olan, zorunlu, yerel, ulaşılabilir ve en iyi uygulamaların da içine dahil edilmesinin çok yararlı olacağını vurgulamışlardır. Grotto ve ark. (2014) ruh sağlığı hemşirelerinin riski değerlendirirken, bireysel algılarında yanılma payı olabileceğini ve klinik yargı, araştırma kanıtları ve standart değerlendirme araçlarını birlikte kullanarak bir sonuca varmaları gerektiğini bildirmiştir. Aynı çalışmada çalışanların ihtiyaçlarına uygun resmi bir destek sistemi ve bilgilendirme süreci olması gerektiğini vurgulanmaktadır. Diğer çalışmalara bakıldığında katılımcılar etkili risk değerlendirmesi ve yönetimi için beceri ve stratejiler, özellikle risk değerlendirme araçlarının kullanımı konusunda eğitime ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir (Cleary ve Dowling 2009; Cusack ve Kiloury 2012; Jelinek ve ark. 2013; Muir-Cochrane ve ark., 2011; Briner ve Manser, 2013; Downes ve ark. 2016; Gilbert ve ark., 2011). Gunstone (2003) yaptığı çalışmada ruh sağlığı çalışanlarının risk değerlendirmesi ve yönetimine yönelik eğitim alması gerektiğini, özellikle risk değerlendirme araçlarının kullanımı konusunda da eğitilmelerinin önemini vurgulamış, düzenli olarak politikalar, prosedürler ve mevzuatlar konusunda eğitim verilmesine vurgu yapmıştır. Tsai ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada hemşirelerde intihar farkındalık programının etkinliğini değerlendirmişlerdir. Eğitim öncesi ve sonrası intihar uyarı işaretleri farkındalık ölçeği uygulanmıştır. Eğitim öncesine göre eğitim sonrasında ölçekten aldıkları puanlar arasında anlamlı bir artış olduğu ve hastaları danışma grubuna daha fazla gönderdikleri gösterilmiştir.

Çalışma bulgularına göre, hemşireler risk yönetimi eğitimi sırasında, ölçekleri hemşirelerin doldurulup dolduramayacağı konusunda bilgilerinin olmadığını, nasıl doldurulacağı konusunda eğitim almadıklarını, çoğunlukla doktor ve psikologların ölçekleri doldurduğunu ifade etmişlerdir. Eğitimden sonrada ölçekleri doldurabileceklerini, risk düzeyini saptamak için iyi bir yöntem olabileceğini ifade etmişlerdir. Abderhalden ve ark. (2008)'nin randomize kontrollü yaptığı bir çalışmada, İsviçre'de 14 akut ruh sağlığı kliniğinde yapısal risk değerlendirmesi araçlarının kullanımı başlatılmış ve uygulama kliniklerde hem insidans oranlarında hem de zorlayıcı önlemlerin kullanılmasında düşümlere neden olmuştur. Van de Sande ve ark. (2011)'nin

yaptığı randomize kontrolü bir çalışmada, araştırma kapsamındaki iki klinikte risk değerlendirme araçları kullanılmaya başlanmıştır. Bu kliniklerde şiddet olay sayılarında, agresif olaylara karışan hasta sayılarında, hastaların tecritte kalma sürelerinin de azalma olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmanın psikodrama uygulamaları sırasında, katılımcıların kendilerini tanımalarını artıracak, sorunlar karşısında yaratıcı çözümler geliştirmelerine olanak sağlayacak, çatışma çözme becerilerini geliştirerek eyleme dökmelerini kolaylaştıracak ısınma oyunları ve senaryolar kullanılmıştır. Isınma oyunlarının sonunda duygularının paylaşımı ile farkındalık düzeylerinin artmış olduğu gözlenmiştir. Ormandaki hayvanlar oyunundan sonra katılımcılardan biri “beklenmedik bir durumla karşılaştığımda donup kaldığımı gördüm. Ben klinikte çalışırken hastalardan biri ajite olduğunda da aynı tepkiyi veriyor, donup kalıyordum. Eyleme geçmem zor oluyordu. Bunu burada fark ettim. Artık daha hızlı eyleme geçmeye çalışacağım.” demiştir. Senaryoların oynanması sırasında uygulayıcı tarafından sahne farklı açılardan gösterilmiş, katılımcıların farklı bakış açılarını deneyimleme olanağı sunulmuştur. Her oturumun sonundaki paylaşım aşamaları da gruba ve gruptaki her üyeye güçlenme, farkındalık, farklı bakış açılarından görme, duygularını ifade etme, grubun içinde birlik olma gibi duygu ve durumların yaşanmasına fırsat vermiştir. Aynı zamanda eğitim sırasında risk yönetimi genel olarak anlatıldıktan sonra intihar senaryosu üzerinden intihar risk yönetimi çalışılmıştır. Senaryo verildikten sonra risk yönetim sürecini öncelikle katılımcıların yapması beklenmiş, ardından senaryo tek tek okunarak risk yönetim süreci basamakları uygulanmıştır. Katılımcıların hataları düzeltilmiş, doğru bilgiler anlatılmış, soruları yanıtlanmış ve süreç tamamlanmıştır. Ayrıca psikodrama uygulamaları sırasında da verilen senaryolarda her bir katılımcı role girmiş ve yaşantısal anlamda deneyimleyerek senaryoyu değerlendirmiş ve risk yönetim sürecini ya hastaya uygulamış ya da hasta olarak girdiği rolde kendisine risk yönetim süreci yapılmıştır. Empati yaptıklarını, hastaları daha iyi anladıklarını ve bu süreçte hastaları da dahil ederlerse sürecin daha iyi yönetileceğini bildirmişlerdir. Ayrıca risk yönetimine yönelik bilgi ve farkındalıklarının arttığını ifade etmişlerdir. Riskleri sadece intihar ve saldırganlık olarak görmeyeceklerini diğer riskleri de değerlendirmeye katacaklarını ve bunları öğrenmiş olmanın hem kendilerini hem de hastaları koruyacağını söylemişlerdir. “Oynadığımız oyunlarda kendimi sorguladım. Oyunlarda oynadığımız şeylerde kendimin ne kadar benzer davrandığımı fark ettim. Aynı durumu oynadığımız senaryolarda da gösterdim. Burada kendimle ilgili fark ettiğim şeyler klinikte çalışma hayatımdaki bazı hatalı davranışlarımı düzeltebileceğim fikrini düşündürdü. Çokda

eğlenceliydi”, “Oyunlar beni çok düşünmeye sevk etti. Kendimi sorgulamama neden oldu.” ifadelerini de kullanmışlardır. Psikodrama, eski örüntülerin yeni bir şekilde algılanmaları ve buna bağlı olarak da davranışların yeniden düzenlenmesi yoluyla bireylerdeki ve gruplardaki değişimleri kolaylaştıran rol kuramına dayandırılmaktadır (Fine 1979). Psikodrama, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal hedeflere ulaşmada yaşayarak öğrenmeyi temel alır (Ulupınar, 2014). Psikodramanın rol oynama tekniği hemşireler tarafından eğitim sürecinde kullanılmakta ve etkin bir yöntem olduğu da vurgulanmaktadır (Butz ve ark., 2007; Fallowfield ve ark., 2001; Hudson ve ark., 2008; Salinas, 2011 ve Schneider ve ark., 2010). Jacobson ve ark. (2012)’nin yaptığı çalışmada ise Amerikan İntihar Derneği tarafından verilen 2 günlük beceri temelli bir eğitim programının etkinliği değerlendirilmiştir. Program katılımcıların bilgiyi uygulamaya nasıl dönüştüreceklerini öğrenmelerine yardım etmek için vaka uygulama egzersizleri kullanılmıştır. Eğitim sonrasında intihar ve intiharı önleme konusunda tutumları, intihar riski taşıyan kişilerle çalışma konusunda kendine güvenleri, intihar riski değerlendirme becerileri ve acil risk yönetimi becerilerinin olumlu yönde değiştiği bildirilmiştir. Ayrıca senaryoların/vinyetlerin kullanımı katılımcıları bilgi düzeylerini artırmakla kalmamış, uygulama becerilerinde ve farkındalıklarında değişiklikler göstermiştir. Gökler’in (2013) çalışmasında sağlık çalışanlarına olgular üzerinden psikodrama teknikleri kullanılarak ihmal ve istismara uğradığı düşünülen çocuk, ergen ve aileleriyle görüşme teknikleri öğretilmiş ve bu görüşmeler yoluyla katılımcıların uygun beceri ve tutum geliştirmelerine destek olunmuştur. Şahin Dağlı ve ark. (2019)’nin yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerine çocuk istismarı ve ihmali eğitiminde psikodrama yöntemi kullanılmış, eğitim sonrasında bilgi ve farkındalık testlerinde artış gözlenmiştir. Aynı çalışmada yapılan nitel değerlendirmelerde de kişisel farkındalık düzeyi ve empati becerilerinde artışa neden olduğu, mesleklerini daha iyi yapabilme konusunda cesaretlendirdiği bildirilmiştir.

Çalışma bulgularına göre, psikodrama uygulaması sırasında katılımcılar; “Eğitim sırasında daha aktiftim. Aklımda daha çok kaldığını düşünüyorum. Oynadığımız oyunlarda birçok şeyi yaşadık ve öğrendik.”, “Psikodrama ile eğitimin eğlenceli, motive edici olduğunu düşünüyorum. Uygulamaya daha rahat geçirebileceğimi düşünüyorum. Aklımda çok şey kaldı.”, “Bende kalıcılığı artırdığını ve uygulamaya daha rahat sokabileceğimizi gördüm. Aynı uygulamış gibi oldu.”, “Psikodrama ile eğitimin birleştirilmesi sıkıcılığı ortadan kaldırdı. Aklımızda daha iyi kaldığını düşünüyorum. Klinik uygulamaları da kolaylaştırdığını düşünüyorum.” “Yaşantıları deneyimledik ve

daha iyi öğrendik. Oynadığımız oyunlarda pekiştirmemi sağladı ve farkındalığımı artırdı.” şeklinde ifade etmişlerdir. Aynı zamanda yaşayarak öğrenmenin ve senaryolar ile çalışmanın süreci anlamalarını kolaylaştırdığını ifade etmiş ve kalıcılığın daha fazla olduğunu söylemişlerdir. Hemşirelerin bu ifadeleri yetişkin eğitiminde sadece bilgi vermenin yeterli olmadığını çeşitli yöntemlerle zenginleştirilmiş uygulamalı bilgi vermenin daha etkin olduğuna dair gerçeğe dikkat çekmektedir. Psikodramanın, bir terapi yöntemi olmasının yanında, kişiliğin güçlenmesi ve gelişmesi ya da buna engel olan güçlerden bireyin özgürleşmesini sağlayan etkisi de vardır. Engelleri çözerek, bireyin de bütünlüklü ve spontan bir şekilde kendini gerçekleştirme, yaşama yönelik daha üretken tutumlar geliştirmesi ve başkalarıyla daha doyurucu ilişkiler kurmasını sağlayacak psikososyal bir gelişimi hedefler (Kellermann, 2013). Psikodrama yönteminde, psikolojik ve sosyal sorunlarını çözmek için yada yeni bir durum, olay yada bilgiyi öğrenmek için biraraya gelen grup üyeleri, bunları yalnızca konuşmak yerine, bu sorunları çözmek, yeni olan durumu adaptasyon ve yeni bilgileri öğrenmek için harekete geçmeye yönelirler (Blatner, 2002). Propper (2003) drama ve edebiyat eğitimlerinde psikodrama yöntemlerini kullandığını belirterek, bu eğitim yöntemiyle öğrencilerinin roman karakterleri ve temalarıyla içsel bağlantılar kurduklarını ve bunun çok etkin bir eğitim olduğunu gözlediğini vurgulamıştır.

Tema 2: Bireysel Kazanımlar

Çalışma bulgularına göre, psikodrama uygulaması sırasında katılımcılar; “Çatışma yönetimi ve baş etme becerilerimi gördüm. Kendim için daha iyisini yapabileceğimi biliyorum.”, “Psikodrama da oynadığımız rollerde kendimi fark ettim ve yüzleştim.”, Yasaları ve risk yönetimini öğrenince kendime güvenim arttı, bilgim artınca kendimi daha güçlü hissediyorum.”, Kendimi ve iş hayatımdaki kendimi anlama ve tanıma şansını buldum.”, “Kendimi daha güçlü ve daha motive hissediyorum.” “Risk yönetimi konusunda kendi sorumluluklarımı öğrenmem çalıştığım sırada kendimi daha güçlü hissetmemen neden oldu” şeklinde ifade ettiler. Bu ifadeler psikodrama eğitiminden elde ettikleri bireysel kazanımları göstermektedir. Psikodramada, kişi öncelikle sahnelenen oyunlarda, kendisini dışarıdan görür ve kendini tanıma boyutunda gelişme kaydeder, aynı sahneyi hem farklı açılardan hem de diğer kişilerin gözünden gördüğünde de durumu yeniden değerlendirme fırsatı yakalar. Psikodramatistin/Uygulayıcının kendine sunduğu güvenli ortamda da durum karşısında geleneksel olmayan çözüm yollarını deneyimler (Kellermann, 2013; Altınay, 2007). Higgins ve ark. (2016a) öncelikle psikiyatri kliniklerinde görev yapan tüm ekip üyelerinin, özellikle psikiyatri hemşirelerinin risk

yönetimi konusunda eğitilmesi, yeterli donanıma sahip olması, ortak tutum belirlemesi için güçlendirilmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Hemşirelerin güçlendirilmesi ise hem iş memnuniyeti hem de bakım kalitesini artırmakta maliyet etkin bir kazançta yol açmaktadır (Kuokkanen ve ark., 2003 ve Laschinger ve ark., 2001). Huh ve ark. (2012)'nin çalışmasında % 17'si hemşirelerden oluşan multidisipliner sağlık sisteminde çalışan profesyonellerle 6,5 saat süren eğitimin ardından yaşlı erişkinlerde intihar risk yönetimi konusunda farkındalık ve tutumlarında değişiklik olup olmadığı incelenmiştir. Katılımcılar intihar değerlendirmelerine dair kendilerine güvenlerinin ve bilgilerinin anlamlı şekilde arttığı, üç aylık izlemde katılımcıların % 90'ının farkındalıklarının artırdığı ve konuyla ilgili daha fazla şey öğrenmeye ilgi gösterdiğini belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %84'ünde eğitimin intihar riski değerlendirme yeteneğini geliştirdiğini, %43'ünde öğrendiklerini profesyonel ortamlara dahil edebildiğini ve bu nedenle kendilerini daha güçlü hissettiklerini ifade etmiştir. Özbaş Atlı ve Tel (2016)'in çalışmasında psikodramaya temellendirilmiş programın hemşirelerde psikolojik güçlenme üzerine olumlu yönde etkili olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada, katılımcılar psikodrama uygulamaları sırasında empati ve iletişim becerilerinin arttığı yönünde paylaşımlarda bulunmuşlardır. Hemşireler, “Senaryolar sırasında hasta rolüne girdim. Rolüme o kadar iyi girmişim ki beni bağlamaya çalıştıklarında kendimi savunmasız, pasif ve işe yaramaz hissettim. Yoğun empati yaptığımı hissediyorum. Hastaların bakış açısı ile görmek beni çok etkiledi.”, “Senaryo sırasında bende duygularını kontrol edemeyen bir hemşireydim. Çok çıkmazda hissettim. Benim endişelerimin hastaları tedirgin ettiğini fark ettim. Bende kendi duygularımı ve hastalara karşı yargılarımı kontrol etmem gerektiğini anladım”, “Kendimin problem çözme, başetme ve kriz yönetimi gibi konularda nasıl davrandığımı psikodrama görmemi sağladı.” şeklinde ifade etmişlerdir. Kişinin farklı rollere ısınması için diğerini bütünüyle anlaması, sorunları onun bakış açısından değerlendirebilmesi, olayları “şimdi ve burada” yeniden gözden geçirerek farklı çözümler bulmaya çalışması psikodrama ile gerçekleşir. Sahnede; yaşamda söylenmeyen ve yapılmayanlar ifade edilir. Saklanan düşünceler, duygular ve niyetler açıklanır, görünür hale gelir (Clayton, 1994). Özbaş Atlı ve Tel (2016)'in psikodramaya temellendirilmiş çalışmasında, hemşirelerin kendilerini tanımalarını artıracak, sorunlar karşısında yaratıcı çözümler geliştirmelerine olanak sağlayacak, çatışma çözme becerilerini geliştirmelerine katkı sağlayacak senaryolar kullandıklarını ve hemşirelerin bu eğitimden birçok kazanımla çıktığını bildirmişlerdir. Ulupınar (2014)'in hemşirelik öğrencilerinin sorun çözme becerilerine psikodramanın

etkisinin olduğunu bildirmiştir. Bunun yanı sıra kendini tanıma ve keşfetmelerinde artma, iletişimin becerilerinde olumlu yönde gelişme, farklı bakış açıları elde etme, sosyal beceri ve empati becerilerinde artma sağladıklarını bildirmiştir.

Tema 3: Uygulama Kazanımları

(Riskleri saptayabilme, Klinikte risk yaratan durumları tanımlama ve kaydetme, Risk yönetimi konusunu eğitim programına dahil etme, Klinik risklerin yönetimini daha etkili yapma)

Çalışma bulgularına göre, hemşirelerin psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminden önce, sonra ve izlemde risk yönetimi basamaklarının klinikte uygulanma durumlarını işaretlemeleri arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Hemşirelerin klinikte uygulanma durumlarının ortancası eğitim öncesinde 8 iken, eğitimden hemen sonra 11, 1.ay ve 3. ay izlemde 12'dir. Risk yönetimi basamaklarının hemşirenin sorumluluğu olup olmadığı sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde hemşirenin sorumluluğudur maddesini işaretlemeleri eğitim öncesinde 7 iken, eğitimden hemen sonra, 1.ay ve 3. ay izlemde 15'e çıkmış ve maddelerinin tamamını işaretlemişlerdir. Görüldüğü gibi eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve izlemde doğru maddeleri işaretlemeleri ve klinikte uygulama oranlarında artış gözlenmiştir. Ayrıca eğitim sırasında bu uygulamaların doktorun sorumluluğunda olduğunu düşündüklerini ve bu nedenle birçok uygulamayı klinikte yapmayı reddettiklerini ifade etmişlerdir. Eğitimle birlikte bu uygulamaların kendi sorumlulukları olduğunu anladıklarını ve bundan sonra diğer ekip ile birlikte sorumluluğu bölüşeceklerini ifade etmişlerdir. Yasal anlamda öğrendiklerinin de kendilerini koruyacağını ancak nöbetlerde sayılarının az olması nedeniyle sorumluluklarını yapamamaktan dolayı endişe duyduklarını da söylemişlerdir. Deering ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmada hastaların risk yönetimi uygulamalarını ruh sağlığı hizmetlerinde faydalı olarak tanımladıklarını bildirmiştir. Risk yönetimi uygulamalarında tutarsızlıklar olmasına rağmen risk yönetimi uygulamalarının açık ve kapsayıcı yapıldığında hastaların fayda sağladığını göstermiştir. Maguire ve ark. (2018) hemşireler tarafından günlük risk değerlendirilmesi ve risk yönetimi süreçlerinin her basamağının her hasta için yapılmasının önemini vurgulamışlardır. Gudjonsson ve ark. (2010)'nın yaptığı çalışmada katılımcılara risk yönetimi eğitimi alıp almadıkları ve risk yönetimine yönelik bilgi ve uygulama becerileri ile ilgili de sorular sorulmuştur. Daha önce risk yönetimi eğitimi aldığını ifade eden katılımcıların bilgi, beceri ve yetkinliklerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Risk yönetimi eğitiminin personelin bilgi, beceri ve yetkinlikleri üzerinde olumlu etkisinin olduğunu ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada hemşireler, “Hastayı servise kabul ederken aldığımız öykünün çok eksik olduğunu fark ettim. Bunu ne kadar bilinçli yapıyoruz ne kadar mekanik yapıyoruz bilmiyorum. Çoğu zaman sezgilerimize güveniyoruz sanırım.”, “Kendi kararlarımın yanı sıra ölçme araçlarına da güvenmem konusunda karar verdim.”, “Risk değerlendirmesi için ölçeklerin kullanabileceğinden haberim yoktu.”, “Ölçme araçlarını ve öğrendiklerimizi kullanarak daha iyi bir risk değerlendirmesi yapacağımı düşünüyorum.”, “Klinikte uyguladığım birçok şeyi neden uyguladığımı bilmeden uyguluyordum. Çoğu zaman önsezilerimle hareket ediyordum. Şimdi gerekçelerini öğrendim. Hastaları daha iyi değerlendirebileceğimi düşünüyorum.” şeklinde ifade etmiştir. Hemşireler sadece sezgilerine güvenmek yerine risk değerlendirme araçları ve diğer yöntemleri de kullanacaklarını söylemişlerdir. Bu ifadeler kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ne kadar ihtiyacımız olduğunu göstermek bakımından da oldukça dikkat çekmektedir. Araştırmalar hemşirelerin formal ve yapısal olmayan süreçlere, önsezilerine ve ‘içlerinden gelen sese’ güvendiklerini ve ona göre uygulama yaptıklarını ortaya koymaktadır (Raven ve Rix 1999, Muir-Cochrane ve ark. 2011, Woods 2013). Wand ve ark (2015)’nin yaptığı çalışmada ruh sağlığı çalışanlarının % 89.7’si risk değerlendirme ve uygulamalarını yaparken kendi kararlarına güvendiklerini söylemiştir. Sadece bir araştırma hemşirelerin geçerliliği kabul edilen araçlar ve standartlar kullandığını göstermiştir (Godin 2004). Godin (2004)’nin araştırmasındaki toplum ruh sağlığı hemşireleri, değerlendirme araçları kullandıklarını ama yine de klinik teşhis ve ‘yorumlamacı’ yaklaşımları tercih ettiklerini ve değerlendirme sürecinde kendi ‘iç güdülerine’ sıklıkla başvurduklarını belirtmiştir. Buna ek olarak, etkili olmayan risk yönetimi uygulamaları da tespit edilmiştir. Araştırmalar, risk değerlendirme ve yönetimi arasındaki koordinasyonsuzluğu da göstermektedir (Gilbert ve ark. 2011; Langan ve Lindow 2004; Woods 2013). MacNeela ve ark. (2010) ruh sağlığı hemşireliği üzerine yaptığı bir çalışmada "psikiyatri hemşirelerinin değerlendirme uygulamalarının resmi karar verme araçları ve değerlendirme modellerinden ziyade deneyimsel, örtük bilgidan daha fazla etkilendiğini" bildirmiştir.

Çalışma bulgularına göre, psikodrama uygulaması sırasında katılımcılar; “Ekip olmak konusunda çalışmak bana iyi geldi, ekip olarak güvenmeyi ve güvende olduğumu gördüm. Klinikte ve kendimde bir şeyleri düzeltebileceğimi bu eğitimle fark ettim.”, “Yalnız olmadığımı ve birlikte iyi işler çıkarabileceğimizi gördüm. Bu ekiple riskleri yönetebileceğimizi ve hastaları koruyabileceğimizi düşünüyorum. Risk değerlendirmesinde ekibin çok önemli olduğunu gördüm.”, “Ekip çalışmasının ne kadar

önemli olduğunu, burada da bir ekip olarak iyi işler çıkarabileceğimizi anladım.” şeklinde ifade etmişlerdir. Psikodrama, kişiye içgörü, boşalım (katarsis), bütünleşme ve davranış değişimi sağlamaktadır. Her psikodrama oturumu, kişi için tekrarı olmayan yaratıcı ve spontan bir eylemdir (Goldman ve Morrison, 1984). Psikodrama aynı zamanda bireylere, başkalarıyla olan ilişkilerini gözden geçirme, bu ilişkilerde yaşadıkları sorunları anlama ve tanıma yeteneğini geliştirme ve alternatif çözümlerin farkına varma, becerilerini artırma olanağını verir. (Whatney, 1979). Literatüre baktığımızda psikodramanın sağlık çalışanlarında ve hemşirelerde iletişim becerilerinin geliştirilmesi, empatinin artırılması, ekip iş birliğinin artırılması amacıyla kullanıldığı görülmektedir (Kesten, 2011; Fisher ve ark. 2012; Sangappa ve Tekian, 2013; Özbaş Atlı ve Tel, 2016).

Bu çalışmada psikodrama uygulaması sırasında katılımcılar; Çalışırken motivasyonumuzun olmadığını gördüm. Bu eğitimle motivasyon elde ettim.”, “Hastalarla nasıl baş edebileceğimi öğrendim. Çalışma şevkim arttı. Umudumu kaybetmişim ama tekrar bir şeyler yapılabileceğini gösterdiniz bana. Beni motive etti.” şeklinde kendilerini ifade etmişlerdir. Doğaner (2000), psikodramayı grup içinde bireye ve birey aracılığı ile gruba ruhsal düzelme, derinleşerek farkındalık sağlama, sorunlarını eyleme dökerek yeniden gözden geçirme, arınma, duygusal ve düşünsel anlamda yeniden bir bakış açısı sağladığına vurgu yapmaktadır. Eylem tekniklerinin kullanıldığı psikodramada grup üyeleri daire şeklindeki sandalyelerine oturup hayatı ve kendi problemlerini tartışmaz. Hayat, odaya grup üyelerinin tiyatro oyuncularını olarak rol oynamasıyla getirilir. Süreç, zengin ve eğlencelidir. Grup problemlere yaratıcılığı ve spontanlığı kullanarak çözümler bulur (Holmes, 2011).

Çalışma bulgularına göre, psikodrama uygulamaları sırasında, klinikte çalıştıkça daha çok şey öğrendiklerini, riskleri saptamak konusunda daha deneyimli hemşirelerin daha iyi olduğunu, işe yeni başlayan hemşirelerin risk yönetimi konusunda eğitim almalarının daha iyi olacağını, kıdemlilerin yeni başlayanlara rehberlik edip klinikte çalışma düzenini gösterdiklerini, kendi çabaları olmadan daha fazlası öğrenemediklerini, bu eğitimin herkesin aynı şeyleri aynı anda öğrenmesi açısından çok iyi olduğunu, eğitimden sonra birçok formda eksikler olduğunu fark ettiklerini ve bunlarda düzenlemeye gittiklerini, çalışma protokolleri oluşturduklarını ifade etmişlerdir. Woods (2013) ruh sağlığı biriminde çalışan kişiler arasında hastanın riskini belirlemede farklılık olduğunu, daha deneyimli kişilerin, işe yeni başlayanların risk değerlendirmesi yapması konusunda endişelerinin olduğunu dile getirmişlerdir. Daha deneyimli çalışanların, çalışma yılı az olanlara rehberlik yapmasının beklendiğini bildirmişlerdir. Risk

değerlendirme araçlarının kullanımına yönelik eğitim olması gerektiğini, uygun eğitim olmadan testin yorumlanması ve sonuçlarının personeller arasında farklılık gösterebileceğini bildirmişlerdir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Risk yönetimi uygulamalarının psikiyatri kliniklerinde uygulanma durumu, risk yönetimine yönelik hemşirelerin bilgi ve uygulamaları ve psikodrama temelli risk yönetimi eğitim programının psikiyatri klinik hemşirelerinde bilgi ve uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

- Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tamamının risk yönetimi konusunda eğitim almadığı,
- Hemşirelerin yarısından çoğunun risk yönetimi konusunda eğitime ihtiyaç duyduğu ve hemşirelerin yarısından fazlasının bu konuda kendisini kısmen yeterli bulduğu,
- Hemşirelerin risk oluşturan hasta davranışlarından intihar ve saldırganlığı daha yüksek oranlarda tanımlayabildikleri, diğer riskleri daha düşük oranlarda tanımlayabildikleri,
- Hemşirelerin risk yönetimi için değerlendirilmesi gerek alanlardan geçmiş öykü, klinik belirti ve yasa dışı madde kullanımını daha çok bildikleri, diğer alanları daha az bildikleri,
- Hemşirelerin risk yönetimi basamaklarının kendi kliniklerinde uygulanma durumlarından bilgi alınması, risklerin tanımlanması, tespit edilmesi ve hastaların personelin güvenliğinin sağlanmasının yüksek oranlarda yapıldığını, kayıtlara geçirilmesi, hastaların ve ailelerin risk yönetim sürecine dahil edilmesi, sürecin tekrarlanmasının daha az yapıldığını ve bu maddelerden bilgi almak ve risklerin tespit edilmesini yüksek oranlarda kendi sorumlulukları olduğunu ifade ettiği,
- Hemşirelerin risk yönetimine yönelik aktivitelerden riskin ciddiyetini her zaman değerlendiririm maddesini en yüksek oranlarda işaretlerken, hastalar arası olumlu iletişimi destekler ve rol model olurum maddesini en yüksek oranda hayır değerlendirmem dediği,
- Hemşirelerin risk yönetimine ilişkin bilgi uygulama ve toplam puanlarının ortalamalarının sırası ile 21, 36 ve 57 olduğu ve risk yönetimi konusunda genel olarak düşük puan aldıkları ve bunun geliştirilmesi gerektiği,
- Hemşirelerin psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminden önce, sonra ve izlemlerde bilgi, uygulama ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark çıktığı,

bilgi, uygulama ve toplam puanlarının eğitim sonrası ve izlemde arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu ($P<0.05$),

- Hemşirelerin psikodrama temelli risk yönetimi eğitim sonrası ve izlemde, öncesine göre risk yönetimi basamaklarının kliniklerinde uygulanma ve kendi sorumlulukları olup olmadığının işaretlenme durumunda artış olduğu,
- Hemşirelerin psikodrama temelli risk yönetimi eğitim sonrası ve izlemde, öncesine göre senaryolardaki ilk müdahalelerine bakıldığında risk yönetim basamaklarını daha fazla dikkate alarak yaptıkları,
- Hemşirelerin psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminden sonra klinikteki uygulamalarının yanlış olduğunu, düzeltilmesi gereken alanlar olduğunu ve yenilikler getirdiklerini ifade ettikleri,
- Hemşirelerin protokol oluşturmaya başlamaları, izlem ve gözlemde değişikliğe gittikleri, personel eğitiminde düzenlemelere gittikleri belirlenmiştir.

Bu nedenlerle;

- Psikiyatri kliniklerinde hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarına düzenli olarak risk yönetimi eğitimi yapılması,
- Kliniklerde risk değerlendirme ve risk yönetimi rehber ve kayıtlarının oluşturulması,
- Risk yönetimi ekip yaklaşımı gerektirdiğinden psikiyatri kliniklerindeki diğer çalışanların da risk yönetimi ile ilgili bakış açılarının araştırılması,
- Eğitimin hasta bakımına yansıyan sonuçlarını değerlendirebilmek için izlem çalışmalarına devam edilmesi,
- Eğitimin etkinliğini daha güçlü olarak ortaya koymak için randomize kontrollü yapılması,
- Risk yönetimi eğitiminin farklı metotlarla yapılarak eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması,
- Psikiyatri kliniklerinde risk yönetimine yönelik politika ve prosedürlerin oluşturulması ve bu konuda psikiyatri hemşirelerinin de görev alması,
- Risk yönetimi konusunda ölçek geliştirilmesi
- Risk yönetimi konusunun lisan ve lisansüstü programlarına eklenmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- ABDERHALDEN C, NEEDHAM I, DASSEN T, HALFENS R, HAUG H, FİSCHER J. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2008;193:1, 44-50.
- AHSEN NF, BATUL SA, AHMED AN, IMAM SZ, IQBAL H, SHAMSHAİR K, ALİ H. (2010). Developing counseling skills through pre-recorded videos and role play: a pre- and post-intervention study in a Pakistani medical school. *BMC Medial Education*,10: 7.
- AİKEN L, SMİTH H, LAKE E. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32 (8), 771-787.
- AİKEN L, CLARKE S, SLOANE D, SOCHALSKİ J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 20 (3), 43-53.
- AİKEN L, CLARKE S, CHEUNG R, SLOANE D, SİLBER J. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of American Medical Association* 290 (12), 1617-1623.
- ALMVİK R. (2008) Assessing the risk of violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist thesis for the degree of doctor Philosophia.
- ALTINAY D. (2007) Psikodrama Grup Terapisi El Kitabı. Sistem Yayıncılık, İstanbul 2007. ss 35-36
- ALTINAY D. (2012). 400 ısınma oyunu ve yardımcı teknik. İstanbul: Sistem
- AMERİCAN HOSPİTAL ASSOCIATION (AHA) (2019). Erişim Adresi: <https://www.aha.org>. Erişim Tarihi: 9.9.2019
- ANKARA PSİKODRAMA DERNEĞİ (2019) <http://ankpsikodrama.com> (Erişim tarihi: 03.07.2019).
- ASHMORE R, BANKS D. (2004). Student nurses' use of their interpersonal skills within clinical role-plays. *Nurse Educ Today*; 24: 20-9.
- ATA E, KELLEÇİ M. (2012) Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bir Grup hastada Saldırganlık Potansiyeli ve Etkileyen Bazı Etkenler. *NPAKADEMİ*; 1(1):7-15
- ATAY İM, GÜNDOĞAR D. (2004) İntihar Davranışında Risk faktörleri: Bir Gözden Geçirme. *Kriz dergisi*; 12:39-52.
- BATEMAN M. (2007). Pratik Risk Değerlendirme El Kitabı, Ankara: TMMOB Makine Mühendisleri Odası 85. Bülten: 33
- BAYKAL Ü, TÜRKMEN E. (2014) Hemşirelik hizmetleri yönetimi. İstanbul: Akademi Basım.
- BELLACK A. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 432-442.
- BENNER P, SHEETS V, URİS P, MALLOCH K, SCHWED K, JAMİSON D. (2002). Individual, practice, and system causes of errors in nursing: a taxonomy. *Journal of Nursing Administration* 32 (10), 509-523.

- BENNER P. (1994) From novice to expert: Excellence and power in clinical practice. Menlo Park, CA: Addison- Wesley.
- BİLGE A, KESKİN G. (2017). Psikodrama İle Zenginleştirilmiş Öfke Yönetimi Eğitiminin Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2): 59-65.
- BİSHOP D, FORD-BRUİNS, I. (2003) Nurses' perceptions of mental health assessment in an acute inpatient setting in New Zealand: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 203–212
- BJORKDAHL A, OLSSON D, PALMSTIERNNA T. (2006) Nurses short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care . *Acta Psychiatr Scand*: 113: 224–229.
- BLATNER A. (2002). Psikodramanın temelleri. (G. Şen, Çev.). İstanbul: Sistem yayıncılık. 7-45.
- BOARDMAN J, ROBERTS G. (2013). Risk, Safety and Recovery. London: Centre for Mental Health/NHS Confederation.
- BOLAND B, BREMNER S. (2013). Squaring the circle: Developing clinical risk management strategies in mental healthcare organisations. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19 (2), 153–9.
- BORUM R. (1996) Improving the clinical practice of violence risk assessment. *American Psychologist* 51, 945–956.
- BOWERS L, SİMPSON A, ALEXANDER J. (2005a) Real world application of an intervention to reduce absconding. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 598–602.
- BOWERS L, SİMPSON A, ALEXANDER J, HACKNEY D, NİJMAN H, GRANGE A, WARREN J. (2005b) The nature and purpose of acute psychiatric wards: the Tompkins Acute Ward Study. *Journal of Mental Health* 14, 625–635.
- BRİCKELL TA, NİCHOLLS TL, PROCYSHYN RM, MCLEAN C, DEMPSTER RJ, LAVOİE JAA. (2009). Patient Safety in Mental Health. Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association.
- BRİNER M, MANSER T. (2013). Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Services Research*, 13:44
- BUSHE C, HOLT R. (2004). Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 47, 67–71.
- BUTZ AM, WALKER M, WİNKELSTEİN M. (2007). Shared decision making in school age children with asthma. *Pediatr Nurs*; 33: 111-6.
- BYERS JF, WHİTE SV. (2004). "Patient Safety: Principles and Practice", Springer Publishing Company.
- CARROLL RL, NORRIS GA. (2006). "Chapter-1; Enterprise Risk Management in Health Care, The Basics", Risk Management Handbook for Health care Organizations Edt. Roberta Carroll, Second Edition, Fifth Impression, San Francisco: Jossey-Bass A Willey Print.
- CEYLAN H, BAŞHELVAÇI V. (2011). Risk Değerlendirme Tablosu Yöntemi ile Risk Analizi: Bir Uygulama. *International Journal of engineering Research and development*, Vol. 3, No.2.
- CHAUHAN G, LONG A. (2000). Communication is the essence of nursing care. 2: Ethical foundations. *Br J Nurs*; 9: 979-984.

- 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.* (pp 25–46). Basel: Karger.
- 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.
- CLAYTON M. (1994). Role theory and its application in clinical practice. *Psychodrama since Moreno.* P. Holmes, M. Karp & M. Watson (ed.). London, Routledge.
- 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.
- CLINICAL RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT in Western Australian Mental Health Services/ Policy and Standards (CRAM), 2008
- CLINICAL RISK MANAGEMENT GUIDELINES for Western Australian Health System (CRMG) (2005). Department of health Government of Western Australia. (Information Series No:8).
- 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: *Risk Assessment and Management in Mental Health Nursing* (eds Woods, P. & Kettles, A.M.), pp. 9–47. Wiley-Blackwell, Oxford, UK.
- 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.
- CROWE M, CARLYLE D. (2003) Deconstructing risk assessment and management in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 43, 19–27.
- CUSACK E, KILLOURY F. (2012). A vision for psychiatric/mental health nursing: A shared journey for mental health care in Ireland. Dublin: Office of Nursing and Midwifery Service Director HSE
- DEERING K, PAWSON C, SUMMERS N, WILLIAMS J. (2019). Patient perspectives of helpful risk management practices within mental health services. A mixed studies systematic review of primary research. *J. Psychiatr Ment health Nurs.*; 26:185-197.
- DELANEY J, CLEARY M, JORDAN R, HORSFALL J. (2001). An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 77–84.
- DELGADILLO J, MOREEA O, OUTHWAITE-LUKE H, DACE T, NICHOLLS B, RAMSEYER G, DALE V. (2014). Confidence in the face of risk: Risk Assessment and Management Self-Efficacy Study (RAMSES). *Psychiatric Bulletin*, 38, 58-65.
- DELVAUX N, RAZAVI D. (1997). Psychological training for health-care professionals in oncology. A way to improve communication skills. *Ann NY Acad Sci* 1997; 809: 336-349.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2007) *Best Practice in Managing Risk.* Department of Health, London.
- DOĞANER İ. (2000). Deprem protagonistleri. İzmir, Türkiye Grup Psikoterapileri Derneği.

- DOWNES C, GILL A, DOYLE L, MORRISSEY J, HIGGINS A. (2016). Survey of mental health nurses' attitudes towards risk assessment, risk assessment tools and positive risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23,188-197.
- DOYLE M, DOLAN M. (2002). Violence risk assessment: Combining actuarial and clinical information to structure clinical judgments for the formulation and management of risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 649-657.
- DÖKMEN Ü. (1995). Sosyometri ve Psikodrama. Sistem Yayıncılık, İstanbul 1995 ss 29- 31.
- DÖKMEN Ü. (1988). Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 21(1):155-190.
- EMHAN A. (2009). Risk Yönetim Süreci ve Risk Yönetimde Kullanılan Teknikler. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 23, Sayı:3.
- ESKİN M. (2003) İntiharı Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 5: Risk Etmenleri, 133-222.
- FALLOWFIELD L, SAUL J, GİLLİGAN B. (2001) Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nurs*; 24: 185-91.
- FIKIRKOCA M. (2003). Bütünsel Risk Yönetimi, Ankara: Kalder Yayını, 2. Basım
- FİNE LJ. (1979) Psychodrama. Current psychotherapies, JL Corsini (Ed.), Illinois. Peacock Publishers, Inc, s. 428-459.
- FİŞHER MJ, TAYLOR EA, HİGH PL. (2012) Parent-nursing student communication practice: role-play and learning outcomes. *J Nurs Educ* 2012; 51 (2): 115-9.
- GADOW F, RİCHES V. (2014) Practice Guide to Person Centred Clinical Risk Assessment. The University of Sydney and NSW Department of Family and Community Services.
- GERACE A, CURREN D, MUİR-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.
- GİLBERT E, ADAMS A, BUCKİNGHAM 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
- GODİN 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.
- GOLDMAN EE, MORRİSON DS. (1984). Psychodrama: Experience and process. United States of America, Hunt Publishing Company.
- GÖKLER B. (2013). Çocuk, Ergen ve Aileyle Görüşmede Psikodrama. Gülpınar MA, Dağlı T, İnancı MA, Şahin F (ed). Hastane Temelli Çocuk Koruma Birimlerinde Çalışan Uzmanların Yeterlik Eğitimi İçin Eğitici El Kitabı. Ankara. Yorum matbaa. s:40-41.
- GROTTO J, GERACE A, O'KANE D, SİMPSON A, OSTER C, MUİR-COCHRANE E. (2014). Risk assessment and absconding:perceptions, understandings and responses of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 855-865, doi: 10.1111/jocn.12671
- GUDJONSSON GH, WEBSTER G, GREEN T. (2010) The recovery approach to care in psychiatric services: staff attitudes before and after training. *The Psychiatrist* 34, 326-329.

- GUNSTONE S. (2003). Risk assessment and management of patients whom self-neglect: a 'grey area' for mental health workers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 287–296.
- GÜLER Ç, ÇOBANOĞLU Z, VAİZOĞLU SA, TEKBAŞ ÖF. (2011) Risk Yönetimi ve İletişimi, Ankara
- HAWLEY C, LITTLECHILD B, SIVAKUMARAN T, SENDER H, GALE T, WILSON K. (2006). Structure and content of risk assessment proformas in mental health care. *Journal of Mental Health*, 15, 437–48.
- HAWORTH P, VASILJEVIĆ L. (2012). Psychodrama and Action Methods in Education. *Andragoske Studije, Broj I, Str.* 113-128.
- HEALTH SERVICE EXECUTIVE (HSE) (2009) Risk Management in Mental Health Services: Guidance Document. Dublin: HSE.
- HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ, Sağlık Bakanlığı, Resmî Gazete, 8 Mart 2010 Sayı: 27515. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (Yönetmelik). Erişim Adresi: www.saglik.gov.tr/hemshirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasi Erişim Tarihi: 05.01.2019
- HENNEMAN EA, CUNNINGHAM H, ROCHE JP, CURNIN ME. (2007) Human patient simulation: teaching students to provide safe care. *Nurse Educ* 2007; 32: 212-7.
- HENNEMAN EA, GAWLINSKI A. (2004). A “near miss” model for describing the nurse’s role in the recovery of medical errors. *Journal of Professional Nursing* 20 (3), 196–201.
- HİGGİNS A, DOYLE L, DOWNES C, NASH M, MORRISSEY J, BRENNAN M, COSTELLO P. (2015a). Exploring practices, policies and processes around risk and safety management within mental health nursing services. Dublin: Health Service Executive.
- HİGGİNS A, MORRISSEY J, DOYLE L, BAILEY J, GILL A. (2015b) Best Practice Principles for Risk Assessment and Safety Planning. Health Service Executive: Dublin.
- HİGGİNS A, DOYLE L, DOWNES C, NASH M, MORRISSEY J, BRENNAN M, COSTELLO P. (2015c) Risk assessment and safety planning within mental health nursing services: an exploration of practices, policies and processes. Dublin: Health Service Executive
- HİGGİNS A, DOYLE L, DOWNES C, MORRISSEY J, COSTELLO P, BRENNAN M, NASH M. (2016a). There is more to risk and safety planning than dramatic risks: Mental health nurses’ risk assessment and safety-Management practice. *International Journal of Mental health Nursing*, 25, 159-170.
- HİGGİNS A, DOYLE L, MORRISSEY J, DOWNES A, GILL A, BAILEY S. (2016b). Documentary analysis of risk-assessment and safety planning policies and tools in a mental health context. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 385-395.
- 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. *Journal of Mental Health*, 25(4):315-322. doi:10.3109/09638237.2015.1124402
- HOLMES P. (2011) Dışa Yansıyan İç Dünya – Nesne İlişkileri Kuramı Ve Psikodrama, 1. Baskı Çev. A Soysal, Z P Cohen, D Leblebicioğlu Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- HUDSON TJ, OWEN RR, THRUSH CR, ARMİTAGE TL, THAPA P. (2008) Guideline implementation and patient-tailoring strategies to improve medication adherence for schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 74-80.

- HUH JT, WEAVER C, MARTİN J, CASKEY N, O'RİLEY A, KRAMER BJ. (2012) Effects of a late-life suicide risk-assessment training on multidisciplinary healthcare providers. *Journal of the American Geriatrics Society*. 60 (4), 775-780.
- İNCE SEZGİN B. (2008). Hastanelerde Risk Yönetimi ve hemşirelik. Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 24(3):73-81.
- İNCESU E, YÜZÜAK Z, GÜNEŞ M. (2013). IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi bildirileri, 01-03 Mayıs 2013, Ankara.
- JACOBSON J, OSTEEEN P, JONES A, BERMAN A. (2012) Evaluation of the recognizing and responding to suicide risk training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 42 (5), 471-485.
- JELİNEK GA, WEİLAND TJ, MACKİNLAY C, GERDTZ M, HİLL N. (2013). Knowledge and confidence of Australian emergency department clinicians in managing patients with mental health-related presentations: Findings from a national qualitative study. *International Journal of Emergency Medicine*, 6(1), 2.
- JOHNSTONE M, KANİTSAKİ O. (2007). Clinical risk management and patient safety education for nurses: A critique. *Nurse Education Today*, 27, 185-191.
- JOİNT COMMISSION INTERNATIONAL. (2017). Erişim Adresi: www.jointcommissioninternational.org/patient-safety-pocket-guide-third-edition. Erişim Tarihi: 25.10.2017.
- JOİNT COMMISSION ON ACCREDITİON OF HEALTHCARE ORGANİZATİON (JCAHO), 2004; Accreditation Issues for Risk Managers, Joint FCommission Resources, Illinois.
- KANER S. (1990). Psikodrama-Kuram, Teknik ve Araçlar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(2), 457-480.
- KAPLAN HI, SADOCK IJ. (2005) Psikiyatrik Acil durumlar. Çeviri: Sayıl I, Kesebir S. Editörler: Sadock BJ, Sadock VA, KAPLAN&SADOCK (Klinik Psikiyatri /Özet Psikiyatri).
- KARTALOVA-O' DOHERTY Y, DOHERTY D, WALSH D. (2008). Family Support Study: A Study of the Experiences, Needs and Support Requirements of Families with Enduring Mental Illness in Ireland. Dublin: Health Research Board.
- KAZZAZ DS, VİCKERS R. (1968) Geriatric staff attitudes toward death. *J Am Geriatr Soc* 1968; 16: 1364-71
- KELLERMANN PF. (2013). Psikodramaya Derinlemesine bakış- Psikodramanın terapötik yönleri, (B. Gökler, I. Gökler-Danışman, A. Mavili-Aktaş, Çev.). Ankara: Nobel Akademik.
- KESTEN KS. (2011) Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *J Nurs Educ* 2011; 50 (2): 79-87.
- KORKMAZ M, AYTAÇ A, KILIÇ B, YÜCEL AS, TOKER F, GÜMÜŞ S. (2014) Sağlık Çalışanlarında Risk Yönetimi ve Uygulamaları: Özel Kamu Sağlık Kurumları Örneği. *Akademik Bakış Dergisi*. 2014
- KUOKKANEN L, LEİNO-KİLPİ H, KATAJİSTO J. (2003) Nurse empowerment, job-related satisfaction, and organizational commitment. *J Nurs Care Qual*; 18: 184- 192.
- LANGAN J, LİNDOW V. (2004). Living with risk: Mental health service user involvement in risk assessment and management. Bristol: Policy Press.

- LANGE S. (1968). Nurse participation in action techniques. *ANA Clin Sess*, 1968: 279-85
- LASCHINGER HK, SHAMIAN J, WILK P. (2001) Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *J Nurs Adm*; 31: 260-72
- LATINO R J. (2009), *Patient Safety-The Proact Root Cause Analysis Approach*, New York: CRC Press.
- LINDSAY JE. (2008) Unexpected pediatric death: a classroom experience. *Nurse Educ* 2008; 33: 61-62.
- LINDSAY J. (2010) Introducing nursing students to pediatric end-of-life issues using simulation. *Dimens Crit Care Nurs* 2010; 29: 175-178.
- MACNEELA P, SCOTT A, TREACY P, HYDE A. (2010). In the know: Cognitive and social factors in mental health nursing assessment. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1298–1306.
- MAGUIRE T, DAFFERN M, BOWE SJ, MCKENNA B. (2018). Risk assessment and subsequent nursing interventions in a forensic mental health inpatient setting: Associations and impact on aggressive behaviour. *Journal of Clinical Nursing*.27:971-983.
- MANN JJ, APTER A, BERTOLOTE J, BEAUTRAIS A, CURRIER D, HAAS A, HEGERL U, LONNQVIST J, MALONE K, MARUSIC A. (2005) Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 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.
- MAST ME, SAWIN EM, PANTALEO KA. (2012) Life of a caregiver simulation: teaching students about frail older adults and their family caregivers. *J Nurs Educ* 2012; 51: 396-402.
- MCDALD 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*. (pp 115–130). Dublin: Gill & Macmillan.
- MCNIEL DE, FORDWOOD SR, WEAVER CM. (2008a) Effects of training on suicide risk assessment. *Psychiatric Services* 59, 1462– 1465
- MCNIEL DE, CHAMBERLAIN JR, WEAVER CM. (2008b) Impact of clinical training on violence risk assessment. *American Journal of Psychiatry* 165, 195–200.
- MOORE E. (2000) A descriptive analysis of incidents of absconding and escape from the English high-security hospitals, 1989–94. *The Journal of Forensic Psychiatry* 11, 344–358.
- MORENO JL. (1953). *Who Shall Survive?: Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama*. Beacon, N.Y.: Beacon House.
- MORGAN S. (2000). *Clinical Risk Management: A Clinical Tool And Practitioner's Manual*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- 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.
- MOSTAFA GMA. (2009). Enhancing nurses' knowledge and awareness about risk management: system design. *Eastern Mediterranean Health Journal* Vol:15, No: 5.

- MUIR-COCHRANE E, GERACE A, MOSEL K, O'KANE D, BARKWAY P, CURREN D, OSTER C. (2011). Manging Risk: Clinical Decision – Making in Mental health Services. *Issues in Mental Health Nursing*, 32:726–734.
- MUIR-COCHRANE E, WAND T. (2005). *Contemporary issues in risk assessment and management in mental health* [Monograph]. Adelaide, South Australia, Australia: Australian and New Zealand College of Mental Health Nurses.
- NATH SB, MARCUS SC. (2006). Medical Errors in Psychiatry, *Harvard Review of Psychiatry*, 14(4):204-211.
- NEEDLEMAN J, BUERHAUS P, MATTKE S, STEWART M, ZELEVİN- SKY K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine* 346 (22), 1715– 1722.
- NHS LITIGATION AUTHORITY (2010) *Risk Management Standards for Mental Health and Learning Disability Trusts*. NHS Litigation Authority, London.
- NICKLESS LJ. (2011) The use of simulation to address the acute care skills deficit in pre- registration nursing students: A clinical skill perspective. *Nurse Educ Pract* 2011; 11: 199-205.
- NIJMAN HL, MERCKELBACH HL, ALLERTZ WF, CAMPO JMA. (1997) Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward. *Psychiatr Serv*. 48(5):694-698.
- NIKENDEİ C, KRAUS B, LAUBER H. (2007) An innovative model for teaching complex clinical procedures: integration of standardised patients into ward round training for final year students. *Med Teach*2007; 29: 246-52.
- ODDOYE M. (2005). Risk Management: An Investigation Into Nurses Response To Risk Presented By People With Severe Mental Health Problems. Submitted for the degree of doctor of philosophy. European Institute Of Health and Medical Sciences. TEZ
- OFLAZ F, MERİÇ M, YUKSEL Ç, OZCAN CT. (2011) Psychodrama: An innovative way of improving self-awareness of nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011; 18: 569- 575.
- OKANLI A. (2006). Suicid riski olan hasta ile çalışma. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 113-114.
- O'ROURKE MM, HAMMOND SM. (2005) *The Risk Assessment, Management and Audit System (RAMAS) Professional Manual: 2nd Edition*. The RAMAS Foundation. London.
- ÖNCÜ B. (2006). İntihar eğilimi olan hastaya acil müdahale. *Kriz Dergisi*, 14(2):31-37.
- ÖZBAŞ ATLI A, TEL H. (2016). The effect of a psychological empowerment program based on psychodrama on empowerment perception and burnout levels in oncology nurses: Psychological empowerment in oncology nurses. *Palliative and Supportive Care*. Vol:14,Issue: 4, 393-401
- ÖZBEK A, LEUTZ G. (2003). Psikodrama grup psikoterapisinde sahnesel etkileşim. (J. L. Moreno'ya Göre Psikodrama), Ankara: Ayrıntı.
- ÖZKILIÇ Ö. (2005). İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Sistemleri Metodolojileri, Ankara: TISK Yayınları.
- ÖZKILIÇ Ö. (2008). Tehlike ve Risk Kavramları - Terminoloji, 5. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı, 3 Kasım 2008 1. Oturum Sözel Bildiri.

- ÖZYURT Ö. (2013). İş Salığı ve Güvenliği, Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri. Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu.
- PAGE A. (2004). Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. The National Academies Press, Washington DC.
- PERLMAN D. (2008) Experiential ethics education: one successful model of ethics education for undergraduate nursing students in the United States. *Monash Bioeth Rev* 2008; 27: 9-32.
- PHELAN M, STRADİNS L, MORRISON S. (2001). Physical health of people with severe mental illness. *British Medical Journal*, 322(7284), 443–444.
- PİTZ CF, SACKS NJ. (1984) Judgement and decision theory and application. *Annual review of psychology*. 35: 139-163
- PROPPER H. (2003). Psychodrama as experiential education: Exploring literature and enhancing a cooperative learning environment. *Psychodrama in the 21st Century: Clinical and educational applications*. Gershoni J (Ed.) New York: Springer, s: 229- 236, 2003.
- RAVEN J, RİX P. (1999) Managing the unmanageable: risk assessment and risk management in contemporary professional practice. *Journal of Nursing Management* 7, 201–206.
- RİSK MANAGEMENT İN MENTAL HEALTH SERVICES GUIDANCE DOCUMENT. (RMİ) (2009). *Quality Framework, Mental Health Services in Ireland*
- ROY W, ROATEN K, DOWNS D, KHAN F, POLLİO D, NORTH C. (2016). Suicide Risk Assessment and Management: Real-World Experience and Perceptions of Emergency Medicine Physicians. *Archives of Suicide Research*, 0:1-14
- RYAN T. (1998). Perceived risks associated with mental illness: Beyond homicide and suicide. *Social Science & Medicine*, 46 (2), 287–97.
- RYAN C, NİELSEN O, PATON M, LARGE M. (2010). Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment. *Australasian Psychiatry*, Vol 18, No:5.
- SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI HASTANE KİTAPÇIĞI (SKS) (2019). Erişim Adresi: www.dosyahastane.saglik.gov.tr
- SALINAS CM. (2011) Program about therapeutics education. Roll-playing exercise. *Rev Enferm* 2011; 34: 8-14.
- SANGAPPA SB, TEKIAN A. (2013) Communication skills course in an Indian undergraduatedental curriculum: a randomized controlled trial. *J Dent Educ*; 77 (8): 1092-1098.
- SARANDÖL A. (2003). İntihar. *Birinci Basamak için Psikiyatri*, (2):1, 32-45.
- SAWYER AM, GREEN D, MORAN A. (2009) Should the nurse change the light globe?: human service professionals managing risk on the frontline. *Journal of Sociology* 45, 361– 381. doi:10.1177/1440783309346478.
- SCHNEİDER SARVER PA, SENCZAKOWİCZ EA, SLOVENSKY BM. (2010) Development of simulation scenarios for an adolescent patient with diabetic ketoacidosis. *J Nurs Educ*; 49(: 578-86.
- SHİNDUL-ROTHSCHİLD J, BERRY D, LONG-MİDDLETON E. (1996). Where have all the nurses gone? Final results of our patient care survey. *American Journal of Nursing* 96 (11), 25–39.

- SHİNDUL-ROTHSCHİLD J, LONG-MİDDLETON E, BERRY D. (1997). 10 keys to quality care. *American Journal of Nursing* 97 (11), 35– 43.
- SİMMS LM, PRİCE SA. (1994) *Quality Movement In Health Care*. (içinde) *The professional practice of nursing administration*. 2nd ed. By Delmar Publishers Inc., 259-264.
- SİYEZ DM. (2005). Ergenlik döneminde intiharın önlenmesi: Bir gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 12(2):92-100.
- SMİTH AD. (1992) The nursing quality assurance program in hospital ambulatory care services. (içinde) *Quality management in ambulatory care*. By American Hospital Publishing Inc, An American Hospital Association Company; 38-39.
- SOMMERS-FLANAGAN J, SOMMERS-FLANAGAN R. (2003). *Clinical Interviewing*: New Jersey: John Wiley & Sons. Inc 252-256
- SOYGÜR H, ÇELİKEL B, AYDEMİR Ç, BOZKURT S. (1998). Hasta Yakınları İle Gerçekleştirilen Psikodrama Yönelimli Destekleyici-Eğitici Grup Psikoterapisinin Kronik Şizofreni Gidişi Üzerindeki Etkisi. *Düşünen Adam*,11 (4):5-11.
- SPRAGUE K. (1994). *Stepping into the cosmos with our feet on the ground*. Psychodrama Since Moreno P. Holmes, M. Karp & M. Watson (ed.). London, Routledge
- STERNBERG P, GARCÍA A. (2000). *Sociodrama: Who is in yourshoes?* Second edition. Connecticut, Prager publications, 2000.
- STEWART D, BOWERS L. (2012). Inpatient verbal aggression: content, targets and patient characteristics. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 4:1-8.
- STONE P, CLARKE S, CİMİOTTİ J, CORREA-DE-ARAUJO R (2004). Nurses' working conditions: implications for infectious disease. *Emerging Infectious Diseases* 10 (11), 1984–1989.
- SULLIVAN JR, DECKER JP. (1992) *Quality assurance and risk management*. (içinde) *Effective management in nursing*. 3rd ed. Addison-Wesley, The Benjamin Publishing Company, 449-465.
- SUN FK, LONG A, BOORE J. (2005). Suicide: A literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:447-455.
- SUN FK, LONG A, BOORE J. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing* 53(6):680-690.
- SUR H. (2008). Hasta Güvenliği Açısından Risk Yönetimi. *Ders Notları*, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi
- SWANSBURG RC. (1996) *Management and leadership for nurse managers*. London: Jones and Bartlett Publishers.
- SWANSBURG RC, SWANSBURG RJ. (1999). *Risk management. Introductory Management and Leadership for Nurses*. 2nd ed. London: Jones and Bartlett Publishers International, 670-677.
- ŞAHİN DAĞLI F, TAŞKIRAN C, KRESPI RM, GÖKLER B. (2019). Çocuk istismarı ve ihmali Eğitiminde Psikodrama Yönteminin Kullanılması. *Klinik Psikiyatri*; 22:175-186
- TERZİOĞLU C, ÖZKAN B. (2018). Psychodrama and The Emotional State of Women Dealing with Infertility. *Sexuality and Disability*, Volume 36, issue 1, pp: 87-99.

- TOMEY AM. (1996) Risk management. (içinde) Guide to Nursing Management and Leadership. 5th ed. Mosby- Year Book, 454-457.
- TSAI W, LIN LY, CHANG, HC, YU LS, CHOU MC. (2011). The effects of the Gatekeeper Suicide-Awareness Program for nursing personnel. *Perspectives in Psychiatric Care*. 47, 117-125.
- TÜİK. (2019). İntihar sayısı istatistikleri. Erişim Adresi: www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 9.9.2019
- ULUPINAR S. (2014). Psikodrama uygulamasının hemşirelik öğrencilerinin sorun çözme becerisine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15:55-62.
- VAN DE SANDE R, NĪJMAN HL, NOORTHOORN EO. (2011) .Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *British Journal of Psychiatry* 199, 473-478.
- VANLAERE L, COUCKE T, GASTMANS C. (2010) Experiential learning of empathy in a care- ethics lab. *Nurs Ethics* 2010; 17: 325-36.
- VELĪANOFF DG, HOBBS KD. (1998.) Legal aspects of patient care administration. (içinde) Jacqueline, A.D. (Ed.) Nursing administration managing patient care. 2nd ed. Appletin & Lange Stamford, Connecticut, 91-99.
- VĪNESTOCK M. (1996). Risk Assessment. "A Word to the Wise"?, *Advances in Psychiatric Treatment*. Vol. 2, 3-10.
- WAND T, ISOBEL S, DERRĪCK K. (2015). Surveying clinician perceptions of risk assessment and management practices in mental health service provision. *Australasian Psychiatry*, Vol 23(2) 147-153
- WHATNEY S. (1979). Psychodrama With Delinquent Adolescents. *Youth Authority Quarterly*. 32: 9-13.
- WHĪTE L. (2002). *The Action Manual*. Toronto: www.lizwhiteinaction.com
- WONG J, BEGLARYAN H. (2004). Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research, 2004, <http://www.changefoundation.com>
- WOODS A, DOAN-JOHNSON S. (2002). Executive summary: toward a taxonomy of nursing practice errors. *Nursing Management* 33 (10), 45-48.
- WOODS P, KETTLES AM. (2009) Risk Assessment and Management in Mental Health Nursing. Wiley-Blackwell, Oxford, UK.
- WOODS P. (2013) Risk assessment and management approaches on mental health units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2013, 20, 807-813
- WORLD HEALTH ORGANĪZATĪON (WHO) (2006) World Alliance for patient safety. Forward programme 2006- 2007, Geneva, Switzerland, 2006
- WORLD HEALTH ORGANĪZATĪON (WHO) (2019). Erişim Adresi:<https://www.who.int> Erişim Tarihi: 9.9.2019
- YŪKSEL F, SADAKLIOĖLU H. (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Yerel Yönetimler", Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, 01-03 Haziran 2007 Yakın Doęu Üniversitesi Lefkoşa Kıbrıs.

ZEKONIS D, GANTT LT. (2007) New graduate nurse orientation in the emergency department: Use of a simulation scenario for teaching and learning. *J Emerg Nurs*; 33: 283-5.

ZOOK R. (2000) Teaching staff to handle a patient's sexually inappropriate behavior. *J Nurses Staff Dev*; 16: 181-183.



EKLER

EK-1. Psikiyatri Klinik Hemşireleri İçin Risk Değerlendirme ve Yönetimine Yönelik Veri Toplama Formu

Bu araştırmada psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin risk değerlendirme ve yönetimi konusunda görüşlerini ve uygulama düzeylerini belirlemek ile bu konudaki görüş ve uygulamalarının geliştirilmesi için öneriler sunmak hedeflenmektedir. Veri toplama formu iki bölüm ve toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Bölüm I bireysel ve çalışma özellikleri, Bölüm II risk değerlendirme ve risk yönetimi bilgi ve uygulamalarına yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Bu çalışmaya katılmak gönüllük esasına dayanmaktadır. Bu formdan elde edilen veriler tamamen araştırma amaçlı kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Candan Terzioğlu

Tel:

e-mail:

BÖLÜM I: Bireysel ve Çalışma Özellikleri

1. Doğum tarihiniz (Yıl):.....
2. Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek
3. En son bitirdiğiniz okulu işaretleyiniz.
a) Lise b) Önlisans c) Lisans d) Lisansüstü
4. Meslekteki hizmet yılınız. (Yıl):.....
5. Psikiyatri kliniğindeki hizmet yılınız. (Yıl):.....
6. Statünüz: a) Kadrolu hemşire. b) Sözleşmeli hemşire
7. İdari pozisyonunuz: a) Sorumlu hemşire b) Klinik hemşiresi
8. Psikiyatri kliniğine başladıktan sonra; (birden fazla seçenek işaretlenebilir)
a) Düzenli olarak kurumumdan hizmet içi eğitim aldım.
b) Kendi isteğimle psikiyatri alanına özel kurslara gittim.
c) Kendi isteğimle psikiyatri alanına özgü kongre ve sempozyumlara katıldım.
d) Psikiyatri alanında lisans üstü eğitim yapıyorum.
e) Diğer
9. Psikiyatride risk değerlendirme ve yönetimi ile ilgili hiç eğitim aldınız mı?
a) Evet (Cevabınız evet ise 3. Soruya geçiniz)
b) Hayır (Cevabınız hayır ise 5. Soruya geçiniz)
10. Psikiyatride risk değerlendirme ve yönetimi ile ilgili hangi eğitim/egitimleri aldınız? Aldığınız eğitimin içeriği ne idi?
.....
11. Bu eğitimi nereden aldınız?
.....

BÖLÜM II: Risk Yönetimine Yönelik Sorular

A. Risk Yönetimine Yönelik Bilgi Soruları

12. Size göre psikiyatri kliniğinde risk oluşturan hasta davranışları nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
 Kendine zarar verme ve intihar
 Tekrarlayan kendini yaralama
 Kaçma
 Kendini ihmal etme
 Uyuşturucu ve Alkol kullanımı
 Deliryum

- Taciz
- İhmal ve istismar
- Şiddet ve saldırganlık

- Yönlendirme halüsinasyonları
- Düşük içgörü
- Diğer

13. Psikiyatri kliniğine yatışı yapılan bir hastada risk değerlendirmesi ne zaman yapılmalıdır?

- a) Hasta kliniğe kabul edildiğinde
- b) Hasta kliniğe kabul edildiğinde ve taburcu edilmeden önce
- c) Hastaya her bakım verildiğinde
- d) Hasta taburcu edilmeden önce
- e) Diğer (Açıklayınız)

14. Psikiyatri kliniğinde yatan bir hasta için riskin ortadan kalktığı kararı ne zaman verilmelidir?

- a) Hasta taburcu edilmeden önce klinik görüşme sonucunda
- b) Hasta ile birlikte risk değerlendirme ölçekleri doldurtulduğunda
- c) Hasta yakınlarından öykü alındığında
- d) Klinisyenlerin görüş ve kanaatleri sonucunda
- e) Hepsi

15. Size göre aşağıdaki maddelerden hangisi/hangileri bir hastanın risk değerlendirme ve yönetimi için değerlendirilmesi gereken alanlar arasındadır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

<input type="checkbox"/> Hastanın geçmiş öyküsü
<input type="checkbox"/> Sosyodemografik bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum vb.)
<input type="checkbox"/> Ailede hastalık öyküsü
<input type="checkbox"/> Ekonomik yetersizliklerinin olup olmadığı
<input type="checkbox"/> Sosyal destek varlığı
<input type="checkbox"/> Taciz ve damgalanma öyküsü
<input type="checkbox"/> Tedaviye uyumu
<input type="checkbox"/> Tedaviyi reddetme durumu
<input type="checkbox"/> Hastanın klinik belirtileri (öfke, agresyon, içe kapanma, bayılma, sanrı vb.)
<input type="checkbox"/> Bireysel hijyenine uyup uymadığı
<input type="checkbox"/> Alkol ya da yasa dışı madde kullanımı
<input type="checkbox"/> Hastalık belirtilerinin kötüye gitmesi
<input type="checkbox"/> Bilişsel, duyuşsal ve davranışsal becerilerinde azalma
<input type="checkbox"/> Depresyonun varlığı
<input type="checkbox"/> Yaşam koşullarında değişiklik
<input type="checkbox"/> İş kaybı
<input type="checkbox"/> Yakınının ölümü/kaybı
<input type="checkbox"/> Fiziksel bir hastalığın varlığı
<input type="checkbox"/> Baş etmede yetersizlik öyküsü
<input type="checkbox"/> Dürtüsel davranışlar
<input type="checkbox"/> Kliniğin fiziksel durumu
<input type="checkbox"/> Personelin hastalara tutumu
<input type="checkbox"/> Diğer.....

16. Kliniğinizde hastalar değerlendirilirken yukarıdaki tabloda yer alan risk değerlendirme ve yönetimi için değerlendirilmesi gereken alanlar göz önüne alındığında;

I. Kliniğinizde hastalarınızın risk değerlendirme ve yönetimi konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz?

- a) Evet kesinlikle
- b) Evet kısmen
- c) Hayır

II. Kliniğinizde hastalarımızın risk değerlendirme ve yönetimi konusunda eğitim ihtiyacımız olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet kesinlikle
- b) Evet kısmen
- c) Hayır

B. Risk Yönetimine Yönelik Uygulama Soruları

17. Aşağıda risk değerlendirmesi yapılan ve riskli olduğu belirlenen bir hastanın risk değerlendirme ve yönetilmesi/ele alınması basamakları yer almaktadır. Risk değerlendirme ve yönetim basamaklarının kliniğinizde uygulanma durumu ve hemşirelerin bu konudaki sorumlulukları ile ilgili olarak size uygun alanları işaretleyiniz.

Risk Yönetim Basamakları	Kliniğinizde uygulanıyor mu?		Kim/Kimler tarafından uygulanıyor?					Bu uygulamalar hemşirenin sorumluluğu mu?		
	Evet	Hayır	Sorumlu hemşire	Klinik hemşiresi	Psikiyatrist	Psikolog	Sosyal hizmet uzmanı	Yardımcı personel	Evet	Hayır
Risk Değerlendirme										
Risklerin tanımlanması ve kayıt edilmesi										
Aile üyelerinden, arkadaşlarından, uygun olan diğer kaynaklardan bilgi alınması.										
Riskin yönetim sürecinde rehber el kitaplarından faydalanılması										
Riskin yönetim sürecinde ölçek, form, anket vb. kullanılması										
Tanımlanan risklerin değerlendirilmesi.										
Risk seviyesinin tespit edilmesi.										
Risk Yönetimi										
Risk yönetim planı oluşturulması										
Risk yönetim sürecinde hastaların, bakıcıların ve personelin güvenliğinin sağlanması										
Risk yönetim planına hastaların dahil edilmesi.										
Ailelerin ve bakıcıların risk yönetim planına aktif şekilde katılmalarının sağlanması										
Risk yönetimine dahil olan tüm bireylerin önyargılardan uzak, yönlendirici olmadan dinlenmesi										
Risk yönetim planının dâhil olan bireylere anlatılması										

Risklerin değerlendirmesi ve yönetim planının kayıt ve dokümantasyonunun standartlaştırılması										
Risklerin değerlendirmesi ve yönetim planının klinik kayıtlarda açıkça belirtilmesi										
Risklerin süreç içinde tekrar değerlendirilmesi, klinik değerlendirme ve yönetim planının tekrar izlenmesi, değerlendirilmesi ve incelenmesi										



18. Psikiyatri klinik hemşiresinin risk değerlendirme ve yönetimi ile ilgili aktivitelere yönelik müdahalede bulunma durumunuzu işaretleyiniz.

Risk Değerlendirme ve Yönetimi ile İlgili Aktiviteler	Evet Her zaman	Evet Ara sıra	Hayır Hiçbir zaman
1. Bireylerde intihar /saldırganlık vb riskinin ciddiyetini değerlendirme			
2.Hastanın intihar /saldırganlık vb riski konusunda tüm ekibi bilgilendirme			
3.Hastanın kliniğe kabulü ile beraber risk değerlendirmesi yapmaya başlama ve yapılandırılmış araçlar kullanma			
4.Risk değerlendirmesi yaparken intihar/saldırganlığın vb. durumların ortaya çıkmasında etkili olan risk faktörlerine yönelik veri toplama ve ona göre önlem alma			
5.İntihar, saldırganlık vb. durumların öncesinde ortaya çıkan öncü belirtileri tanıma			
6.İntihar, saldırganlık vb. riskli durumları önleme konusunda personele eğitim verme			
7.İntihar/saldırganlık vb. riskinin anlaşılması için bireye doğrudan sorular sorabilme			
8.Hastaları duygusal olarak boşalmasını sağlayan aktivitelere yönlendirme ve seçenekler sunma			
9. Hasta ile uygun iletişim becerileri kullanarak duygularını ifade etmesi için cesaretlendirme, güven ilişkisi kurma ve ajitasyonunu azaltmaya yardım etme			
10. Hasta kliniğe yattığında yasaklı eşyalar açısından yanındakileri kontrol etme ve üzerini arama			
11.Hasta odasını mümkünse monitör ile gözleme, bu sağlanamıyor ise gözlem seviyelerinde belirlenen aralıklarla kontrol etme			
12. Ziyaret saatinde yakınlarının getirdiği eşyaları kontrol etme			
13.Çevresel risk faktörlerini kontrol altına almak için güvenli bir ortam oluşturma			
14.Hasta ile arasındaki güvenlik mesafesini koruma			
15.Gerektiğinde hastayı daha sakin ve uyarının az olduğu bir ortama alma			
16.Hastaya sorumluluk vererek kontrol duygusunu geliştirme			
17.Hasta ile görüşürken sorun olduğunda hızla dışarı çıkabilecek ölçüde kapıya yakın durma			
18 Hastanın riskini ele almada hasta merkezli bakım sağlama, hastanın bakıma katılması için destekleme			
19.Hastaya yapılan tüm uygulamaları gerekçeleri ile birlikte açıklama			
20.Hastalar arası olumlu etkileşimi destekleme ve rol model olma			

19. Aşağıda senaryolar verilmiştir. Soruları senaryolara göre cevaplayınız.

SENARYO 1: Ahmet bey 40 yaşında, evli ve iki çocuk babasıdır. Kendi şirketinin sahibiyken işler kötüye gitmeye başlamıştır. Tüm uğraşlarına rağmen durumunu kurtaramamış ve iflas etmiştir. İflas ile birlikte mal birikimleri elinden gitmeye başlamış, öncelikle eşine ve çocuklarına durumu yansıtmamak için tüm sıkıntılarını içine atmış ve kimseyle paylaşamamıştır. Zaman ilerledikçe kendini suçlu ve çaresiz hissetmiş ve ailesine layık biri olmadığını zaman zaman dile getirmiştir. İflastan iki ay sonra kendine ait tabanca ile intihar etmeye çalışırken, son anda eşi tarafından kurtarılmıştır. Kısa sürede psikiyatriste başvurusu olmuş ve yatış kararı verilmiştir. Klinikte yapılan ilk görüşmesinde değersizlik temalarını vurgulamış ve yoğun depresif bulgularından bahsetmiştir. Yaşamın kendisi için anlamsız olduğundan, yaşaması için bir sebep olmadığından, ailesini hayal kırıklığına uğrattığından bahsetmiştir. Kliniğe yatışının ikinci gecesinde çarşafını boynuna sararak intihar etmeyi tekrarlamıştır.

1. Bu vakanın hemşiresi olsanız hastaya ilk müdahaleniz ne olurdu?
2. Bu hastaya bakım planı yapsanız hemşirelik tanısı olarak hangi tanıları koyardınız? Öncelik sırasına göre yazınız?
3. Planladığınız bakım sırasında hasta görüşmeleri planlamış olsanız görüşme konularını öncelik sırasına göre yazınız.

SENARYO 2: Gamze hanım 22 yaşında, üniversite öğrencisi bir kadındır. İntihar girişimi ile acil servisten psikiyatri kliniğine yatışı yapılmıştır. Kendisinden iki yaş büyük bir ablası bulunmaktadır. Öğrenim hayatı boyunca dersleri çok da iyi olmamıştır. Ancak ablasının dersleri her zaman daha iyi olmuştur. Babası evde sürekli abla ile kıyaslamış ve ona işe yaramaz biri olduğunu söylemiştir. Son olarak üniversite sınavında da babasının istediği başarıyı elde edememiş ve babası tarafından başarısız ilan edilmiştir. Son zamanlarda arkadaşlarına kendini çaresiz hissettiğini, ailedeki çürük yumurta olduğunu ve ailesini utandırdığı için kendinden nefret ettiğini ifade etmiştir. Yatışının beşinci gününde yemek tepsisini elinden düşürür ve hastalardan bazıları tepsiyi tutamadığı için ona güler ve alay eder. Bu olaya ani bir tepki vererek birden bağırmağa başlar. Masalardaki tepsileri devirir ve diğer hastaları itmeye başlar. Saçlarını çeker ve ben beceriksiz değilim diyerek kafasını duvara vurmaya başlar. O sırada personel gelir ve hastayı tutmaya çalışır.

1. Bu vakanın hemşiresi olsanız hastaya ilk müdahaleniz ne olurdu?
2. Bu hastaya bakım planı yapsanız hemşirelik tanısı olarak hangi tanıları koyardınız? Öncelik sırasına göre yazınız?
3. Planladığınız bakım sırasında hasta görüşmeleri planlamış olsanız görüşme konularını öncelik sırasına göre yazınız.

EK-2. Eğitiminin Etkisi Hakkında Hemşirelerin G6r6şlerini Değerlendirme Formu

1. Bireysel olarak bu eğitim size ne kattı?
2. Eğitim y6ntemi olarak teorik eğitimin yanında psikodrama'nın da kullanılmasını nasıl buldunuz? Size katkıları nelerdir?
3. Eğitim programında yer alan konuları çalışma hayatınızda kullanabilir misiniz?



EK-3. Kurum İzin Yazıları



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 90169164-799
Konu : Candan TERZİOĞLU (Anket İzni)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 27.04.2018 tarih ve 68032798 barkod sayılı yazımız.

İlgide kayıtlı yazımız ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Doktora öğrencisi Canan TERZİOĞLU'nun "Psikiyatri Kliniklerinde Risk Yönetimi ile İlgili Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Psikodrama Destekli Risk Yönetimi Eğitimi Programının Etkisi" konulu çalışması ile ilgili yazısı ilgede kayıtlı yazımız ile gönderilmişti. Söz konusu anketin uygulanması Başkanlığımızca uygun görülmüş olup Hastane Yönetiminizce ilgiliye gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Mustafa Kemal BAŞARALI
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

Dağıtım:
Gereği:
Ankara İli Tüm Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Bilgi:
Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü (Altunizade Mahallesi, Haluk
Türksoy Sk. No:14 Üsküdar/İstanbul)

Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlık Geliştirilmesi Birimi
Emrah Mh. Gata No: 87 Keçiören - ANKARA
Faks No:

e-Posta:yesim.ozer@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.asm.gov.tr

Bilgi için: Yeşim ÖZER

Unvan: SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No: 0312 306 36 22

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7868d909-71a2-400a-8c02-8da9c4a18156 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 17311665-044-
Konu : Anketler (Candan
TERZİOĞLU)

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No: 14
Üsküdar/İSTANBUL

İlgi : a) 24/04/2018 tarihli ve 1821 sayılı yazı.
b) 18/05/2018 tarihli ve 42000842-044- 78862 sayılı yazı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Candan TERZİOĞLU'nun, "Psikiyatri Kliniklerinde Risk Yönetimi ile İlgili Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Psikodrama Destekli Risk Yönetimi Eğitimi Programının Etkisi" isimli doktora tez çalışması kapsamında Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi bünyesinde uygulama yapabilmesine dair ilgi (a) yazınız adı geçen Hastane Başhekimliğine iletilmiş olup, alınan ilgi (b) cevabi yazı ve eki ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Yaşar AYDEMİR
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek:İlgi (b) yazı ve eki (2 sayfa)



Evrakı Doğrulamak İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Gazi Üniversitesi Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı Rektörlük Kampüsü Emniyet Mah.
Bandırma Cad. No: 6/6 06500 Yenimahalle/ ANKARA
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 202 28 08
Posta: oguis@razi.edu.tr İnternet Adresi: www.oguis.gazi.edu.tr

Pin: 12012
Bilgi için :Taliip Gülmüş
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:312 202 28 21

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 14267719-302.14.01-E.34764
Konu : Candan TERZİOĞLU hk.

Otomatik

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : a) 24/04/2018 tarih ve 60560713-044-E.1821 sayılı yazınız.
b) Üniversitemiz Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın 23/05/2018 tarih ve 93984376-044-E.26288 sayılı yazısı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Candan TERZİOĞLU'nun "Psikiyatri Kliniklerinde Risk Yönetimi ile ilgili Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Psikodrama Destekli Risk Yönetimi Eğitimi Programının Etkisi" isimli doktora tez çalışmasının uygulamasını Üniversitemiz Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapmasının uygun görüldüğü hakkında ilgili Fakülte Dekanlığı'ndan alınan 23/05/2018 tarih ve 93984376-044-E.26288 sayılı yazı örneği ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize saygı ile arz ederim.

Prof. Dr. Ayhan ELMALI
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek : Yazı örneği (1 sayfa)

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tandoğan Yerleşkesi Döğol Caddesi 06100 Tandoğan/Ankara /ANKARA
Telefon No: 0312 214 13 50 Belge Geçer No: 0312 223 43 67
e-posta: auogris1@ankara.edu.tr Twitter: @AnkaraUni

Bilgi için:Duygu UYGUR
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:(312) 214 13 50-6163

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

[3] tarihli ve [2] sayılı yazınız: 05/03/2019-E.1100



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Sayı : 35853172-100
Konu : Öğr. Gör. Candan TERZİOĞLU Hk (Etik Komisyon)

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 27.12.2018 tarihli ve 35853172-806.01.03/00000385216 sayılı yazınız

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Doktora programı öğrencisi **Candan TERZİOĞLU**'nun **Prof. Dr. Selma DOĞAN** danışmanlığında yürüttüğü "**Psikiyatri Kliniklerinde Risk Yönetimi İle İlgili Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Psikodrama Destekli Risk Yönetimi Eğitimi Programının Etkisi**" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **19 Şubat 2019** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup,etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Rahime Meral NOHUTCU
Rektör Yardımcısı

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon:0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992 E-posta:yazimd@hacettepe.edu.tr İnternet
Adresi: www.hacettepe.edu.tr

Dayıo Didem İLERİ

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. Etik Kurul Onayı



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Hatuk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/508

23/03/2018

Prof.Dr.Selma DOĞAN
(Candan TERZİOĞLU)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 23/03/2018 tarihinde yapılan 03 No.lu toplantısında olduğu “Psikiyatri Kliniklerinde Risk Yönetimi ile İlgili Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Psikodrama Destekli Risk Yönetimi Eğitimi Programının Etkisi” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

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

EK-5. Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu

Katılımcının:

Adı Soyadı:

BİLGİLENDİRME

Bu çalışmanın amacı, psikodrama temelli risk yönetimi eğitiminin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin bilgi ve uygulamalarına etkisini belirlemektir. Bu araştırmada veriler, literatür taranarak hazırlanmış olan veri toplama formu ile toplanacaktır. Hemşirelere risk yönetimi konusunda eğitim verilecek ve eğitimden hemen sonra, bir ay ve üç ay sonra tekrar veri toplama formu uygulanacaktır. Eğitim psikodrama destekli verilecek ve eğitim sırasında risk değerlendirme ve yönetimi konuları ve ayrıca kendini tanıma, stresle baş etme, problem çözme, empati gibi gelişiminize destek olacak konular da ele alınacaktır.

Araştırmaya katılımınız tamamen isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

KATILIMCI ONAMI

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili bana yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Bilgilendirmeyi yapan

Adı Soyadı: Candan Terzioğlu

İmza :

Katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

EK-6. Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitimi Eğitici Kitabı



**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**PSİKODRAMA TEMELLİ RİSK YÖNETİMİ
EĞİTİMİ EĞİTİCİ KİTABI**

**HAZIRLAYAN
ÖĞR. GÖRV. CANDAN TERZİOĞLU
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL

EK-7. Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitim Kitabı



**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**PSİKODRAMA TEMELLİ RİSK YÖNETİMİ
EĞİTİM KİTABI**

**HAZIRLAYAN
ÖĞR. GÖRV. CANDAN TERZİOĞLU
PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL

EK-8. Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitim Programı Takvimi

1. OTURUM	
BÖLÜM 1	PSİKODRAMA YOLUYLA TANIŞMA
Süre: 50 Dakika	Psikodrama hakkında bilgi verme Ön testlerin uygulanması “Tanımadığım kişiyle beş dakika konuşma” ısınma oyunu “Grup çalışmasının hedeflerini belirleme” etkinliği
Süre:10 Dakika	Kahve arası
BÖLÜM 2	SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİNİN GELİŞİMİ
Süre: 40 Dakika	
Süre:10 Dakika	Kahve arası
BÖLÜM 3	RİSK YÖNETİMİ KAVRAMLARI
Süre: 40 Dakika	
2. OTURUM	
BÖLÜM 4	PSİKODRAMA YOLUYLA SORUNLARLA BAŞETME BECERİSİ
Süre: 50 Dakika	ÇALIŞMA “Güven havuzu” ısınma oyunu “Ormandaki hayvanlar” ısınma oyunu
Süre:10 Dakika	Kahve arası
BÖLÜM 5	KLİNİK RİSK YÖNETİMİ
Süre:40 Dakika	
Süre:10 Dakika	Kahve arası
BÖLÜM 5	KLİNİK RİSK YÖNETİMİ DEVAMI
Süre: 40 Dakika	
3. OTURUM	
BÖLÜM 6	PSİKODRAMA YOLUYLA KLİNİK SENARYO ÇALIŞMA
Süre: 50 Dakika	“Hangi duygularla geldiniz “sorusu “Kısa senaryolar” ısınma oyunu, Senaryo 1 (Kliniğe yatış senaryosu)
Süre:10 Dakika	Kahve arası
BÖLÜM 7	RUH SAĞLIĞI KLİNİKLERİNDE RİSK YÖNETİMİ
Süre: 40 Dakika	
Süre:10 Dakika	Kahve arası
BÖLÜM 7	RUH SAĞLIĞI KLİNİKLERİNDE RİSK YÖNETİMİ DEVAMI
Süre: 40 Dakika	
4. OTURUM	
BÖLÜM 8	PSİKODRAMA YOLUYLA KLİNİK SENARYO ÇALIŞMA
Süre: 50 Dakika	“Kısa senaryolar” ısınma oyunu, Senaryo 2 (Ortak senaryo oluşturma)
Süre:10 Dakika	Kahve arası
BÖLÜM 9	İNTİHAR RİSK DEĞERLENDİRME VE YÖNETİMİNİN VAKA
Süre: 40 Dakika	ÜZERİNDEN ÇALIŞILMASI

Süre:10 Dakika	Kahve arası
BÖLÜM 9	İNTİHAR RİSK DEĞERLENDİRME VE YÖNETİMİNİN VAKA ÜZERİNDEN ÇALIŞILMASI DEVAMI
Süre: 40 Dakika	
5. OTURUM	
BÖLÜM 10	PSİKODRAMA YOLUYLA KLİNİK SENARYO ÇALIŞMA
Süre: 70 Dakika	Hangi duygularla geldiniz “sorusu “Kısa senaryolar” ısınma oyunu, Senaryo 3 (Saldırgan hasta senaryosu)
Süre:10 Dakika	Kahve arası
BÖLÜM 11	PSİKODRAMA YOLUYLA KLİNİK SENARYO ÇALIŞMA
Süre: 70 Dakika	“Kısa senaryolar” ısınma oyunu, Senaryo 4 (İntihar eden hasta senaryosu)
6. OTURUM	
BÖLÜM 12	Eğitimin Değerlendirilmesi
Süre: 60 Dakika	
Süre:10 Dakika	Kahve arası
Süre: 60 Dakika	Katılım belgelerinin verilmesi Son test uygulanması

EK-9. Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitim Programının İçeriği

KONU	AMAÇ	YÖNTEM	ARAÇ-GEREÇ
Psikodrama Yoluyla Tanışma	Katılımcıların birbirleri ile tanışmalarını sağlama, program hakkında bilgi verme	Psikodrama ısınma oyunu Soru-cevap Tartışma	A4 kağıdı Kalem Flip chart (Kağıt tahtası)
Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Gelişimi	Risk yönetiminin sağlık hizmetlerinde gelişimini açıklama	Anlatım Soru-cevap Beyin fırtınası Grup tartışması	Barkovizyon Bilgisayar Power-point sunu Flip chart (kağıt tahta)
Risk Yönetimi Kavramları	Risk yönetimi kavramlarını açıklama	Anlatım Soru-cevap Beyin fırtınası Grup tartışması	Barkovizyon Bilgisayar Power-point sunu Flip chart (kağıt tahta)
Psikodrama Yoluyla Sorunlarla Başetme Becerisi Çalışma	Grup kohezyonunun artırma ve baş etme becerilerini fark ettirerek risk yönetimi ile ilişkilendirme	Psikodrama ısınma oyunu Soru-cevap Tartışma	
Klinik Risk Yönetimi	Klinik risk yönetimi basamaklarını açıklama	Anlatım Soru-cevap Beyin fırtınası Grup tartışması	Barkovizyon Bilgisayar Power-point sunu Flip chart (kağıt tahta)
Psikodrama Yoluyla Klinik Senaryo Çalışma	Klinik riskler konusunda farkındalık sağlama ve kabul sürecinde risk yönetimini açıklama	Psikodrama ısınma oyunu Soru-cevap Tartışma	A4 kağıdı Kalem Flip chart
Ruh Sağlığı Kliniklerinde Risk Yönetimi	Ruh sağlığı kliniklerinde risk yönetimini açıklama	Anlatım Soru-cevap Beyin fırtınası Grup tartışması	Barkovizyon Bilgisayar Power-point sunu Flip chart (kağıt tahta)
Psikodrama Yoluyla Klinik Senaryo Çalışma	Klinik risk yönetimi konusunda farkındalık sağlama	Psikodrama ısınma oyunu Soru-cevap Tartışma	A4 kağıdı Kalem Flip chart
İntihar Risk Değerlendirme ve Yönetiminin Vaka Üzerinden Çalışılması	Ruh sağlığı kliniklerinde intihar risk yönetimini açıklama	Anlatım Soru-cevap Beyin fırtınası Grup tartışması	Barkovizyon Bilgisayar Power-point sunu Flip chart (kağıt tahta)
Psikodrama Yoluyla Klinik Senaryo Çalışma	Klinik risklerden saldırganlık riski konusunda farkındalık sağlama	Psikodrama ısınma oyunu Soru-cevap Tartışma	A4 kağıdı Kalem Flip chart

EK-10. Katılım Belgesi



KATILIM BELGESİ

“PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE PSİKODRAMA TEMELLİ RİSK YÖNETİMİ EĞİTİMİ”

Sayın

30 Nisan-3 Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilen ***“Psikiyatri Kliniklerinde Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitimi”*** konulu eğitim programına katılmıştır.

Prof. Dr. Selma DOĞAN
Üsküdar Üniversitesi

Öğr. Görv. Candan TERZİOĞLU
Üsküdar Üniversitesi

EK-11. Özeçmiş

Adı Soyadı : Candan Terzioğlu
Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara 15.08.1979
Yabancı Dili : İngilizce
İletişim : candancandan2012@gmail.com
Eğitim Durumu
Lise : Ankara Mustafa Kemal Lisesi
Lisans : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Yüksek Lisans : Ankara üniversitesi Disiplinerarası Sosyal Psikiyatri
Çalıştığı Kurum :

- Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri 2004-2015
- Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2015-

Yayınlar :

1. **Terzioğlu C.,** Özkan B. (2017). “Psychodrama and The Emotional State of Women Dealing with Infertility” **Sexuality and Disability**, (SCI) DOI: <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9514-8> **Print ISSN:** 0146-1044 **Online ISSN:**1573-671. Published online: 30 November 2017
2. **Terzioğlu C.,** Eskiuyurt R., Özkan B. (2017). “Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Sinema Filmi İzletilmesi Yöntemi İle Öğrencilerin Bakım Uygulamalarındaki Farkındalıklarının Araştırılması”, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4(3):149-161. DOI: 10.17681/hsp.304904
3. Özkan B., Mercan Ş, **Terzioğlu C.** (2017). “Psikiyatri Hemşireliğinde Motivasyonel Görüşmeyi İçeren Çalışmalar: Bir İnceleme Çalışması”, Literatür Sempozyum Dergisi, Sayı:15:13-19
4. Eskiuyurt R, Özkan B., **Deliduman C.,** Abbak R. M. (2016). “Hemşirelik Öğrencilerinin Üstbilişsel Okuduğunu Anlama Farkındalığının Araştırılması”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(2):50-60. ISSN: 2148-2837

Diğer konular : Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsünden Psikodrama eğitimi almış, tezini başarı ile tamamlamıştır.