

Psikososyal Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Hastalıkları **Hemşireliği**

Editör
CEYDA BAŞOĞUL

BİDGE Yayınları

Psikososyal Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Editör: Doç. Dr. Ceyda BAŞOĞUL

ISBN: 978-625-372-305-7

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 10.10.2024

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



İçindekiler

Ruhsal Hastalıklarda Damgalama, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Damgalanmanın Önemi.....	4
Kübra TOHUMCU	4
Psikososyal Hemşirelik	30
Neslihan Gülşah İZGİ	30
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Ruh Sağlığı Eylem Planının Ülkemiz Hemşireliği Yönünden İncelenmesi.....	55
Ejdane COŞKUN	55
Kübra TOHUMCU	55

BÖLÜM I

Ruhsal Hastalıklarda Damgalama, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Damgalanmanın Önemi

**Kübra TOHUMCU¹
Ejdane COŞKUN²**

Giriş

Damgalama, bazı toplumlarda psikiyatrik hastalık gibi belirli insan nitelikleriyle ilgili, olumsuz basmakalıp düşüncelerin harekete geçirdiği, sosyal statü kaybı ve ayırım olarak tanımlanmaktadır (Çam & Çuhadar, 2011).

Damgalama, ruhsal hastalığı olan bireylerde yardım arama, iyileşme, tedavi kaynakları, iş gücü geliştirme ve toplumsal üretkenliğe müdahale eden ve bu kişiler arasında iyileşme ve yaşam kalitesi önündeki büyük bir engeldir (Pescosolido & ark., 2021).

¹ Dr. Kübra TOHUMCU, Adıyaman Besni Devlet Hastanesi, Adıyaman/Türkiye, Orcid: 0000-0001-7878-2012, Kubratohumcu0203@gmail.com

² Öğr. Gör. Dr. Ejdane Coşkun, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Osmaniye/Merkez, Orcid: 0000-0002-1989-5671, ejdanecoskun@gmail.com

Daha şiddetli semptomlar, ruh sağlığı hizmetlerinin daha az kullanımı ve katılımı ve daha az pozitif psikososyal sağlık ile ilişkileri nedeniyle damgalama, birçok ruhsal hastalığı olan birey için başarılı iyileşmeyi ve topluma yeniden entegrasyonu engelleyen önemli bir faktördür (Misra & ark., 2021).

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama, bireyin yardım arama niyetlerini ve davranışlarını etkileyerek tedavi engeli olabilir (Tan & ark., 2020). Bu durumun sonucu olarak ruhsal hastalığı olan bireylerin işsizlik, evsizlik, madde kullanımı ve zorunlu hastaneye yatış gibi sosyal ve sağlık sonuçlarını daha da kötüleştirebilir (Adu & ark., 2022). Ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşamlarını bu derece olumsuz etkilerken damgalama ile mücadele kaçınılmazdır (Açıkgöz & Akkuş, 2018).

Damgalama ile mücadele sadece bireysel değil kişilerarası, toplumsal, endüstriyel, yönetsel ve hükümet politikalarını da içeren bir önlem uygulamasıyla gerçekleştirilmelidir. Damgalama karşıtı çalışmalarda ilk öncelik olarak toplumda var olan yanlış inanç ve bilgileri değiştirmeye çalışmak uygun bir yaklaşımdır. (Bilge & Çam, 2010).

Hemşireler gerek toplumdaki olumsuz tutumlarının daha hızlı ve etkili değişimi bakımından topluma liderlik yapan meslek gruplarından olması gerekse topluma hizmet verdikleri hemen her alanda ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaşma olasılıklarının yüksek olması nedeniyle damgalamayla mücadelede oldukça önemli bir rol üstlenirler (Açıkgöz & Akkuş, 2018). Hemşireler damgalamayı azaltmak için yapılan mücadele ve programları yakından takip ve etmeli ve bunlara aktif olarak katılmalıdır.

Hemşirelerin damgalamayı azaltmaya odaklanarak yapacakları tek bir müdahale bile bir kişinin hayatının birçok bölümünü etkileyebilecek öneme sahiptir (Stuart, 2013).

1. Damgalama (Stigma) Nedir?

Damgalama terimi ilk kez eski Yunan dilinde "oymak, utanç, ceza veya rezalet işareti olarak işaretlemek" anlamında kullanılmıştır (Economou & ark., 2020). Damgalama, istenmeyen özelliklere sahip oldukları inancına dayanarak başkalarını olumsuz olarak görme ve onlara tepki verme eğilimidir (Halter, 2014). Damgalama hakkındaki çağdaş düşüncede, Erving Goffman'ın çalışması öncüdür. Ona göre, damgalama, ötekiliği işaret eden sosyal olarak istenmeyen bir özelliğin varlığıyla ortaya çıkar. Bu özellik sosyal bir etkileşim sırasında belirgin hale geldiğinde, onu taşıyan kişinin kimliği için diskalifiye edici bir şekilde hareket edebilir (Economou & ark., 2020). Damgalama, toplumun sapkın, günahkâr veya tehlikeli olarak gördüğü kişileri belirlemek ve ayırmak için kullanılan bir utanç veya itibarsızlık işareti olarak tanımlanır (Stuart, 2013).

Damgalanma psikiyatrik açıdan incelendiğinde ise ruhsal engelli tanısı almış bireyler hakkındaki olumsuz düşünce ve tutumların doğurduğu bir statü kaybı ve dışlanma olarak ifade edilebilir (Büber & ark., 2015). Bir başka ifadeyle ise ruhsal hastalığı olan kişilere karşı ayrımcılık yapmak ve genel halkı korkuya, reddetmeye, kaçınmaya motive eden negatif tutum ve inançlar kümesi olarak tanımlanmaktadır (Stuart, 2013).

Damgalama, pek çok ardışık zihinsel aşama sonucunda ortaya çıkan bir süreçtir. Bu süreç ise genelde ruhsal bir hastalık tanısı ya

da etiketinin alınmasıyla başlamaktadır. Etiketleme, ruhsal hastalık tanısı alan hastaların bizden temel olarak ayrı ve farklı olduğunu düşündürür. Etiketleme toplum içerisinde bulunan stereotipleri uyarır ve süreç başlamış olur (Doğanavşargil Baysal, 2013).

2. Damgalama Nedenleri

Ruhsal hastalığı olan kişiler yalnızca semptomlardan değil, aynı zamanda yaşam fırsatlarını kısıtlayan damgalanmadan dolayı da problem yaşarlar (Oexle & ark., 2018).

Ruhsal hastalığı olanlar için damgalama, onları toplumdan ve diğerlerinden ayıran bir engeldir (Stuart, 2013). Toplumlarda genelde ruhsal hastalığı olan kişiler garip, korkutucu ve daha tehlikeli olarak algılanmaktadır (Arslantaş & ark., 2010). Damgalamaya temel olan olumsuz atıflar stereotiplerden beslenmektedir. Örnek verilecek olursa ruhsal hastalık tanısı alanlara yönelik yaygın bir stereotipleştirme “tehlikeli olma”dır (Saillard, 2010). Toplum tarafından ruhsal bozukluğu olan bireyler genellikle öldürmeye meyilli, kendilerinden çekinilmesi, korkulması gereken ve kendi hastalıklarından sorumlu zayıf karakterli kişiler olarak görülürler (Malas, 2019).

Genel olarak damgalama nedenleri şöyle sıralanabilir:

- Ruhsal bozukluğu olan bireyin davranışlarına anlam verilememesi ve farklı olarak görülmesi.
- Ruhsal bozukluğu olan bireyin saldırgan ve tehlikeli olduğunun düşünülmesi.
- Ruhsal bozukluğu olan bireyin farklılığı nedeniyle suçlanması.

- Bu bireylerin davranışlarında tutarsızlık olması nedeniyle, nerede nasıl davranacağını tahmin edilememesi ve bilinmeyenden korkulması.
- Ruhsal bozukluğu olan bireye uygun yaklaşımın bilinmemesi.
- Görsel ve yazılı basındaki hatalı yorumların okunması ile yanlış bilgilere sahip olunması.
- Bulunduğu toplumun kültürel yapısı gereği, edindiği değerlerin ruhsal bozukluğu olan bireyi değersiz görmek, topluma ait görmemek.
- Bu bireylerin asla iyileşemeyeceğinin düşünülmesi (Ergün, 2012).

3. Damgalama'nın Bireyler Üzerindeki Etkileri

Damgalama; insanların ruhsal bozukluğu olan bireylerle "yaşamaktan, sosyalleşmekten veya çalışmaktan, evlerini kiralamaktan veya istihdam etmekten" kaçınmasına neden olan bir halk sağlığı sorunudur (<https://www.nami.org/Get-Involved/Pledge-to-Be-StigmaFree>)

Ruhsal hastalığı olan insanlar hayatta, fiziksel hastalığı olan insanlara oranla iki kat fazla zorlanmaktadırlar. “Yeti” kavramı, insandaki düşünme, anlama, kavrama, imgeleme gibi doğal zihinsel güçlerden her birisine verilen tanımdır. Ruhsal bozukluğu olan kişiler hem hastalığın belirtileri ve yeti kaybı hem de ruhsal bozukluklar hakkında bilinen yanlışlardan kaynaklanan önyargılarla mücadele etmek zorunda kalmaktadır. (Malas, 2019).

Damgalama nedeniyle, ruh sağlığı sorunuyla yaşayan insanlar: Yabancılaşmış ve "diğerleri" olarak görülmekte, Tehlikeli olarak algılanmakta, Suç işleme olasılıkları yüksek düzeyde kişiler olarak görülmekte, Sorumsuz görülen veya kendi kararlarını veremeyen kişiler olarak d ş n lmekte, Reddedilmekten korkmaktadır. Bu bireylerin diğer bireylere kıyasla damgalanma nedeniyle içe alınma ve güvenli konut bulma olasılıkları daha düşüktür (<https://www.nami.org/Get-Involved/Pledge-to-Be-StigmaFree>).

Damgalama sebebiyle ruhsal hastalığı olan bireyler kendilerine yönelik konuşmama eğilimi gösterirler. Hastalıklarını açık olarak nadir tartışır ve genelde izole, yalnız ve yanlış anlaşılmış şekilde yaşarlar. Aile yaşamlarında, sosyal ilişkilerinde ve üretken ilişkilerindeki eşit katılımları çoğunlukla reddederler (Arslantaş & ark., 2010).

Damgalanma bireyler üzerinde; sosyal izolasyon, yalnızlık, zayıf benlik imajı, pasiflik, kişilerarası ilişkilerde bozulma gibi pek çok olumsuz etki yapmaktadır. Ruhsal hastalığı olan bireylerde damgalanma arttı a izolasyon ve yalnızlık artmaktadır (Halter, 2014).

Damgalamanın bireyler üzerindeki etkileri şöyle özetlenebilir:

- Damgalama, insanların semptomlarını gizlemesine veya inkar etmesine neden olur.
- Damgalama tedavide gecikmelere neden olur.
- Damgalama, etkili tedavilere bağlılığı caydırır.
- Damgalama, bireyi ve aileyi izole eder.

- Damgalama, benlik saygısını ve kişisel bakım potansiyelini azaltır.
- Damgalama, kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi sınırlar.
- Damgalama, sağlık hizmetleri sağlayıcılarının tutumlarını olumsuz etkiler
- Damgalama, daha şiddetli hastalık türlerine katkıda bulunur (Stuart, 2013).

4. İçselleştirilmiş Damgalama

Ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatriste başvurduktan ve tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılık veya kötü davranışa maruz kalmasalar dahi kendilerini damgalanmış hissettikleri görülmüştür. Bunun etkisi olarak ise bu kişilerde; durumundan utanç duyma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik düşüncelerde artış, sosyal izolasyon, benlik değerinde düşme görülmektedir (Çam & Çuhadar, 2011).

İçselleştirilmiş damgalama, damgalamaya verilen bir dizi kişisel tepkiden biridir. İçselleştirilmiş damgalama ya da kendi kendini damgalama, bir birey ruhsal hastalığına ilişkin olumsuz klişelerin kendisi için doğru olduğunu kabul ettiğinde ve etiketine ilişkin yargıların doğrudan kendisi için geçerli olduğuna inandığında ortaya çıkar. Bu süreç, kişinin kendisi hakkında olumsuz bir görüşü ve geleceğine dair kötü beklentileri benimsediği, daha önce sahip olunan bir kimliğin dönüşümünü veya kaybını içerir (Lyon & Mortimer-Jones, 2021). İçselleştirilmiş damgalama ya da öz damgalama, genel halkın inanmış olduğu tehlikelilik, yetersizlik gibi

damgalayıcı fikirlerin ruhsal rahatsızlığı olan kişi tarafından benimsenmesidir. İçselleştirilmiş damgalama bireyin geliştirmiş olduğu ve tutunduğu doğru olmayan ve uyum göstermeyen inançların (diğerleri için tehlikeliyim / kendi hayatımı yönetmede yetersizim) içeriği olarak kavramlaştırılmaktadır (Çam & Çuhadar, 2011).

Corrigan ve arkadaşları içselleştirilmiş damgalanma'nın gelişimini üç basamaklı bir modelle tanımlamışlardır. Bu model doğrultusunda içselleştirilmiş damgalanmanın üç bileşeni şöyledir: Stereotiplerin farkında olma, Onları onaylama ve Kendisine uygulama (Doğanavşargil Baysal, 2013).

Kendini damgalama, ruhsal sağlık sorunları olan kişilerin hayatlarını olumsuz etkiler. Toplumdaki birçok insan ruhsal sağlık sorunları olan kişileri klişeleştirir ve ayrımcılığa uğratar ve sıklıkla bu olumsuz dışlanma süreci yaşanmış deneyimleri olan kişiler tarafından içselleştirilir. Bu nedenle, bu olumsuz içselleştirme kendini damgalamanın gelişmesine yol açar (Fox, 2021). Ayrıca, içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesinin düşmesi ve kötü ruh sağlığı sonuçları ile ilişkilidir (Lyon & Mortimer-Jones, 2021). Kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne kadar yüksekse görülen semptomların şiddeti de o kadar artmaktadır (Çam & Çuhadar, 2011).

5. Tedavi Engeli Olarak Damgalanma

Ruhsal rahatsızlığı olan kişilere karşı yapılan her türlü ayırım bu bireylerin temel insan haklarını ihlal eder (Arslantaş & ark., 2010). Bu kişiler ya toplum tarafından korkulan ve bu nedenle izole edilen taraf olurlar ya da korunmaya muhtaç görülerek çocukça bir

muameleye maruz kalırlar. Her iki halde de bu bireylerin insani hakları ihlal edilmiş olur. Ruhsal hastalığa sahip bireyleri damgalama, bu bireylerin hem toplumsal hem de özel hayatlarında büyük krizlere yol açmaktadır. Ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanma sebebiyle maruz kaldıkları davranış ve tutumlar, bu kişilerin iş, evlilik ve arkadaşlık ilişkileri gibi sosyal hayat bileşenlerini olumsuz şekilde etkileyerek sağlık ve diğer hizmetlerden yararlanmaları konusunda ise sorunlara sebep olmaktadır (Önder & Keskin, 2023).

Ruhsal hastalık geçiren bireylerin toplumla yeniden kaynaşması ve eski işlevselliğine geri dönebilmesi, toplumun ruhsal rahatsızlıklara karşı genel tutumuyla yakından ilişkilidir. Fakat günümüzde toplumun hemen her kesiminde ruhsal rahatsızlığı olan kişilere karşı yaygın olarak olumsuz ve reddedici tutumların olduğu bilinmektedir. Ruhsal rahatsızlıklara karşı olumsuz tutumlar, tedavi başvurusunu ve sürecini olumsuz olarak etkilemektedir. Özellikle düşük sosyoekonomik kesimlerdeki olumsuz görüşler bu kişilerin tedavisini ve sağaltımını olumsuz olarak etkilemektedir (Arslantaş & ark., 2010).

Teşhis edilebilir zihinsel bozuklukları olan kişilerin yaklaşık üçte ikisi tedavi aramaktan kaçınır. Bu durumun en büyük engellerinden birisi ruhsal hastalıklarla ilgili damgalamadır. Damgalanma, insanları ihtiyaç duyulan bakımı aramaktan caydırır (Stuart, 2013). Damgalama ayrımcılığa, izolasyona utanç ve öfkeye neden olarak kaliteli sağlık hizmetlerine ve ilgili hizmetlere erişimi engeller (Halter, 2014).

6. Ruhsal Hastalıklar ve Damgalanma Düzeyleri

Şizofreni ve Damgalanma: Şizofreni tanılı bireylere yönelik damgalama tedavi ve bakım sürecini olumsuz etkileyen bir durumdur. Şizofreniye yönelik damga tek bir sebeple açıklanamayacak derecede karmaşık ve sosyal bir olgudur (Küçük Öztürk & Çam, 2020). Literatürde ruhsal engeli olan kişiler arasında damgalamadan en çok etkilenenlerin şizofreni tanısı alan kişiler oldukları belirtilmektedir (Bilge & Çam, 2010; Cerit & ark., 2012).

Yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre şizofreni hastalığına ruhsal hastalık damgalamasının; depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal rahatsızlıklara oranla daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Arslantaş & ark., 2010). Literatürde şizofreni hastalarının toplum tarafından; deli ve akıl hastası olarak görüldüğü, ayrımcılığa maruz kaldıkları ve bu kişilerin saldırgan davranışlar sergileyebilmeleri sebebiyle korkulması ve tehlikeli olarak algılanmalarından ötürü bu kişilerle aralarına mesafe koydukları belirtilmiştir (Küçük Öztürk & Çam, 2020).

Toplumsal damgalanma yaşayan şizofreni tanısı alan kişiler bir süre sonra toplumun önyargılı davranış ve tutumlarını kabullenip içselleştirilmiş damgalama yaşayabilmekte ve süreç boyunca değersizlik, utanç, gizlilik, geri çekilme gibi davranışlar gösterebilmektedir (Büber & ark., 2015).

Duygudurum Bozuklukları ve Damgalama: Duygudurum bozukluğu olan hastaların çoğunluğu kendilerini tam veya kısmen olarak yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettiklerini, çevresindeki kişiler tarafından tam veya kısmen yetersiz ya da eksikmiş gibi görüldükleri, toplumsal ilişkilerde hastalıklarının kendilerini

olumsuz etkilediklerini algıladıkları bildirilmektedir (Avcil & ark., 2016).

Duygudurum bozukluğu olan kişiler topluma kıyasla kendilerini daha çok damgalamaktadırlar. Ayrıca toplumla temas seviyeleri arttıkça bu kişilerin kendilerini damgalamaları artmaktadır. Hastalığın şiddetinin artışı içsel damgalanmayı arttırmakta, tedaviye uyum ve semptomlarda düzelmeye birlikte ise içsel damgalama azalmaktadır (Avcil & ark., 2016).

Duygudurum bozukluklarından olan iki uçlu bozuklukta damgalamanın bu tanıya sahip kişilerde önemli bir sorun olduğu belirtilmiştir (Ellison & ark., 2013). İki uçlu bozukluğu olan kadınlar, damgalanma nedeniyle evlilik planları yapma, evliliği sürdürmede sorun yaşayabilmektedir. Hastalığın getirdiği bu sosyal durum ise iki uçlu bozukluğu olan kadınların doğurganlık oranlarını azaltabilmektedir (Townsend, 2016).

Literatürde iki uçlu bozukluğun şizofreniden daha olumlu, depresyondan ise daha az olumlu görüldüğü, orta ile yüksek derecede ise içselleştirilmiş damgalanmanın görüldüğü belirtilmiştir (Ellison & ark., 2013).

Madde Bağımlılığı ve Damgalanma: Madde kullanım bozukluklarının damgalanması dünyada ilk sıralarda yer almaktadır. Toplum, madde bağımlılığını ruhsal bir hastalık olarak görmekten ziyade daha çok bir ahlak sorunu şeklinde görmemektedir.

Madde kullananlara karşı zarar verici ifade dili ve etiketlemeler suçla ilişkilendirmede damgalamayı arttıran faktörler arasındadır. Damgalamanın şiddeti, rahatsızlığa atfedilen sorumluluk ve rahatsızlığın toplumsal etkileşimde yaşadığı zorluk

derecesine göre de değişim göstermektedir (Havaçeliği Atlam & Coşkunol, 2019). Madde kullanım bozukluğu olan kişilerin yaşadığı damgalama bu kişilerin iş bulma, eğitim ve tedavi olma gibi olanaklardan yararlanmada zorluklar oluşturmaları bakımından müdahale edilmesi gerekli önemli alanlardan birisidir (Havaçeliği Atlam & Coşkunol, 2019).

Alkol Bağımlılığı ve Damgalanma: Alkol bağımlısı olan kişilere karşı zayıf iradeli, tehlikeli, sahtekar gibi bireysel özelliklere vurgu yapan damgalar söz konusudur.

Toplumda alkol bağımlılığının mental hastalık olarak kabul edilmesinin madde ile ilişkisi olmayan diğer ruhsal bozukluklara göre daha az olduğu ve mevcut durumlarından daha fazla sorumlu tutulduğu, suçlandığı literatürde bildirilmiştir. Sosyal yönden ise daha az kabul görüp, daha fazla negatif tutumlara maruz kaldıkları, şizofreni hastalarıyla ise benzer oranda tehlikeli olarak algılandığı da ortaya konulmuştur. Toplumda alkol bağımlısı bireylere yönelik tutumların kolay değişmediği ve bu kişilerin alkol bağımlılığını kendi başlarına açtıkları bir hastalık olarak algıladıkları belirtilmektedir (Yılmaz & Cüceler, 2019).

7. Sağlık Profesyonellerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutumu

Ruhsal bozuklukları olan bireyler, kendilerini desteklemek için tasarlanmış olan sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri ortamlarında bile sık sık damgalama ve ayrımcılıkla karşı karşıya kalmaktadır (Mejia-Lancheros & ark., 2020).

Ruhsal hastalıklara karşı damgalama sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından da uygulanan toplumun kültürel önyargılarının bir yansımasıdır (Halter, 2014). Sağlık hizmeti

sağlayıcıları ve toplum içerisinde sağlık konusunda “danışman” ve “model” işlevi gören sağlık profesyonellerinin hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı tutumları bu kişilerin tedaviye başvurmalarını engelleyici bir rol oynar (Arkan & ark., 2011). Literatürde, ruhsal bozukluğu olan bireyi; toplumun %61, işverenin %36, ruh sağlığı çalışanlarının %20, aile üyelerinin %19, arkadaşlarının %14, eş ve yakınlarının ise %11 oranlarında damgaladığı belirtilmiştir (Dickerson & ark., 2002).

Hemşireler sıkı bir eğitim ve öğretim gerektiren bir mesleğe mensup olmalarına rağmen, ruhsal hastalığı olan kişiler hâlâ hemşireler tarafından damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır (Tyerman & ark., 2020). Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren hemşirelerle ilgili çalışmalar, korku ve algılanan tehlike; uygulanabilir eğitim, beceri ve bilgi eksikliği; ve fiziksel sağlık hizmetinin ruhsal sağlık hizmetinden ayrı olduğu algısı gibi durumların damgalamaya neden olduğunu belirlemişlerdir (Kolb & ark., 2023).

Lisans hemşirelik programlarında ruh hastalığı konusunda odaklanmış eğitim ve klinik eğitim eksikliği, gelecekteki hemşireler tarafından damgalanmaya ve ayrımcılığa katkıda bulunmaktadır. Ruhsal hastalığın damgalanmasına katkıda bulunan diğer faktörler arasında hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireyle ilişki kuramaması, medyada ruhsal hastalığın tehlikeli ve korkutucu olarak tasvir edilmesi ve ruhsal refahın sosyal ve psikolojik anlayışlarını göz ardı eden tarihsel bir biyomedikal ruhsal hastalık modeli yer almaktadır (Tyerman & ark., 2020).

Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan hastalara yönelik tutumlarını etkileyebilecek daha önce tanımlanmış değişkenler arasında daha yüksek eğitim düzeyi, ileri yaş ve daha uzun çalışma yılları yer almaktadır ve bunların hepsi daha az damgalanma ile ilişkilendirilmiştir (Kolb & ark., 2023). Ruh sağlığı problemleri olan hastalar sağlık çalışanlarının göstermiş olduğu tutumlara karşı çok duyarlıdırlar. Sağlık profesyonellerinin olumsuz tutumları hastaların gereken yardımı alabilmelerini ve gerektiğinde yönlendirilmelerini etkileyen oldukça önemli bir faktör olarak ortaya çıkabilir (Arkan & ark., 2011).

8. Damgalama ile Mücadele

Sempati ve yardım etme arzusu uyandıran fiziksel hastalıkların aksine, ruhsal bozukluklar insanları rahatsız etme ve onları uzak tutma eğilimindedir. Damgalanmanın üstesinden gelinmesi kritik derecede önemlidir. Halkın çoğu artık ruhsal hastalıkların nörobiyolojik anlayışını benimsimekte fakat bu durum ne yazık ki halen damgalanmada bir azalmaya dönüşmemektedir (Stuart, 2013).

Ruh sağlığının güçlendirilmesine yönelik faaliyetler temel olarak sosyo-politiktir. zgn nleme girişimleri ise işsizliğin azaltılması, okulların ve barınma olanaklarının iyileştirilmesi, damgalamanın ve çeşitli sınıflara yönelik ayrımcılığının azaltılması gibi girişimleri içermektedir (Mittelmark & ve ark., 2020).

Damgalamaya yönelik bireylerin tutumlarının değiştirilmesi, damgalama ile mücadelede en önemli ve başta gelen önceliklerden biridir. Damgalama kalıplarının değişebilmesi için üç temel nokta önemlidir:

- **Bilginin alındığı kişinin uzman ve güvenilir olması,**

- **Mesajın**, yüz yüze ve çift yönlü olması ve optimal etki için orta derece de etkili mesajların verilmesi,
- **Hedef**, bireylerin kedilik değerleri ne kadar olumluysa, değişiklik yapılabilmesi o derece zordur (Bilge & Çam, 2010).

Algısal seçicilik, tutumların değişmesini engelleyen bir faktördür. Bireyler kendi tutumları ile uyuşmayan mesajları algılamama eğilimindedirler. Tutum değiştirilmesi için bilinmesi gereken ve kolaylaştırıcı yöntemler; her tutumun o birey için taşıdığı anlamın bilinmesi, tutumun doyurduğu psikolojik ihtiyacın ortaya çıkarılması ve kullanılan savunma mekanizmalarının anlaşılması olabilir. Damgalama ile mücadelede uygulamalarında ise hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi ve hedef grup çalışmalarıyla yürütülmesi önerilmektedir (Bilge & Çam, 2010).

Corrigan'a göre, toplumsal damgalamanın azaltılmasında üç yaklaşım vardır. Bunlar: Eğitim, Temas ve Protesto'dur.

Eğitim, ruhsal hastalıklara karşı klişelerin doğru bilgilerle değiştirilmesine yönelik müdahaleyi kapsar.

Temas, doğrudan ya da dolaylı olarak toplum ile ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin bir araya getirilmesini kapsar.

Protesto, damgalamanın azaltılmasına yönelik medya ve toplum temelli kampanyalarını kapsar (Havaçeliği Atlam & Coşkunol, 2019).

Ruhsal hastalıklar yaygın, tedavi edilebilir bir biyolojik beyin hastalığıdır. Bireyin veya ailenin hatası değildir. Bir zayıflık belirtisi değildir. Bu gerçek bir durumdur ve iyileşme bir gerçektir.

Damgalamaların üstesinden gelmenin en iyi yolu bunlara yönelik farkındalık yaratmak ve kişileri, toplumu eğitmektir (<https://www.nami-lv.org/about-us/stigma-busters/>).

Damgalamayı azaltmak, kamu savunuculuğu programlarını, ruh sağlığı konularında halk eğitimi, okullar ve diğer sosyal kurumlar aracılığıyla ruhsal hastalığı olan kişilerle temasları içermelidir.

Damgalamayı azaltmanın bir başka yolu da ruhsal bozukluklar için nedenler ve etkili tedaviler bulmaktır. Damgalanma ile mücadelede; sözcükler güçlüdür ve günlük dil, ruhsal hastalığı olan insanları damgalayabilir.

Örneğin, ruhsal hastalığı olan birine atıfta bulunulduğunda, "ruhsal hastalığı olan kişiler" ifadesi, "kişiyi" ilk sıraya koyduğu için (ruhsal hastalığının önüne) "ruhsal hastası kişiler" den daha iyidir.

Ruhsal hastalığı olan insanlar her şeyden önce insan olarak görülmelidir.

Örneğin; "şizofrenik" yerine "Şizofreni hastası" denilebilir. "Kanser" veya "zatürre" denen insanları duymayabilirken, "zihinsel", "akılsız" gibi kelimelere ve ruhsal hastalıkların isimlerine aşırı duyarlılık gösterilebilmektedir.

Farkındalık ve kişisel dili değiştirmek damgalanmayı azaltmada bir tür savunuculuktur. Ruhsal hastalıklar alanında uzman olan kişiler, halkı eğitebilir ve ruhsal hastalıkların karmaşık bir faktör kombinasyonundan kaynaklandığını öğretebilir. Halkın zihinsel bozuklukların ahlaki başarısızlıkların veya sınırlı irade gücünün sonucu olmadığını, daha ziyade belirli tedavilere çok iyi yanıt veren gerçek tıbbi hastalıklar olduğunun farkına varması

gerekir. Ruh sağlığını geliştirmenin önemli bir yönü, savunmasız gruplarla ilişkili mitleri ve stereotipleri ortadan kaldırmak, normal parametreler hakkında bilgi sağlamak, sağlığı ve hastalığı etkileyen psikososyal faktörlere duyarlılığı artırmak ve hassas, destekleyici ve insancıl sağlık hizmeti verme yeteneğini geliştirmekle ilgili faaliyetleri içerir (Stuart, 2013).

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Damgalanmanın Önemi

Hemşirelik mesleği, uzun tarihi boyunca birçok başka zorluğun üstesinden gelmede başarılı olmuş ve bunun sonucunda insanlığın acısını hafifletmek, bakım ve şefkat sağlamak için ölçülemez katkılarda bulunmuştur. Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan kişilerin bakımında da damgalama ve ayrımcılığı ortadan kaldırma girişimlerinde aktif rol oynaması gerekmektedir (Ross & Goldner, 2009).

Ruhsal hastalığı olan kişiler, ruhsal hastalık tanısı konulmamış olanlara göre daha kötü sağlık sonuçları yaşamaktadır ve hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı olmayan tutumları bu kişiler için sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmeye yardımcı olabilir (Kolb & ark., 2023). Literatür, psikiyatrik ortamlarda çalışan hemşirelerin genel halk ve diğer birimlerde çalışan hemşirelere kıyasla ruhsal hastalıklara karşı genel olarak daha olumlu tutumlara sahip olduğunu göstermektedir (Ross & Goldner, 2009).

Hastaların görünümlerindeki değişiklikler, başkalarının onları damgalamasına neden olabilir. Hemşire bu konuda hastaya destek sağlamalıdır.

Örneğin, amaçlı kas kasılması istemsiz geç hareketleri geçersiz kıldığından, bir elini diğeriyle tutmak gibi, hastaya istemsiz hareketleri gizleme eylemlerini öğretilmelidir (Halter, 2014).

Psikiyatrik bozukluğu olan bireyin damgalanmasını önlemek için 3 temel strateji vardır. Bunlar;

1. Bireyleri ruhsal bozukluklarla ilgili mitler konusunda eğitmek,
2. Ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı davranış ve tutumlara karşı çalışmalar yapmak,
3. Kişinin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalayıcı yaklaşımlarını önlemektir (Ergün, 2012).

Ruhsal hastalıklar ile ilgili korku, damgalanma veya utanç, hastaların deneyimlerinin bazı yönlerini gizlemelerine neden olabilir. Bunun sonucunda ortaya çıkan içgörü eksikliği ise ek hemşirelik becerisi gerektiren değerlendirmeleri gerektirir (Halter, 2014).

Ruhsal hastalığı olan bir hastayı değerlendirirken, hemşirelerin bu bozuklukla ilişkili damgalanmanın terapötik ilişkinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesine müdahale etmesini önlemek için kendi kendinin farkında olması ve hastayla yakın ilişki kurması gerekir (Jones & ark., 2012).

Öncelikle insanlar ruhsal problemler hakkında bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Bu eğitimlerin kısa süreli olmaması gerekir çünkü tutumların değişimi uzun zaman alır (Ergün, 2012).

Sağlık çalışanları ruhsal bozukluğu olan bireylere bakış açılarını ve tutumlarını gözden geçirerek damgalayıcı düşünce ve davranışlarını değiştirmeli, hastaya yönelik uygun yaklaşım modellerini benimsemelidir (Ergün, 2012). Ruhsal hastalık nedeniyle damgalanan veya ayrımcılığa uğrayan kişiler, hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonelleri tarafından fiziksel durumların yetersiz şekilde tedavi edilmesine etkin bir hemşirelik bakımı alamamalarına neden olmaktadır (Tyerman & ark., 2020).

Sağlık profesyonelleri psikiyatrik bozukluğu olan bireye yönelik damgalamayı önlemek için:

- Toplumun ruhsal bozukluklara dair düşüncelerini bilmeli,
- Hasta ve ailesine damgalamayla mücadele etme yollarını öğretmeli,
- Hastaların ve ailelerinin toplumsal yaşama uyumlarını arttırmak için sosyal beceri eğitime dayalı programlar geliştirmeli ve uygulamalı,
- Toplumun önyargılarına yönelik olarak eğitimler vermeli,
- Tedavi hizmet sunumunda yüksek kalite sağlamalı,
- Kişinin sosyal çevresini geliştirmesine destek olmalı,
- Damgalamayla ilgili konferans, seminer, dergi, panel gibi çalışmalarda yer alarak yaşamın her alanında ruhsal bozukluklara yönelik ayrıımı ortadan kaldırmaya çabalamalıdır (Ergün, 2012).

Damgalama ile mücadelede bir başka önemli nokta da, bireyin hastanelerde tedavisinin yerine toplumdan soyutlanmadan tedavi edilebilmesinin sağlanmasıdır. Bireyin çevreden destek görüp, toplumsal yapıdan ayrı kalmaması ait olma duygusunun yaşanması ve tedavi sürecinde yaşadığı ortamdan soyutlanmaması açısından oldukça önemlidir (Ergün, 2012).

Hemşirelikte ruhsal hastalıkların nedenleri, seyri ve sonuçları konusunda var olan önemli fikir ayrılıkları ve netlik eksikliği, tutarsız ve cesaret kırıcı bilgilere ve hastalara ve ailelere umutsuzluk duygusunun iletilmesine yol açabilir. Psikiyatri hemşirelerinin bu olasılığın farkında olmaları ve hastalarla ve aileleriyle iletişimlerinde dikkatli olmaları, tutarlı bilgi, umut ve cesaretlendirme duygularının iletildiğinden emin olmaları gerekmektedir (Ross & Goldner, 2009).

Evde yaşayan bireyin tedavi protokolünü uygun şekilde sürdürebilmek için farklı disiplinlerden oluşan ve psikiyatri hemşiresinin de içerisinde yer aldığı bir ekibin hasta birey ve ailesini desteklemesi, gerekli konularda danışmanlık yapması gerekmektedir (Ergün, 2012).

Kaynaklar

Adu, J., Oudshoorn, A., Anderson, K., Marshall, C. A., & Stuart, H. (2022). Social contact: Next steps in an effective strategy to mitigate the stigma of mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(5), 485-488.

Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142-146.

Arkan, B., Bademli, K., & Çetinkaya Duman, Z. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 214-231.

Arslantaş, H., Gültekin, B. K., Söylemez, A., & Dereboy, F. (2010). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1), 11-17.

Avcil, C., Bulut, H., & Hızlı Sayar, G. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 175-202. <https://doi.org/10.32739/uskudarsbd.2.2.4>

Bilge, A., & Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78.

Büber, B., Kars, B., Gülsün, M., & Nergizci, M. (2015). Şizofreniye yönelik damgalamanın önlenmesinde sosyal hizmet müdahaleleri bağlamında sosyal politika önerileri. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 14-15(1), 35-51.

Cerit, C., Işık, S., Karayün, D., Özyıldırım, İ., Özten, İ., Üçok, A., & Yıldız, M. (2012). Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 1-7.

Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3),136-140.

Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 143-155. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917>

Doğanavşargil Baysal G.Ö. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak ve Tarama Dergisi*, 22(2), 231-251.

Economou, M., Bechraki, A., & Charitsi, M. (2020). The stigma of mental illness: A historical overview and conceptual approaches. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 31(1), 36-46. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.311.36>

Ellison, N., Mason, O., & Scior, K. (2013). Bipolar disorder and stigma: a systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 805-820. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.014>

Ergün, G. (2020). Hasta savunuculuğu ve stigma. Oflaz, F., Yıldırım, N. (Ed.). *Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları* içinde (s. 553-563). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Fox, J. R. (2021). Exorcising memories of internalised stigma: The demons of lived experience. *World Journal of Psychiatry*, 11(3), 63-72. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i3.63>

Townsend, M. C. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*. (Nermin Gürhan, Çev. Ed.). Ankara: Akademi Yayınevi.

Halter, M. J. (2014). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. (Seventh Edit). Elsevier: evolve.elsevier.com. e-textbook.

Havaçeliği Atlam, D., & Coşkunol, H. (2019). Madde kullanım bozukluğu olanlara yapılan toplumsal damgalamayı azaltmada bir müdahale programının sonuçları. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 1(1), 43-46.

Jones, J. S., Fitzpatrick, J. J., & Rogers, V. L. (2012). *Psychiatric-Mental Health Nursing: An Interpersonal Approach*. New York: Springer Publishing Company. e-textbook.

Küçük Öztürk, G., & Çam, M. O. (2020). Şizofreni hastalarıyla komşu olan bireylerin perspektifinden: Şizofreni hastaları ve damgalama. *Sağlık ve Toplum*, 30(3), 110-7.

Kolb, K., Liu, J., & Jackman, K. (2023). Stigma towards patients with mental illness: An online survey of United States nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 323-336. <https://doi.org/10.1111/inm.13084>

Lyon, A. S., & Mortimer-Jones, S. M. (2021). The relationship between terminology preferences, empowerment and internalised

stigma in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 183-195. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1756013>

Malas, M. E. (2019). Ruhsal bozukluklara karşı stigma. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(1), 1201-1221.

Mejia-Lancheros, C., Lachaud, J., O'Campo, P., Wiens, K., Nisenbaum, R., Wang, R., Hwang, S. W., & Stergiopoulos, V. (2020). Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental illness. *PloS one*, 15(2), e0229385. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229385>

Misra, S., Jackson, V. W., Chong, J., Choe, K., Tay, C., Wong, J., & Yang, L. H. (2021). Systematic review of cultural aspects of stigma and mental illness among racial and ethnic minority groups in the United States: Implications for interventions. *American Journal of Community Psychology*, 68(3-4), 486-512. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12516>

Önder, D., & Keskin, G. (2023). Ruhsal bozukluğu olan hastalarda damgalanma ve suç. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 217-224. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.996965>

Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, A., Luo, L., & Perry, B. (2021). Trends in public stigma of mental illness in the US, 1996-2018. *JAMA Network Open*, 4(12), e2140202-e2140202. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40202>

Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the

nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>

Saillard, E. K. (2010). Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 14-24.

Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (Tenth Edit). Elsevier: <http://evolve.elsevier.com>. e-textbook.

Tan, G. T. H., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Ong, W. J., Wei, K. C., Verma, S. K., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2020). Mental illness stigma's reasons and determinants (MISReaD) among Singapore's lay public—a qualitative inquiry. *BMC Psychiatry*, 20, 1-13.

Mittelmark, M., Puska, P., O'Byrne, D., & Tang, K. (2020). *Ruh Sağlığını Güçlendirme Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar*. (Okan Taycan, & Bülent Coşkun, Çev. Ed.) Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.

Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., Vetter, S., & Rüsch, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), 209-212.
<https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>

Tyerman, J., Patovirta, A. L., & Celestini, A. (2020). How stigma and discrimination influences nursing care of persons diagnosed with mental illness: A Systematic Review. *Issues in*

Mental Health Nursing, 42(2), 153-163.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789788>

Yılmaz, M., & Cüceler, S. (2019). Alkol bağımlılığı ve damgalanma. *Bağımlılık Dergisi*, 20(3), 167-174.

<https://www.nami.org/Get-Involved/Pledge-to-Be-StigmaFree> (Erişim tarihi: 15/09/2024).

<https://www.nami-lv.org/about-us/stigma-busters/> (Erişim tarihi: 15/09/2024).

BÖLÜM II

Psikososyal Hemşirelik

Neslihan Gülşah İZGİ¹

Giriş

Sağlık, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak birbirini etkileyen üç boyuttan oluşan her biri birbiri ile bütün olan bir kavramdır. Hastalık ise içinde yaşamsal krizleri (kimlik, varoluş) barındıran çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle fiziksel hastalıkların birçoğunun oluş sebebinin psikolojik faktörler ya da bedensel sorunların organik veya psikolojik kökenli olarak ayrıştırılmaması tüm hastalara bütüncül bakış açısı benimsenmesi gerekmektedir (Kocaman,2005).

Hastane ortamı ve tıp alanında meydana gelen her bir yenilik ve gelişim hastalar ve sağlık çalışanları için yüksek strese sebep olabilir beraberinde yeni sorunlar ortaya çıkartabilir (Raines, 1989). Hastalık halinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmak

¹ Neslihan Gülşah İzgi, Develi Dr. Ekrem Karakaya Devlet Hastanesi, Kayseri/Türkiye, Orcid: 0000-0002-4977-0124, ng.izgi@hotmail.com

hemşirelerin buradaki amacıdır (Kocaman, 2005). Hemşirenin buradaki yardımı geleneksel bakış açısı yerine, bütüncül olarak birey, aile ve toplumun temel ihtiyaçlarına yönelen holistik bir anlayışı ve bakımı gerektirir. Fiziksel hastalığı olan hastalar ve ailelere yönelik bütüncül tanılama ve girişimler psikososyal bakımının yapısını oluşturur (Kocaman, 2005).

Hemşireliği gerçek ya da olası sağlık sorunlarına bireyin verdiği tepkilerin tanımlanması ve tedavisi olarak tanımlayan Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşireliğin odağının sağlık problemleri değil bireyin sağlık problemine göstermiş olduğu tepkiyi ele alması gerektiğini vurgulamaktadır. Hemşirelik biliminin odak noktasının bireyin sağlığa ve hastalığa verdiği cevabın değerlendirilmesi olduğu ve müdahalede bulunan bireyin tepkilerine odaklanması gerektiği önemlidir (Kocaman, 2006).

Hemşireliğin Psikososyal Yönleri

Hemşireler her gün psikososyal krizler ve hasta sorunlarıyla karşılaşmakta ve bu sorunlarla baş etmeye yönelik çözüm yolu bulmak zorundadırlar. Hemşireler sıklıkla hastalığına yönelik yoğun olarak duygusal tepkileri olan, hemşirelik bakımını güçleştiren kişilik tipleri, psikiyatrik bozukluğu olan hastalar ve hastanın hastalık veya hastaneye yatmaya yönelik gösterdiği tepkileri etkileyen stresler veya ailesel problemler gibi durumlarda bakım vermek zorunda kalmışlardır (Öz, 2014). Hastalığın duygusal alanları, sağlık bakımı ve sağlığına etki eden yaşam krizleri, ya da psikiyatrik problemleri ile baş edemeyen bireylere yardım etme uygulamaları psikososyal bakım içerisinde yer alır. Örneğin; bireyin psikiyatrik sorunları veya kederdeki problemleri hastalığına verdiği tepkiyi ya da sağlık bakım sisteminin müdahalelerini etkileyebilir (Öz, 2014).

Bakım Ortamları Yönetiminde Psikososyal Hemşireliğin Rolü

Psikososyal bakım çok boyutlu (bilişsel, duygusal, psikoseksüel vs.) olarak bireyin ihtiyaçlarını belirleme ve ihtiyaçlarına yönelik girişimler uygulama süreci olarak tanımlanmaktadır. Psikososyal bakımda amaç, hasta bireyin tanı ve tedavisine adaptasyonu, hastalığı boyunca ortaya çıkan psikolojik sorunlarıyla baş edebilmesi, hastalığıyla ilgili gerçekçi değerlendirmeler yapabilmesi ve kabullenmesi, problemleriyle adaptif bir şekilde baş etme becerisine sahip olması, yeniden önceliklerini belirleyip yaşam planı oluşturabilmesi, her zaman umut edebilmesi, kendisi, tedavi ekibi ve yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Aydemir & Çetin, 2019).

Hasta bireyin, verdiği duygusal tepkiler hastanede kalış süresini, hemşirenin bakım süresini, bireyin bakıma uyumunu etkileyebilir, fiziksel ve duygusal kaynaklarını boşaltabilir.

Bakım yönetimi ile;

- Hastanede kalış süresi azalır,
- Gereksiz kaynak kullanımı sınırlanır,
- Kısa zamanda önemli problemlerin belirlenmesini sağlar,
- Sonuç/çıktı temelli girişimlere odaklanmayı sağlar.

Hemşire hasta sorunları belirlendiği zaman, hastanın ihtiyaçlarına uygun kaynakların kullanımına karar verirken beceri kullanmaya ihtiyaç duyar. Hemşire;



Tıbbi tanısı aynı ya da benzer olan hastalar durumları hakkında farklı bakış açılarına sahip olabileceği için hemşirenin hasta bireyin hastalığının subjektif ve objektif yönlerini anlaması önemlidir (Kocaman,2006). Hemşire hastanın problemlerini belirleyip etkili bir şekilde girişimlerde bulunma becerilerine sahip olduğunda, hasta sonuçları/çıktıları geliştirilmiş olabilir ve hemşire memnuniyeti artırılabilir (Öz,2014).

Yaşam Döngüsü Konuları

Evreler ve krizler psikososyal gelişim içerisinde yer almakla beraber yaşamın her bir evresinde yeni değişimler yeni tecrübeler ve sorunlar meydana getirebilir.Yaşamda ortaya çıkan bir çok psikososyal sorun gelişimsel krizlerin tam olarak çözülememesi ya da olumsuz çıktılarla çözülmesinden köken almaktadır.Yaşam döngüsü içinde meydana gelebilecek depresyon ve suçluluk gibi sorunlar yaşamın her bir evresinde bireyleri farklı etkiler. Çocukluk çağı, ergenlik dönemi ve yaşlılık kısmen psikososyal işlevsizlik için

incinebilir zamanlardır. Hemşireler yaşam döngüsü içinde oluşan evreler ve krizlerin bireyler üzerinde neden olduğu etkilerin farkında olmalıdır (Öz,2014).

Psikososyal Hemşirelikte Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi psikososyal bakımda önemlidir.Özel hasta eğitimleri hemşireler uygulamaları içinde yer aldığı zaman hemşireler öğrenmenin psikososyal sorunlar üzerindeki etkisinin farkında olurlar. Örneğin, hastanın anksiyete düzeyini veya bozulan düşünce sürecini değerlendirme hem eğitimin zamanını hem de hemşirenin aktarmaya çalıştığı bilginin çeşidini etkileyecektir. Hasta eğitimi ile;

- Hastanın bağımsızlığı ve kontrolü artar,
- Tedavi planında hastanın ve ailesin katılımı artar,
- Olası duygusal değişimlere hastayı hazırlar,
- Hastanın baş etme becerisi kazanmasına yardımcı olur,
- Hastanın kendi tedavi ve bakımında daha fazla sorumluluk almasını sağlar,
- Hastanede kalış süresinin azaltılmasına yardımcı olur(Öz,2014).

Psikososyal Hemşirelikte Toplum Temelli Bakım

Bakımın sürekliliği sağlanması ve bir sonraki aşamasının planlanması ve hastanede başlayan bakımın evde hemşirelik bakımı olarak devam etmesi gereklidir.Bakımın bir sonraki düzeyinin planlanmasını hemşirelerin göz önünde bulundurması gerekir. Psikiyatrik deneyimi olan hemşirelerin evde sağlık hizmetleri

kadrosunda yer alması ve psikiyatrik evde bakım hemşireleri tarafından olası hemşirelik mşdahaleleri uygulanması gereklidir.

Bu mşdahaleler aşaşıda yer almaktadır,

- Krize mşdahale,
- İntihar riskini değerlendirme,
- Psikiyatrik ilaçların yşnetimi ve kan dşzeyini izleme,
- Uzun etkili enjekte edilebilir psikiyatrik ilaçların yşnetimi,
- Danışmanlık ve eğitim,
- Hasta ve ailesinin baş etmesinin değerlendirilmesi,
- Gşvenlik değerlendirmesi,

Ayrıca olası hemşirelik mşdahaleleri ile hastaların psikotrop ilaçlara tepkilerini, ilaçlara tepkilerini, konfşzyonunu, psikotik davranışını ve intihar riskini değerlendirmede yardımcı olabilirler (Öz,2014).

Hastalığa Psikososyal Yanıt

Çoğu hastalığın meydana getirdiği psikolojik etkiler nedeniyle hastalık bireyi tehdit eder ve bireyde bir çok duyguya neden olabilir (Öz,2014). Subjektif bir kavram içerisinde yer alan hastalık, her birey için farklı tecrşbe edildiği için bireylerin hastalığa yanıtıda farklıdır. Hastanın psikolojik břtřnlřęřnř korumak için ortaya çıkan tşm bilişsel, emosyonel ve davranışsal yanıtları hastalık nedeniyle ortaya çıkan psikososyal tepkilerin içerisinde yer alır (Kocaman,2006).

Geçmiş yaşam deneyimleri, bireyin baş etme stratejileri ve kişiliği, bireylerin hastalığa verdiği tepkiyi etkiler. Kronik hastalıkların dayanılmaz şekilde ağrı ve kanama gibi yaşamsal riske sebep olabilen fiziksel semptomlarının yanı sıra anksiyete, suçluluk, öfke, uyku yoksunluğu ve spiritüel distres gibi psikolojik yanıtlar da eklenmektedir. Hastalığa verilen bu psikolojik yanıtlar fiziksel semptomların daha da kötüleşmesine neden olabilir (Dedeli & Akyol,2008).

Hastalığa uyum çabaları ve tepkileri ile ilgili değişkenler

Hastalığa dair özellikler: Tanı, genel durum bozukluğu, yerleşim yeri, uygulanan tedaviler, ağrı olması gibi özellikler içerir.

Hastaya dair özellikler: Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kültürel yapı, kişilik yapısı, kullandığı savunma mekanizmaları, hastalık öncesindeki adaptasyon düzeyi gibi özellikler yer alır.

Sosyal çevre:Aile yapısı, arkadaş desteği, destek sistemlerinin ulaşılabilirliği, rol işlevlerinde bozulma (eş, anne-baba, çalışan biri), bozulan işlevlerin yakın çevre tarafından tamamlanabilme düzeyi gibi özellikleri içerir (Mete,2008).

Hemşirenin fiziksel semptomları olan hastaya psikososyal bakım verebilmesi için hastanın verdiği tepkileri belirlemesi ve psikososyal tepkilerini etkileyen faktörleri bilerek hastayı değerlendirmesi gereklidir(Kocaman,2006). Ortaya çıkan tüm davranışlar iletişim gereksinimleri için bir girişimdir. Bireyin motivasyonunun altında yatan gereksinimi belirleyerek tanımlamak, uzlaşma için bir ilk basamak olabilir. Bireyin sahip olabileceği motivasyonu incelemeye başlamada Maslow'un Gereksinimler Hiyerarşisi bir çerçeve sunar. En temel fizyolojik seviyede başlayan

gereksinimlerin her bir tipinin, bir sonraki düzeye geçmeden önce karşılanması gerekir (Öz,2014).

Hastalarda Belirlenen Psikososyal Sorunlar

Adaptif veya maladaptif olarak hastalarda genel olarak ortaya çıkan en yaygın **emosyonel ve davranışsal tepkiler**;

Emosyonel Tepkiler	Davranışsal Tepkiler
Anksiyete, korku, öfke, Güç-güçsüzlük, Üzüntü ve keder, Yetersizlik, başarısızlık, Utanç, Suçluluk, Umut-umutsuzluk, Rahatlamadır.	Destek arama, Zorlayıcı yaşam olayı sonrası gelişim, Kendi sağlığı ve hastalığı hakkında uzman olma, Gizleme, Yalnızlık, Sosyal geri çekilme veya izolasyon, Tedavi planına uyumsuzluk veya tedaviyi reddetmedir (Kocaman,2006).

Akdemir ve arkadaşları (2011) çalışmasında hastalarda ortaya çıkan psikososyal sorunların, üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşamına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif durum ve sosyal izolasyon olduğunu belirlemiştir (Akdemir & ark.,2011).

Hastalığa Verilen Yanıtta Anahtar Konular

1.Benlik Saygısında Değişim

Benlik saygısı, bireyin kendi değerine yönelik kişisel yargısı tanımlanır ve kişinin kişisel hedeflerine ulaşmasıyla artar. Benlik saygısı yüksek olan kişiler kendisinin olumlu ve olumsuz yanlarını kabul eder ve diğer bireyler tarafından da saygı duyulup sevildiğini bilir. Kader üzerindeki kişisel kontrol algısıdır. İçsel ve dışsal faktörler yaşamımız boyunca benlik saygısını etkileyebilir. Örneğin, hastalık benlik saygısını tehdit edebilirken, okuldan mezun olmak olumlu benlik saygısını artırır (Öz,2014).

2.Beden İmajında Değişim

Beden imajı, kişinin kendi bedenini zihninde nasıl algıladığıdır. Kişinin bütün olarak bedeniyle ilgili duygu ve düşüncelerini, işlevlerini, bedeniyle ilişkilendirdiği içsel ve dışsal algılarını önemli olarak etkiler. Kişinin kendi bedeniyle ilgili inancı beden imajını etkiler. Örneğin, dış görünümünü değiştirmek için kozmetik operasyon arayışında olan kişiler bunun bir kanıtıdır. Kişinin beden imajı birçok faktöre bağlı olarak sürekli olarak değişebilir. Hastalık, cerrahi, kilo kaybı veya kazancı, amputasyon, kolostomi ve diyaliz gibi ekipmanlara bağımlı olma durumu kişinin kendi görünümü üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilir ve beden imajını etkileyen dış değişikliklere örnek olarak verilebilir. Kişinin beden imajında meydana gelen değişim, benlik saygısında azalmaya ve muhtemelen depresyona neden olabilir (Öz,2014).

3.Güçsüzlük

Kişinin kendisiyle ilgili yada bazı olaylarla ilgili algıladığı kişisel kontrol eksikliğidir. Kişisel kontrol duygusunun olmaması

kişinin kendi etkinliği ile ilgili görüşünü olumsuz etkileyebilir. Kişinin hastaneye yatınca elbiseleri yerine hastane kıyafeti giymesi yeni bir role bürünmesi bu yeni rol içinde bir güçsüzlük duygusu oluşturabilir. Hastanın doktor tedavisine karşı direnmesi, tedaviyi reddetmesi hastanın kontrol duygusunu sürdürmek istediğini ve güçsüzlük duygusu ile mücadele ettiğini gösterir (Öz,2014).

4.Kayıp

Gerçek ya da potansiyel kayıplar, bir kişinin değer verdiği herhangi bir şeyin ulaşılmaz duruma gelmesi ya da bunun için tehdit edilmesidir. Bizim birisi ya da bir şey için duygusal yatırımımız varsa, her zaman onu kaybetmeye karşı hassasızdır. Bu bir beden kısmı ya da işlev kaybını da içerebilir. Kayba verilen yanıtın derecesi, kayıp her ne olursa olsun, bireyin verdiği değerın miktarına dayalıdır. Kayba uyumsal olmayan tepkiler öfke, suçluluk, depresyon ve olası intihar düşünceleridir (Öz,2014).

5.Umitsuzluk

Kişinin bireysel olarak problemleri ile baş edebilmek ya da arzu ettiği amaçlarına ulaşabilmesi için, hiçbir alternatifi veya kişisel seçimleri görmediği sürekli öznel bir durumdur. Umut olmadan kişide yeterli enerji olmaz ve kişi harekete geçemez, yeni fikirlerin farkına varamaz ya da yardımı kabul etmez. Kişideki umut eksikliği karşı konulamaz bir kontrol kaybından gelişebilir, umutsuzluk çaresizlik, savunmasızlık, apati ve depresyon gibi durumlarla ilgilidir (Öz,2014).

6.Suçluluk

Suçluluk, bazı gerçek ya da algılanan eylem için kendini suçlama ve pişmanlıktır. Aile üyeleri, aniden, çok uzun süredir görmedikleri bir hastanın bakımına dahil olduklarında, suçluluk davranışları gösterebilir. Örneğin, aile üyelerinin hasta etrafında koşuşturan davranışları ya da personele çok sayıda istekte bulunmaları suçluluk duygusunun göstergesi olabilir (Öz,2014).

7.Anksiyete

Anksiyetede bireyde hoş olmayan bir gerginlik ve endişeye sebep olan ilkel ve evrensel duygudur. Düşük ile orta seviyedeki anksiyete, öğrenme ve faaliyetleri artırabilir. Bilinçdışı kendilik, bizi bu rahatsızlıktan korumaya çalıştığı için, daha şiddetli anksiyete, savunma ya da baş etme mekanizmaları kullanılarak azalabilir (Öz,2014).

Baş Etme Mekanizmaları

Herhangi bir sorun veya stresörün üstesinden gelmek için kişinin bilinçli olarak kullandığı yöntemlerdir. Kullanılan bu yöntemler kişide davranış değişikliğine neden olabilir. Yüksek düzeyde duygusal ve ego gelişimi içerirler (Öz,2014). Bireyin hastalıkla baş etme şekli onun psikososyal olarak hastalığa verdiği tepkilerini etkiler.Kişinin baş etme şekli zamanla değişebilen dinamik bir süreçtir (Kocaman,2008).

Bireylerin fiziksel hastalıkları olduğunda en çok kullandıkları baş etme biçimleri,

- Sorunları başkalarıyla konuşma ve diğer insanların görüş ya da soruna yaklaşımlarıyla ilgili yeni anlayışlar kazanma,

- Ağlama, bağırma ya da gülme yoluyla yoğun duygu ifadesinde bulunma,
- Arkadaşlar, sevilen yiyecekler, sigara, değerli nesneler vb.den konfor arama,
- Zor bir durumu tamamen kabul etmekten kaçınır bir şekilde gerginliği boşaltmak için mizah kullanma,
- Gerginliği gidermek için egzersiz yapma veya el emeği performans gösterme
- Problem çözümü için bir seri strateji ve adım adım yaklaşımları kullanarak problem çözme,
- Sorunlardan kaçmak ya da kurtulmak için uyuma,
- Üzücü durumlardan kaçınma, örneğin bir çatışmayı önlemek için “hastayım” bahanesi uydurmak (Öz,2014).

Kronik Hastalıklarda Görülen Psikososyal Sorunlar

Tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın düzeyini en aza indirmek ve kendi kişisel bakımında hastanın sorumluluk alması ve etkinliğini artırmak için düzenli olarak destek ve bakım ihtiyacı gerektiren durumlar kronik hastalık olarak adlandırılır (Taşçı & Özdemir,2013). Psikososyal sorunlar kronik hastalıklarda sıklıkla görülmekle beraber en çok görülen sorunlar arasında ; üzüntü, endişe, korku, çaresizlik, ümitsizlik, inkar, itaatsizlik, saldırganlık, öfke, anksiyete, depresyon, beden imajı ve benlik saygısında azalma, aile ve sosyal rollerin kaybı, özgüvenin azalması, bağımlılıkta artma, sosyal izolasyon ve intihar girişimi riski gibi

sorunlar yer almaktadır (Buldan & Kuzu,2018; Taşçı & Özdemir,2013). Birçok kronik hastalık grubunda psikososyal sorunlar görüldüğü çalışmalarla ortaya konulmuştur.Bunlar arasında; kanser, kalp-damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, deri hastalıkları, diyabet gibi hastalıklar yer almaktadır (Kömürcüoğlu & ark., 2000; Çam & Saka., 2006). Psikososyal sorun görülme riski diğer kronik hastalıklardan daha yüksek olan gruplar ise;sakatlıklar, kronik akciğer hastalıkları, nörolojik hastalıklar, kalp hastalıkları, , kanser ve artritlerdir (Mete, 2008).

Kronik hastalıklar neticesinde ortaya çıkan yaşamsal krizlerle baş etmekte sorun yaşayan bireylere destekleyici uygulamalar psikososyal bakım içinde yer alır.Hemşire hastaya sunduğu psikososyal bakımda; hastanın ve ailesinin yaşamında meydana gelen davranış değişikliklerine adaptasyonunu sağlamak, ortaya çıkan olumsuz durumları önlemek ve hasta ve ailesinin hastalığa yönelik baş etme stratejilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmayı amaçlamaktadır (Taşçı ve Özdemir,2013). Bireylerin hastalığına ve durumuna uyumunda hemşireler, her hastanın kendine özgün streslerine uyumunu sağlamak için sorumluluğa sahiptir. Hastanın bütünlüğünü sürdürebilmesini belirlemek, hastanın baş etme becerilerini belirlemesi, maksimum performansını saptaması hemşireye bu sorumluluğu karşılarken yardım edecektir (Aydemir & Çetin,2019).

Kronik hastalıklar ve tedavi sürecinde ortaya çıkan birçok psikososyal sorunlar, yalnızca hasta için değil ailesi için de destekleyici psikososyal bakım girişimlerini gerektirmektedir. Hastaların psikososyal bakım becerilerinin geliştirilmesi , bakımın uygulanması, hasta ve ailesini bütüncül olarak bakıma dahil etmeyi

sağlar ve bu sayede de hemşirelerin mesleki olarak tatminini artırır (Kocaman,2008; Aydemir & Çetin 2019).

Hemşirelerin hasta bireylerin kronik hastalıklarına adaptasyon sürecinde sorumlulukları şu şekilde sıralanabilir:

- Hemşireler hastalara ihtiyacı olan bilgiyi vereceği zaman bilgili,yetkin ve güven veren iletişim kurmalı,
- İletişim esnasında yargılayıcı olmamalı, terapötik iletişim tekniklerini kullanmalı.
- İletişim de sözlü, sözsüz ifadelerine ve davranışsal tepkilerine dikkat etmelidir.
- Hastaya soru sorduğunda hastanın duygularını rahatça ifade etmesini sağlayan açık uçlu sorular yöneltilmelidir.
- İletişim kurmanın en önemli yolu dinlemedir, hemşire hastayı öncelikle etkin bir şekilde dinlemelidir.
- Hastayla iletişim kurulmadan önce hasta hakkında yeterli düzeyde durumuyla ilgili farklı kaynaklardan bilgi toplamalı (duyu kayıpları vb.) ve iletişim sırasında oluşabilecek olumsuz durumlara karşı dikkatli olmalıdır.
- Hastanın ihtiyacı belirlenip eksik olduğu alana yönelik bilgi eksikliği giderilmelidir.
- Hastaların soru sorması ve beklentilerini ifade etmeleri için fırsat verilmelidir.

- Hastayla ilgili alınacak her kararda hasta bireyinde karara katılımı sağlanmalıdır.
- Stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.
- Düzenli aralıklarla bireylerin psikososyal durumları değerlendirilmeli, ihtiyaç halinde davranışçı yöntemler, bilişsel terapi ve aile terapisi gibi konularda profesyonel destek almaları için cesaretlendirilmelidir (Topbaş & Bingöl,2017).

Psikososyal Beceriler

Psikososyal bakım sağlamak, psikososyal olarak hastayı değerlendirme becerilerini, hastanın mental olarak muayenesi ve terapötik iletişimi kullanmayı gerektirir.

Psikososyal Hemşirelik Değerlendirmesi

Hastada psikososyal sorunların belirlenmesi, tanı ve tedavi aşamasında izlenen yol üzerinde etkilidir.Bu süreçte hemşirenin hastayı psikososyal olarak iyi bir şekilde değerlendirmesi ile hastanın ihtiyaçları, sorunları, oluşabilecek potansiyel sorunların tanımlanması ve oluşabilecek daha ciddi problemler açısından yüksek risk teşkil eden hastaların belirlenmesini sağlar. Hemşirenin tam olarak psikososyal değerlendirme yapabilmesi, birçok beceri kullanması ile mümkündür. Hemşirenin kullanacağı ilk beceri hasta ile adaptasyon sağlayarak ilişkinin oluşturulmasıdır. Hastanın ne söylediğine ilgi göstermek, uygun sorular sormak ve gözlemler yapmak hastanın durumunu anlamasına ve kişisel bilgilerini ortaya koymasına yardımcı olur.Hastanın psikososyal olarak değerlendirilmesinde, hastanın fiziksel belirtilerinden çok, hastalığın

hasta ve yakınları üzerindeki etkilerine yoğunlaşır (Öz,2014). Hasta ve ailesinin baş etme mekanizmalarının geliştirilerek hastalığa adaptasyonlarının artırılması psikososyal tedavi ve bakımda en önemli noktadır (Yıldırım & Gürkan 2010).

Psikolojik bakımın ilk düzeyi:

Psikososyal problemlerin en aza indirgenmesi için temel ihtiyaç temel iletişim ve tanılama becerilerini içeren iyi bir iletişimdir (Kocaman,2005). Hemşirenin hastayla kuracağı ilişkide iletişimin iyi olması hastanın bilgisini, anlamasını ve hatırlamasını arttırarak anksiyeteyi azaltır, hastanın sağlık önerilerine uyumunu sağlar bakımla ilgili memnuniyeti artırır. Hastayla kurulan iletişimde ilişki güvene dayalı olmalı, hastaya karşı açık, dürüst, anlayışlı ve saygılı davranılması gerekirken diğer yandan hastanın sözsüz iletişimindeki davranışlarına da dikkat edilmelidir. Hastanın kendi sağlık bakımına aktif bir şekilde katılımında yardımcı olunmalı ve kendi sağlığının yönetimi konusunda cesaretlendirilmeli, açık uçlu sorular sorularak hastanın fikirleri araştırılmalı, sorularını tartışması için fırsat yaratılmalıdır (Kocaman,2005; Özdemir & Taşçı,2013).

Psikososyal bakım uygulamasında önemli bir yere sahip olan **aktif dinleme**; kişinin sözsüz davranışlarının gözlemlenmesi, sözlü olan mesajları dinlemek ve anlamak, bireyin yaşam içerisindeki sosyal alanın içeriğini anlamasını, hemşirenin hasta için hem fiziksel hem de duygusal olarak ‘orada’ olmasını gerektirir(Varcarolis, 1998; Kocaman, 2005).

Terapötik dokunma iletişimde önem bir yere sahiptir. Yaşanılan sürecin zor olduğunun anlaşıldığının ve kabul edildiğinin hastaya hissettirilmesine yardımcı olur (Kocaman, 2005). Dokunma,

yargısız bir tutumla, hastaya güven veren kabullenici bir ilişkiyi kolaylaştırır ve hastanın duygularını, düşüncelerini, hissettiklerinin serbestçe paylaşmasını sağlar (Aydemir & Taşçı,2013).

Hastayla kurulan ilişkide, görmeksizin bakmaktan, işitmeksizin dinlemekten, hissetmeksizin dokunmaktan, farkında olmaksızın davranmaktan, anlamaksızın konuşmaktan sakınılmalıdır.

Psikososyal bakımda diğer önemli bir beceri **‘bilgi verme’** dir. Hasta bilgilendirilmeden önce hemşirenin hastayla ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olması, hastanın neyi bildiği, neye ihtiyaç duyduğu, eksiklikleri, yanlışlıkları ve beklentileri belirlenmelidir. İletişim esnasında hastanın soru sorması için fırsat verilmeli, bilgi verileceği zaman sözel bilginin yanında yazılı dökümanlarında verilmesi, görüşmenin başında ve sonunda verilen bilginin tekrarlanması, sağlık personelleri arasında görüş birliği olması gereklidir (Kocaman,2005).

Psikolojik bakımın ikinci düzeyi:

Terapötik teknikleri içeren iletişimin kurulması, stresle baş etmeye yönelik olarak hasta ve ailesinin baş etme becerisinin artırılması, duygularını ifade etmesi için desteklenmesini içerir. Hastalarla güvenli bir ilişki ve iletişim sağlamak için rahat edebilecekleri güvenli bir ortam oluşturmaları gerekir.Hasta ve ailesini hastanın bakım yönetimine aktif bir şekilde dahil olması psikososyal problemlerin yönetiminin önemli bir parçasıdır. Hasta, hastalığı veya hastane yatışı sonrasında günlük hayatında kullandığı baş etme becerilerini kullanmayabilir veya kullandığı yöntemler etkisiz olabilir. Bu yüzden önce hastanın kullandığı baş etme

becerileri belirlenmeli, adaptif ve etkili baş etme becerilerini kullanması öğretilmelidir (Kocaman, 2005).

Psikolojik bakımın üçüncü düzeyi:

Bakımın üçüncü düzeyi sorun çözme becerilerinin yanında amaç yönelimli ve kısa süreli (anksiyete kontrolü, psikoeğitim) özelleşmiş becerileri içerir. Bazı psikolojik sorunları olan hastalarda hemşirelerin yeterli düzeyde olmalarını gerektirir. Uygulamanın bu düzeyinde, hasta ve ailesi ile doğrudan veya dolaylı olarak uzman klinik hemşire, konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşiresi, psikolog, sosyal çalışmacı ve psikiyatrist hizmet verebilir. Hastalarda anksiyeteyi azaltmaya yardımcı olan gevşeme ve solunum egzersizi gibi özelleşmiş teknikler anksiyeteyi azaltmakla birlikte anksiyetenin olumsuz (kas gerginliği tremor, parestezi ve) sonuçlarının da azaltmayı sağlar ve hastanın semptomlarının yeniden tekrarlanmasını önlemeye yardımcı olur. Gevşeme egzersizleri ile hastanın kendi bedeninde ve yaşamının yönetiminde kendi kontrolü olduğu inancını geliştirmeyi sağlar. Stresle ilgili sorun yaşayan bireylerde gevşeme tekniklerinin etkili olduğu bilinmektedir (Kocaman, 2005; Özdemir & Taşçı, 2013).

Psikolojik bakımın dördüncü düzeyi:

Davranışçı yöntemler, bilişsel terapi, aile terapisi gibi psikolojik tedavileri içeren yaklaşımlar olduğu için terapistin özelleşmiş bir alanda eğitim almış olması ve alanında uzman olan terapistten danışmanlık alması gereklidir (Kocaman, 2005; Özdemir & Taşçı, 2013).

Diğer Psikososyal Beceriler

Kabullenme:

Hastanın duygu ve davranışlarına ilgi göstererek, onun duygu ve düşüncelerini dinleyerek fikirlerini aynı fikirde olmasak bile kabul ederek değerli olduğu mesajını iletme, benlik saygısını güçlendirir.

Güven Oluşturma:

Hastanın önem verdiği konulara dikkat edilerek destek sağlanması duygusal güvenliği güçlendirir ve hastanın anksiyetesini azaltmaya yardımcı olur.

Benlik Saygısını Arttırma:

Hastanın olumlu özellikleri ve becerilerine odaklanmak, başarılı olduğu beceri ve yeteneklerini göstermesi için fırsat yaratmak, duygusal destek olmak ve güven oluşturmak benlik saygısının arttırmaya yönelik tekniklerdir. Benlik saygısının artması hastaya kontrol ve umut duygusu verir.

Duyguları İfade etme:

Hastaların duygularının rahatlıkla ifade edebilmesi için kendini güvende hissettiği ortam sağlanması hem hemşire hasta arasındaki terapötik iletişimi artırma hem de hastanın sorunları ile baş etmesine izin verme için gereklidir.

Rol model olma:

Hemşire kabul edilebilir bir şekilde hastaya belli bir davranışı gösterebilir ya da rol model olabilir. Etkin bir davranışı gören hasta nasıl uygulayacağını anlamaya ve davranışı taklit etmeye çalışır.

Hemşire, sağlıklı beslenerek, sigara içmeyerek bireyin sağlıklı yaşam stilini benimsemesine yardımcı olur.

Rol Oynama/ Play:

Bir duruma yanıt vermede diğer yöntemleri eyleme dökmektir. Bu, kendine güvenme gibi uygun tepkiler vermek ya da bir başka kişinin bakış açısını bireyin kendisinin veya başkasının anlamasını arttırmak için yapılabilir.

Stres Yönetimi:

Stresi yaşamın bir gerçeği olarak kabul etme ve onu özel test edilmiş tekniklerle yönetme, anksiyete duygusunu azaltabilir. Yaygın stres yönetimi teknikleri, derin nefes alma, egzersiz, kafeinden kaçınma, fiziksel müdahaleler, 10'a kadar sayma, ilave stresörlerden kaçınma, olumlu tutumu sürdürme ve duygusal destek arama gibi psikolojik müdahaleleri içerir.

Kendine Güvenme/Atılganlık:

Başkalarının haklarını ihlal etmeden kendi doğruları için bireysel olarak ayakta durmaya yönelik davranışsal tekniklerin kullanımını içerir.

Sınır koyma:

Hastanın uygun olmayan davranışları olduğu zaman ceza yerine kullanılan, bir davranış değiştirme formudur. Davranışlar üzerinde sınır koymak için, hastadan beklenen davranışları açık olarak belirlememiz ve buna uymadığında sonuçlarının ne olacağını belirtmemiz gerekir. Hastanın uygunsuz davranışlarına uygun sınırlar koyulmaz ise, bu davranışın devamlılığı artar.

Daraltma (De-escalation):

Anksiyeteyi azaltmak ve bireyin anksiyeteye verdiği saldırgan davranış gibi duygusal yanıtları sakinleştirmek için kullanılır. Hastayı o ortamdan uzaklaştırma ve uygun tıbbi tedavi ve fiziksel tespitin kullanımındır.

Yüzleştirme:

Diğer kişinin tutarsızlıkları veya uygunsuz davranışları tanımalarına yardımcı olmak için düzenlenmiş bir sözlü mesajdır. Bu hastanın iç gözü kazanmasına yardımcı olabilir. Bazen de meydan okuma krize neden olabileceği için bu teknik kullanılmadan önce bir uzmana danışılmalıdır.

Empati:

Hemşirenin, iletişim sırasında hastanın kendisiyle paylaştığı duyguları, nasıl hissettiğini anlamasıdır.

Sessizlik:

Bazen birkaç dakika hiçbir şey söylememek, kelimelerden çok daha fazla şey anlatır. Sessizlik, destek ve kabul gösterir, hastanın kendini toparlaması için zaman verir.

Gevşeme teknikleri:

Hemşire, derin nefes alma, hayal etme, kas gevşemesi gibi gevşeme tekniklerini kullanabilir (Tuncer & Demiralp ,2014).

Sonuç

Sağlık hizmeti; hasta odaklı, bütüncül boyutları içinde barındıran anlayışa sahip, bilimsel bilginin uygulama alanına yansıdığı, hasta ve personel için güvenli ortamın oluşturulduğu, sağlık personellerinin kendini bulunduğu kuruma ait ve iş doyumunu

hissettiği ve hem personellerin hem de hasta bireylerinin kendini iyi hissettiği bir kültürde gerçekleştiği zaman hedefine ulaşacaktır. Bu hedefe ulaşmada önemli hemşirelik becerisinden birisi de psikososyal bakımdır. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, hastalığın ortaya çıkardığı etkilerin yönetilmesi için etkili olarak profesyonel-hasta-aile üyeleri arasında iletişimi kurma, gerekli bilgiyi verme, pozitif bakış açısını destekleme, stresi azaltmak için etkili yollar öğretme, adaptif baş etme stratejileri ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine uyması için cesaretlendirme ve destek olma konularında hasta ve aile üyelerine yardım etmede önemli sorumlulukları vardır (Aydemir & Çetin, 2019). Psikososyal bakımda kronik hastalığı olan bireyler de ise hemşirenin sorumlulukları arasında hasta birey ve aile üyelerinin yaşam tarzında meydana gelen değişime uyumunun sağlanmasına yardımcı olma, yararlı olmayan uyumsuz davranışları önleme, hasta ve aile bireylerinin baş etme stratejilerinin geliştirilerek hastalığa uyumlarının artırılmasıdır (Yıldırım & Gürkan, 2010; Taşcı & Özdemir, 2013).

Hemşire, hastaların psikolojik durumlarını ve iyilik halini aralıklı olarak değerlendirilmeli, geçerli ölçümlerle test etmeli, iletişim teknikleri ve tanılama becerilerini etkili kullanmalı, hasta bireyle terapötik iletişim kurabilme becerisini geliştirebilmelidir. Bazı özelleşmiş teknik ve becerilerde (anksiyete ile baş etme, sorun çözme) kendini geliştirmelidir.(Young & Unachukwu 2012; Taşcı & Özdemir, 2013). Çözüme ulaşması zor olan konularda KLP hemşiresi ve diğer tedavi ekibiyle iş birliği içinde olmalıdır (Taşcı & Özdemir, 2013).

Kaynaklar

Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., & Canlı Özer, Z.(2011). Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Bakım Hizmeti. *Dicle Tıp Derg / Dicle Med J* , 38(1): 57- 65. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2012.04.0184>

Aydemir, T., & Çetin, Ş.(2019). Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. *Journal Anatolian of Medical Research.JAMER*,4(3):109-115.

Buldan, Ö, & Kuzu Kurban, N.(2018). Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri İle Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *DEUHFED*, 11(4): 274-82.

Çam, O., Saka, Ş., & Gümüş, A. B.(2009). Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, (5)12: 73- 84.

Dedeli, Ö., & Durmaz, Akyol.(2008). A.Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*,12(1-2):26-32.

Kocaman, N.(2005). Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1): 49- 51.

Kocaman, N.(2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.11: 1.

Kömürcüoğlu, B., Balcıoğlu, M., Öztuna, I., Büyüksirin, M., Işık, E., & Perim, K.(2000). KOAH' lı Erkek Olgularda Depresyon. *Toraks Dergisi*,1(3):31- 4.

Mete, H.E.(2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*,11(Ek 3):3-18.

Öz, F. & Demiralp, M. (2014). *Genel Hasta Bakımı için Psikososyal Hemşirelik*. (3.Basım).Ankara:Akademisyen Yayıncılık.

Özdemir, Ü., & Taşcı, S.(2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fa-kültesi Dergisi*,1(1): 57-72.

Raines, M.L. (1989). *Psychiatric Liaison Nursing: Psychiatric Mental Health Nursing*. LM Birckhead (Ed), J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

Topbaş, E., & Bingöl, G.(2017). Psikososyal Boyutu İle Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*,1 (12): 36-42.

Varcarolis, E.M.(1998). Foundations of psychiatric mental health nursing. USA: Saunders Company;1998: 181-204.

Yıldırım, S. & Gürkan, A.(2010). Psikososyal Açıdan Kanser ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (1): 87-97.

Young, E. E., & Unachukwu, C. N.(2012).Psychosocial aspects of diabetes mellitus. *African Journal of Diabetes Medicine*, 20 (1): 5-7.

<https://www.africanjournalofdiabetesmedicine.com/articles/psychosocial-aspects-of-diabetes-mellitus.pdf>.

BÖLÜM III

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Ruh Sağlığı Eylem Planının Ülkemiz Hemşireliği Yönünden İncelenmesi

Ejdane COŞKUN¹
Kübra TOHUMCU²

Giriş

Ruh sağlığının teşviki, ruhsal bozuklukların önlenmesi ve tedavisi; bireylerin, ailelerin, işçilerin ve toplulukların yaşam kalitesini, refahını ve üretkenliğini korumak ve geliştirmek, böylece bir bütün olarak toplumun gücünü ve direncini arttırmak için temeldir. Bu hedefler doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesini amaçlayan bir eylem planı yürürlüğe koymuştur. DSÖ Avrupa Bölgesi, Avrupa

¹ Öğr. Gör. Dr. Ejdane Coşkun, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Osmaniye/Merkez, Orcid: 0000-0002-1989-5671, ejdanecoskun@gmail.com

² Dr. Kübra TOHUMCU, Adıyaman Besni Devlet Hastanesi, Adıyaman/Türkiye, Orcid: 0000-0001-7878-2012, Kubratohumcu0203@gmail.com

Komisyonu ve Avrupa Konseyi Üye Devletleri 12 Ocak 2005 ve 15 Ocak 2005 tarihleri arasında Helsinki’de gerçekleştirilen Sağlık Bakanları ya da temsilcilerinin katıldığı Avrupa Bölgesi Bakanlar toplantısında Avrupa Ruh Sağlığı Deklarasyonunu imzalayarak ülkelerindeki ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmek için taahhütte bulunmuşlardır (DSÖ-ARSEP, 2024)

Bu taahhüdü temel alan ve Avrupa Bölgesi'nin gelişen ruh sağlığı ihtiyaçlarına yanıt veren DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Bölgedeki ruh sağlığının önde gelen katılımcıları ile yakın iş birliği içinde bu Eylem Planını geliştirmiştir.

Mayıs 2013'te 66. Dünya Sağlık Asamblesi, “2013-2020 Ruh sağlığı eylem planını” kabul etti. Bu eylem planı, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi ile uyumunu sağlamak için 72. Dünya Sağlık Asamblesinde 2030'a kadar uzatıldı. Eylem Planı, sağlık ve esenlik için yeni Avrupa politika çerçevesi Sağlık 2020'nin değerleri ve öncelikleriyle tamamen uyumludur ve vizyonuna ulaşılmasına katkıda bulunur. Avrupa sağlık ve esenlik politikası olan Sağlık 2020, sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve sağlık için yönetimi iyileştirmek için hükümet ve toplum genelinde eylemleri desteklemeyi amaçlamaktadır. Ruh sağlığını geliştirme programlarını güçlendirmek ve ruh sağlığı ile ilgili yeni zorluklara uyum sağlamak için daha fazla araştırma yapmak açısından harekete geçilmesi gerektiği çağrısında bulunuyor (WHO, 2015)

Ruh sağlığı ve refahının geliştirilmesi ve korunması, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamına dahil edilmiş halk sağlığı öncelikleridir. Hedef 3.4; özellikle akıl sağlığını hedefler, bulaşıcı olmayan hastalıkların neden olduğu erken ölümleri 2030

yılına kadar önleme ve tedavi yoluyla üçte bir oranında azaltmayı ve akıl sağlığı ve refahı geliştirmeyi hedefliyor (Mental Health, 2024).

Birleşmiş Milletler Engelli Bireylerin Haklarına İlişkin Sözleşme'ye (2008) bağlıdır ve Avrupa Ruh Sağlığı ve Esenlik Pakti'nin sonuçlarını birleştirmiştir. Eylem Planı, eşitlik ve cinsiyet, sosyal ve sağlık belirleyicileri, risk faktörleri, çocuk ve ergen sağlığı ve sağlıklı yaşlanma, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve sağlık sistemleri dahil olmak üzere diğer DSÖ programlarıyla yakından ilişkilidir ve her biri iyilik için tüm potansiyele ve faydalara ulaşmak amacıyla ortak çalışma gerektiren planlar ve eylemler üretir. Bu Eylem Planı yaşam boyunca madde kullanım bozuklukları dışında ruh sağlığı ve ruhsal bozuklukları kapsamaktadır. DSÖ Avrupa Bölgesi üyesi ülkelerin sağlık bakanları tarafından, Avrupa Ruh Sağlığı Deklarasyonu kapsamında Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı onaylanmıştır.

Eylem planının her ülkenin kendi gereksinimleri ve kaynaklarına uygun hazırlanması ve uygulanması, hedeflerin tüm toplumun sağlığının optimal düzeye ulaşmasını sağlayacak ruh sağlığı etkinliklerini yürürlüğe koyacak politikaların ve yasaların geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi; sorunlarının önlenmesi ve ruh sağlığı sorunları olan insanların topluma kazandırılması ve işlevselliğinin sağlanmasını desteklemiştir. (WHO, 2015).

Önümüzdeki on yıl için belirlenen öncelikler şunlardır:

- Optimal ruh sağlığına yönelik bilinci geliştirmek.
- Eşitsizlik, ayrımcılık ve damgalama ile mücadele etmek, ruh sağlığı sorunları olan bireyleri topluma

kazandırmak için yetki vermek ve desteklemek, etkili olarak katılımını sağlamak.

- Bütüncül ruh sağlığı hizmeti sunmak için etkili sistemler tasarlamak ve uygulamak, etkili olabilen uzmanlaşmış işgücü oluşturmak.
- Ruh sağlığı hizmetlerin planlanması ve geliştirilmesinde önem arz eden hizmeti kullanan bireylerin ve hasta yakınlarının deneyim ve bilgilerinden haberdar olmak. (DSÖ-ARSEP, 2024).

RUH SAĞLIĞI İÇİN AVRUPA DEĞERLERİ VE VİZYONU

Avrupa Bölgesinde yaşayan insanların ihtiyaçları ve istekleri tarafından bilgilendirilen ve temel insan hakları, hizmet kullanıcıları ile bakım verenlerin deneyimleri rehberliğinde, bu eylem planına ilham veren üç tamamlayıcı değer ve bunlara eşlik eden vizyon vardır (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005)

- (a) **Adalet:** Herkesin mümkün olan en yüksek ruhsal iyilik düzeyine ulaşması sağlanır ve ihtiyaçları ile orantılı olarak destek sunulur. Ruh sağlığı sorunları olan ve bakıma eşit erişimi olan kişilerin tam haklarına sahip olmalarını engelleyen her türlü ayrımcılık, önyargı veya ihmal ile mücadele edilir.
- (b) **Yetkilendirme:** Ruh sağlığı sorunları olan tüm insanlar yaşamları boyunca özerk olma, kendi yaşamlarını, ruh sağlığını ve esenliğini etkileyen tüm kararlarda sorumluluk alma ve bunları paylaşma fırsatına sahip olma hakkına sahiptir.
- (c) **Güvenlik ve etkililik:** İnsanlar, tüm faaliyetlerin ve müdahalelerin güvenli ve etkili olduğuna, halkın ruh sağlığına veya ruh sağlığı sorunları olan kişilerin refahına fayda sağlayabileceğine güvenebilirler (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı: Kapsam

Eylem Planının kapsamı; zorluklarla yüzleşmek, çözümler oluşturmak adına değer ve vizyon sunmak amacıyla birbirine bağımlı, bölünemez ve karşılıklı olarak uygulayıcı bir yaklaşım önermektedir.

(a) Savunmasız gruplar ve riskli davranışlara odaklanarak, nüfusun ruhsal sağlığını iyileştirme ve ruhsal bozuklukların yükünü azaltmak.

(b) Ruh sağlığı sorunları olan kişilerin haklarına saygı duyma ve en yüksek yaşam kalitesine ulaşması için eşit fırsatlar sunarak, damgalanma ve ayrımcılığı ele almak.

(c) İnsanların ruhsal, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını, ruh sağlığı sorunları olan kişilerin ve ailelerinin beklentilerini karşılayan erişilebilir, güvenli ve etkili hizmetler oluşturmak (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı: Hedefler

Hedef 1. Herkesin, özellikle de en savunmasız veya riskli gruplar yaşamları boyunca ruh sağlığını koruma ve farkına varma konusunda eşit fırsata sahiptir.

- Ruh sağlığı"nı herkes için teşvik etmek
- Ruh sağlığının önemini vurgulamak
- Yaşam dönemlerine özgü etkinlikleri teşvik etmek
- Ruh sağlığı sorunları ve intiharı önlemek

Ulaşılması istenen sonuçlar;

- Ruhsal esenlik ve onu destekleyen faktörler hakkında farkındalığın artması (yaşam tarzlarında, ailede, işte,

okullarda ve anaokullarında, toplumda ve daha geniş toplumda;

- Aile içi şiddet ve alkol kötüye kullanımı dahil olmak üzere doğum öncesi ve doğum sonrası bakımda ruh sağlığı ihtiyaçları için artan desteği sağlamak,
- Ruh sağlığını geliştirme, zihinsel bozuklukların önlenmesi ve erken tanınması için birinci basamakta entegre etmek,
- Ruh sağlığı sorunları olan kişilerin işlerine daha fazla dönüşü sağlamak,
- Bir bütün olarak toplum içinde yaş, cinsiyet, etnik köken ve diğer hassas gruplar ile ayırım yapmadan intihar oranlarının azalması
- Yaşam boyu refahın sağlanması.

Önerilen eylemler;

- En iyi kanıtı içeren intiharı önleme stratejileri geliştirmek ve uygulamak;
- Aile yaşamı, doğum öncesi / doğum sonrası bakım ve ebeveynlik becerileri için destek sağlamak;
- Okul öncesi eğitim için fırsatlar sağlamak ve ebeveynleri oyun oynamak, çocuklara kitap okumak ve aile yemekleri gibi bir öğrenme ortamı olarak değerlendirmeye teşvik etmek;
- Olumsuz çocukluk deneyimlerini (istismar, ihmal, şiddet ve uyuşturucu ve alkol kullanımına maruz kalma gibi farkındalığı artırarak ve erken müdahale sağlayarak) azaltmak;
- Okullarda, çocuklarda duygusal sorunların erken tespiti ve zorbalığa karşı eylem dahil olmak üzere evrensel ve hedeflenmiş ruh sağlığı geliştirme programları sunmak;

- Hayat boyu öğrenmeyi teşvik etmek: en yoksun ve dışlanmış kişilerde okuryazarlık, aritmetik ve temel becerileri geliştirmek;
- İşverenlerin psikososyal ve işle ilgili stresi azaltmaları, stres yönetimini geliştirmeleri ve işyerinde refahı teşvik etmek için basit programlar getirmeleri için teşvikler yaratılması;
- İş-yaşam dengesini sağlamak için çalışma ve çalışma saatlerinin optimal organizasyonunu teşvik etmek; Sağlıklı yerler, sağlıklı topluluklar
- Spor ve diğer faaliyetler yoluyla tüm yaş grupları için sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek ve çocuklar için güvenli oyun alanı sağlamak;
- Açık havada sağlıklı yerlerin kurulmasını ve korunmasını ve doğa ile teması teşvik etmek;
- Bizzat yaşlılar tarafından tanımlanan güvenli, rahat ve erişilebilir yaşam alanları ve mahalleler sağlamak ve katılımlarını, hareketliliğini ve özerkliklerini kolaylaştıran; ve
- Sosyal ağlara ve erken müdahale programlarına erişimi kolaylaştırmak için yaşlılara e-öğrenme fırsatları sağlamak. (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Ülkemiz Hemşireliği perspektifinden değerlendirme

Ülkemizde 19 Nisan 2011 tarihinde yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde çalışılan birimlere göre görev, yetki ve sorumluluklar **RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ** ve **HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ** olarak tanımlanmıştır.

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

- 1) Psikiyatri Klinik Hemşiresi
- 2) Çocuk ve Adölesan Psikiyatrisi Hemşiresi
- 3) Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi
- 4) Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi Hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (Öz, 2020)

Psikiyatri Klinik Hemşiresi; Terapötik iletişim tekniklerini kullanarak biyopsikososyal bir bütünlük içinde hasta bireyden sürekli ve sistematik şekilde veri toplar. Şiddet, kendine, çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal ve intihar gibi riskli davranışlara yönelik öykü alır, risk düzeyini değerlendirir. Güvenlik önlemleri kontrollerini sağlar. Kamera takibi ve dolapların kilit kontrolü şeklinde düzenli olarak kesici aletlerin, yanıcı ve yakıcı malzemelerin, madde girişinin engellenmesi için üst araması yapar (Öz, 2020; Sağlık Bakanlığı- HY 2011).

Bu kapsamda psikiyatri hemşireleri hasta birey ile kurulan tedavi edici ilişki sayesinde hasta bireyin duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasını ve en iyi yaklaşımın seçilmesine yardımcı olur. Özellikler intihar girişiminde bulunan bireylerin bakımında psikiyatri hemşiresinin önemli rolü vardır. İntiharları önlemek için kapsamlı projelerde yer almalıdır. Özellikle okullarda irisk taraması ve yüksek riskli bireylerin, grupların tedaviye yönlendirmeli, takip ve rehabilitasyon sürecinde aktif olarak çalışmalıdır. Sağlık ekibinin ayrılmaz parçası olan hemşireler, hasta bireylerin yanı sıra toplumdaki riskli ve dezavantajlı grupları iyi gözlemleyerek intihar davranışının erken tanı ve tedavisinde etkin rol oynamalıdır (Temel, 2009).

DSÖ, 2012 yılında intiharla mücadele konusunda “İntiharın Önlenmesi İçin Genel Sağlık Tedbirleri” (Public Health Action for the Prevention of Suicide) adı ile rapor yayımlanmıştır (WHO, 2012).

Bu raporda, intiharı önleme konusunda ulusal stratejiler geliştirirken izlenebilecek adımlar ile ilgili, hükümetlere önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler;

İlgili tarafların belirlenmesi: Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı parlamenterleri dahil öğretmenler ve sağlık sektörü temsilcilerinden, idarecilere, yasa koyucula polis ve sivil toplum kuruluşları, medya, aileler, vs. gibi liste de birçok alandan temsilci olması gerektiği vurgulanmıştır.

Bir durum analizi yapılması: Yaşanılan bölge ve şehirlere özgü nitelikte yıllık intihar oranları ve mücadele yöntemlerinin nüfus, sosyo-demografik, yapısal ve klinik etkenler dahilinde değerlendirme yapılması ve alınması planlanan önlemlerin bu duruma göre belirlenmesi gerektiği belirtilmiştir.

İhtiyaç ve kaynakların ulaşılabilirliğini değerlendirmek: Sağlık ve eğitim alanında yapılacak harcamalar için elde olan kaynaklar dahilinde bütçe belirlemesi ve uluslararası kuruluşlar, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları desteğiyle oluşabilecek açığın kapatılması öngörülmüyor.

Damgalamayı önlemek: Daha önce yakını intihar eden ya da geçmişte intihar deneyimlemiş bireylerin toplumda yaşadıkları stigmatı engellemeye yönelik çalışmaların yapılması gerektiği belirtiliyor.

Farkındalığı arttırmak: Medya ve diğer kurumların bu konuda taraflara doğru bilgilendirme yapması gerektiği vurgulanıyor. Bu öneriler doğrultusunda amaçları belirlemenin; işsiz kalmak, ekonomik sorunlar, umutsuzluk, dini inançlar ve travma gibi risklerin aynı zamanda intihar araçlarına ulaşımın sınırlandırılması veya intihara meyilli bireylere psikososyal destek hizmetlerinin sağlanması gibi koruyucu hizmetlerinde tanımlanmasının önemli olduğu vurgulanıyor. Hemşirelerin de mutlaka bu multidisipliner çalışma yaklaşımı içinde yer alması gerektiği belirtiliyor (WHO, 2012; Giray, 2016).

Ülkemiz de Bakanlığımızca 2004 yılından bu yana bireylerin ruh sağlığını yükseltmek ve intihar ve diğer kriz olayları ile karşılaşan bireylerin tıbbi tedavileri sonrası psikososyal destek sağlamak amacıyla müdahale çalışmaları başlamıştır. Bakanlığımıza bağlı devlet hastaneleri acil servisleri bünyelerinde “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı” geliştirilerek 50 ilde 103 birim olarak hizmet veren Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimleri kurulmuş ve hizmet vermeye devam edilmektedir. Ayrıca aile hekimliği sistemine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programının entegre edilmesi önerilmektedir. Genç yaşlarda daha sık ve artan bir sorun olması nedeniyle intiharın önlenmesi konusundaki faaliyetlerde Millî Eğitim Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı gibi paydaş kurumlarla koordineli çalışılması gerektiği belirtilmiştir. (Sağlık Bakanlığı - URSEP, 2011)

Halk Sağlığı Hemşireliği

1) Evde Bakım Hemşiresi

- 2) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Hemşiresi
- 3) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi
- 4) İş Sağlığı Hemşiresi
- 5) Okul Sağlığı Hemşiresi
- 6) Ceza ve Tutukevi Hemşiresi Görev, Yetki ve Sorumlulukları belirlenmiştir.

Hemşirelik açısından herkesin, özellikle de en savunmasız veya risk altındakiler olmak üzere, yaşamları boyunca ruh sağlığını koruma ve farkına varma konusunda eşit fırsata sahip olması gerektiği hedefi ile özellikle; Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresinin birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürme çalışmalarında etkin rol alması bu hedefi gerçekleştirme de yetin olduğunun kanıtıdır.

Toplum Ruh Sağlığı Hemşirelik Hizmetleri

Psikiyatri Hemşireleri Derneğinin tanımına göre toplum ruh sağlığı hemşiresi; «Sağlıklı ya da hasta birey farketmeksizin, aile veya gruplara özel de koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmeti dahilinde uygulamaları evi ya da bireyin kendi yaşam ortamında veya çalıştığı ortamda yerine getiren, hasta bireyi ya da risk altındaki bireyi takip ederek, ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarında özelleşmiş psikiyatri hemşiresidir.» (Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 2024).

Toplum Ruh Sağlığı Hemşireleri, sosyo-ekonomik düzeyi açısından farklılık gösteren, göçle gelen ve dezavantajlı grup olarak bilinen çocuk, ergen, kadın, yaşlı, engelli ve işsiz gibi ruh sağlığının bozulma riski yüksek olan grupların, ruh sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde aktif görev alır ve destekler.

Çocuk ve ergenin gelişimsel özelliklerini bilir ve bu doğrultuda biyopsikososyal gelişimini takip eder. Orta yaşlılık ve yaşlılık döneminde ortaya çıkabilecek fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlarla başetme sürecinde destek olur ve danışmanlık sağlar. Gebelik ve doğum sürecinde bireylerin ruhsal durumlarına yönelik eğitim yapar. Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır, risk düzeyini belirlemeye yardım eder. Koruyucu ruh sağlığı kapsamında eğitim hizmetlerini yürütür, ilk ve orta öğretimde, basın ve medya aracılığıyla topluma bilgi aktarır. Uygun bir aile ortamı sağlamaya ilişkin programlarda görev alır (Sağlık Bakanlığı - HY 2011).

İş Sağlığı Hemşiresi

Sağlıklı ve güvenli işyeri sağlamak için çalışan sağlığını tehdit eden riskleri saptamak, bireylerin ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmeye yönelik sağlık programları düzenleme, kilo kontrolü, beslenme, egzersiz, sigara bırakma ve stres yönetimi gibi sağlıklı davranışlarını geliştirmeye ilişkin program planlama, uygulama ve değerlendirme, kronik hastalığı olan bireylerin bakımı ile ilgili hemşirelik girişimlerini planlama, uygulama ve değerlendirme, işyerinde kreş ve anaokulunun sağlık kontrolünü yapma, çalışan gebe ve emziren kadınları izlenme, zararlı maddelerden korunmaya yönelik tedbirlerin alınmasını sağlama da rol alır.

Okul Sağlığı Hemşiresi

Okul içinde sağlık açısından riskli durumların erken tanı ve tespitinin yapılması uygun girişimlerin planlanması, gerekli önlemlerin alınması hususunda okul idaresi ile iletişim sağlama, düzenli gerçekleştirilen aşılama ve sağlık taramalarında görev alma,

okul içinde ve çevresinde ısıtma ve havalandırma, aydınlatma, çöplerin yok edilmesi, su temini, oyun alanı, tuvaletler, kazaya neden olabilecek durumları tespit etme, sınıfların büyüklüğünü kontrol etme, değerlendirme ve okul idaresini bilgilendirme, sağlıklı davranışların kazandırılması için sağlık eğitimi (hijyen, kaza ve hastalıktan korunma, ilkyardım, alkol ve sigaranın zararları ve cinsel eğitim vs.) planlama ve yürütme, madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği, anksiyete, depresyon ve antisosyal davranışlar sonucunda sorun yaşayan öğrencinin öğretmeni ve ailesi arasında işbirliğini sağlama ve sağlık danışmanlığını yürütmeye rol alır (Sağlık Bakanlığı, HY 2011)

Ceza ve Tutukevi Hemşiresi

Sağlıklı ve güvenli bir çevre oluşturmak, hüküm alan ve tutuklu bireylerin, çalışan personel ve ailelerin sağlık problemlerini çözme ve gereksinimlerini belirleme, periyodik muayeneler yapma, sağlam ve hasta bireyleri ayırarak hastalık semptomu olanları ileri tetkik ve tedavi için sevk etme, duygusal sorunlar, ilaç, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanma gibi kötü alışkanlığı, beslenme bozukluğu ve kronik hastalığı olan tutuklu bireylerin tespitini ve takibini yapmada görev alır.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Hemşiresi

Toplum içinde yaşayan bireylerin ve ailelerin anne-çocuk sağlığı kapsamında gereksinimleri, önceliklerini ve sorunlarını belirler. Doğum öncesi dönemde izlem ve takip, evde doğum ve doğum sonrası anne ve bebeğin izlemi ve takip hizmetlerini yürütür.

Evde bakım hemşiresi

Toplumdaki özellikle kronik hastalığı olan ve bakıma muhtaç olan bireylerin ve ailelerin fiziksel, ruhsal ve sosyal alanda eğitim ve danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesini, karşılanmasını sağlar. Bireylerin istek, öneri ve şikâyetlerini dinler, değerlendirir ve ilgili birimlere yönlendirme de görev alır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Hedef 2. Ruh sağlığı sorunları olan kişiler, insan haklarına diğer tüm bireyler gibi tam anlamıyla sahip olan, hakları korunan ve teşvik edilen vatandaşlardır; (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

«Damgalama ve ayrımcılık ile mücadele etmek»

Ulaşılmayı istenen sonuçlar;

(a) Tüm insan hakları garanti altına alınır ve ruh sağlığı sorunları olan kişiler için ayrımcılığa karşı koruma sağlanır;

(b)Ruh sağlığı sorunları olan kişiler için istihdam, barınma ve eğitim dahil olmak üzere tam vatandaşlıkla ilişkili fırsatlar, hesaba katıldığında diğer insanlarınkilere eşittir.

(c) İstem dışı bakıma ve / veya tedaviye maruz kalan kişiler ücretsiz bilgi ve hukuki tavsiyeye erişebilir.

Önerilen eylemler;

(a) Sosyal yardımlar, istihdam, eğitim ve barınma gibi alanlarda insan haklarını ve ruh sağlığı sorunlarıyla bağlantılı ayrımcılığa karşı korumayı garanti eden, onaylanmış sözleşmelere ve onaylanan beyannamelere göre politikaları ve mevzuatı benimsemek veya güncellemek;

(b) Ruh sağlığı hizmetlerine erişim ve deneyimde eşitsizlikleri ve ayrımcılığı ele almak;

(c) Her hasta ve aile üyesine haklar, bakım standartları ve tedavi seçenekleri hakkında erişilebilir bir formatta uygun bilgileri sağlamak;

(d) Ruh sağlığı sorunları olan kişilerin ruh sağlığı politikaları ve hizmetlerinin tasarımına, sunumuna, izlenmesine ve değerlendirilmesine katılmaları için mekanizmalar oluşturmak ve / veya tanımlamak;

(e) Mali destek de dahil olmak üzere hasta ve aile savunuculuk gruplarının kapasitesini sağlamak ve çıkarlarının temsilini güçlendirmek;

(f) İstem dışı yatışlarda kişilerin hukuki danışmanlığa ücretsiz erişimini sağlamak; ve

(g) Ayrımcılığa maruz kalanların yaşamlarını etkileme potansiyeline sahip kişileri hedef alarak toplumda kanıta dayalı damgalanma önleyici faaliyetler yürütmek. (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Ülkemiz de Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metni Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayımlanmıştır ve ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi hedefleri arasında;

- Ruh sağlığı alanında verilen hizmet kalitesinin artırılması,
- Ruh sağlığı ile ilgili yasaların çıkarılması,
- Damgalama açısından hasta haklarının savunulması,
- Ruh sağlığı ile ilgili eğitim, araştırma ve insan gücü kaynaklarının artırılması gibi konulara değinilmiştir.

Bu anlamda ruhsal bozuklukların önlenmesi ve tedavisi yalnızca yeni teknolojileri değil, aynı zamanda sağlıklı beyin ve zihin gelişimini destekleyen olumlu sosyal ve fiziksel çevreyi teşvik etme ve sürdürmeyi gerektirmektedir. Bu nedenle yoksulluğun ortadan kaldırılması, ruhsal bozukluğa bağlı damgalama ile mücadele edilmesi ve her yaş grubu için etkili tedavi ve önleme müdahalelerine eşit erişimin sağlanması önemlidir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplumda kalmalarının ve mümkün olduğunca ayaktan tedavi alabilmelerinin daha faydalı ve daha maliyet etkili olduğu gösterilmektedir (Soygür, 2016).

2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)'nda ruh sağlığı bozuk olan bireylerin tedavi süreci ve bakımlarında birey merkezli yaklaşımın öncelikli olması ve toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülkemizde yerleşmesi ve yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.

Bu hedefler;

- Ruh sağlığı hizmeti sunan kurumlar arasında işbirliği ve eşgüdümün sağlanması,
- Ağır ruhsal sorunu olan bireylerin tüm gereksinimlerini karşılayabilecek bütüncül bir ruh sağlığı sisteminin kurulması,
- Ruh sağlığı alanında nitelikli profesyonel çalışan sayısının artırılması,
- Ruh sağlığı alanında verilen hizmetlerin kalitesinin geliştirilmesi,
- Ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi ne yönelik dezavantajlı gruplar arasında yer alan kadın ve çocuklara yönelik hizmetlerin artırılması,

- Ruh sağlığı yası ile yasal dzenlemelere başlanılması gibi hedefler temel olarak belirlenmiştir. (Sağlık Bakanlığı - URSEP 2011).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi; iletişim, hasta haklarını savunma, ileri tetkik için sevk, eğitim ve danışmanlık, krize müdahale, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, fizik muayene ve ilaç uygulamalarının izlenmesi gibi beceri ve yetenekleri kazanmış olmalıdır.

Toplum ruh sağlığı hemşiresi, bu beceri ve yeteneklerini;

- Ruhsal sorunu olan bireylerde iş bulma, barınma ve beslenme sorunlarını çözmede maddi ve sosyal yardım sağlama,
- Kişilerarası ilişkileri ve ev yaşantısı sorunları ile baş etmeye yardım etme
- Hastalığa özđu davranışları kontrol etmek ve olumlu psikolojik süreci sürdürmeye yardım etme,
- Aile ve arkadaşları ile ilişkileri ve sosyal destek ağını güçlendirme,
- Bireysel ve sosyal rolleri yeniden kazanma ve sürdürmeye destekleme,
- Sağlığın korunması ve optimal iyilik halinin sürdürülmesi hedeflerine ulaşmak için kullanır (Bilge, 2014).

Ayrıca damgalama ile mücadelede hemşirenin rolü önemlidir. İnsanın biyopsikososyal bir varlık olduğu gerçeği doğrultusunda hastalıkların yalnızca biyolojik yönden değil çok boyutların değerlendirilmesi yaklaşımı bütüncül yaklaşımla ele alınması gerekliliğini ve hemşireliğin önemli rollerini vurgulamaktadır. Tıbbi bakıma ek olarak, psikoeğitim ile hastalık hakkında bilgilendirme ve

toplumun bilinç düzeyini arttırma, psikolojik ve sosyal destek sağlama, yoksullu ve eğitimsizlikle mücadele, gibi girişimler damgalama ile mücadelede gereklidir. Damgalama ile mücadelede hemşirelik girişimlerinin önceliği hemşirelerin ruhsal bozukluklara yönelik kendi içlerinde var olan ve bu bozukluklara yönelik olumsuz tutumlarının farkında olmaları ve bunları olumluya çevirmeleri yer almaktadır (ÇAM ve BİLGE, 2013)

Bilgilendirme/eğitim yaklaşımları; Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda damgalamanın azaltılması bilgilendirici hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve bunların devamlılığın sağlanması hastalara karşı damgalamayı azaltacaktır. Damgalamayı azaltmada hemşireler, okul ve işyeri gibi toplu yerlerde, toplumla bilgiyi paylaşarak değişimi sağlayabilir ve hemşireler çeşitli birimlerde etkileşim ve eğitim yaklaşımlarını yerine getirebilirler. (ÇAM ve BİLGE, 2013).

Baş etme yeteneklerinin kazandırılması: hemşirenin hasta bireyi psikososyal açıdan değerlendirmesi; hasta bireyin durumunu nasıl algıladığını anlamasına, baş etme davranışları geliştirmesine ve hastalığa gösterdiği olumsuz tepkileri varsa bunları değiştirip düzeltmesine yardımcı olabilir. Bu desteği verirken aile üyeleri ve hasta arasındaki duygu/düşünce paylaşımı ve aile desteği ile ilgili değerlendirmeler yapılmalıdır (Oran ve Şenuzun, 2008).

Danışmanlık yaklaşımı: Birinci basamak hizmet sunumunda etkin rol alan hemşireler tarafından topluma ve bireylere güvenli yaşam davranışların öğretilmesi, doğru davranışların kazandırılması ve sürdürülmesi konusunda desteklenmesi ve danışmanlık hizmeti ile sosyal damgalama azaltılabilir. Damgalamayı azaltmaya yönelik

Çalışmaların odağında psikiyatrik sorunu olan hasta bireyin algıladığı ayrımcılığı ve kendisine yönelik geliştirdiği olumsuz duyguyu azaltma yer almalıdır. Ruhsal bozukluğu olan birey damgasının azaltılması için uzun ve iş birliği içinde ilerleyen çabaya gereksinim vardır. Tüm planlamalara ve modern dünyada artan bilgi paylaşımına rağmen halen psikiyatrik hastalıklarla ilgili damgalamanın devam ettiği bildirilmektedir (AM ve BİLGE, 2013).

Hedef 3. Ruh sağlığı hizmetleri erişilebilir, yetkin ve uygun maliyetlidir, ihtiyaa göre toplumda kullanımı mevcuttur (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Ulaşılması istenen sonuçlar

- (a) Ruh sağlığı hizmetleri, toplumda (normal) bir yaşamı kolaylaştırmak için düzenlenmelidir.
- (b) Birinci basamak sağlık hizmeti, ruhsal bozuklukları olan kişiler için doğru ve erken teşhis, tedavi ve sevki sağlayabilir;
- (c) Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine nüfustaki tüm gruplar erişebilir;
- (d) İhmal ve istismarla bağlantılı olan kurumlar kapatılır;
- (e) Hastane bakımı terapttir, hastaları sınırlamaktan ziyade, bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanmış bir dizi tedavi, bakım ve destek sunmalıdır,
- (f) Ruh sağlığı hizmetleri nezih ortamlarda sağlanır;
- (g) Akıl sağlığı hizmetleri farklı yaş grupları için uygun bakımı sunar;
- (h) Aile kapasitesi ve ihtiyaçları periyodik olarak değerlendirilir ve eğitim ve destek sağlanır;

- (i) Çok disiplinli ve yeterli sayıda bir işgücü mevcuttur
- (j) Ruh sağlığı hizmetlerine adil olmayan mali engeller olmaksızın erişilebilir (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Önerilen eylemler;

- (a) Ulusal akıl sağlığı stratejisi geliştirmek;
- (b) Ruh sağlığı sorunları olan kişiler için ilk erişim noktası olarak birinci basamak sağlık hizmetinin oluşturulması ve yaygın ruhsal bozukluklar için tedavi sunma kapasitesi sağlanması;
- (c) En savunmasız gruplara yakın, erişilebilir ortamlarda toplum ruh sağlığı hizmetlerini temel almak ve temel destek hizmetlerini sağlamak;
- (d) Yoksul azınlık grupları veya evsizler gibi risk nüfusunun yüksek oranda olduğu bölgelerde özel sosyal yardım programları sunmak;
- (e) Yaşa uygun ve ciddi bir akıl sağlığı sorununun ilk atağı olan gençlere erken müdahale ve sürekli destek sunmaya yetkin toplum hizmetleri oluşturmak;
- (f) Yeterli mahremiyete sahip tek cinsiyetli tesisler, özellikle yatak odaları, tuvaletler ve banyolar ile ve saygılı bir şekilde bireyselleştirilmiş ve etkili bakım sunan personel ile tedavi edici psikiyatri birimleri geliştirmek;
- (g) Toplumda onurlu ve kişi merkezli yaşam düzenlemeleri ve bakım sunan evler sağlamak;
- (h) Ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik adli tıp hizmetlerinin, özel eğitim ve olanaklara sahip ruh sağlığı hizmetleri tarafından yönetilmesini sağlamak;
- (i) Eğitim, yardım hizmetleri ve yeterli yardımlar dahil olmak üzere, uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan

sevdiklerine bakan aileleri desteklemek için kaynakları belirlemek ve sağlamak;

- (j) Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik teşvikler oluşturmak için sağlık finansmanını analiz etmek ve gerekirse düzeltmek; ve
- (k) Ulaştırma ve finansmanı değerlendirerek en mahrum kişiler için hizmetlere erişimin önündeki engelleri kaldırmak ve kullanılabilirlik (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikasının yayımlanmasından sonra Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011) ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçileceğinin ifade edildiği ve ruh sağlığı alanında 2023 yılına kadar gerçekleştirilecek temel hedef ve stratejiler belirlenmiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi dahil önerilen eylemlere yönelik birçok girişim belirlenmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin ve Toplum ruh sağlığı hemşirelerinin önemi bu eylem planı ile açığa kavuşmuştur. Ayrıca Psikiyatri klinik hemşireleri; bu bağlamda hem yataklı tedavi kurumlarında hem de toplum içerisinde; hemşirelik bakımı sırasında yapması gereken görev ve sorumluluklarının farkına vararak, tıbbi tanı ve tedavinin uygulamasına katılma, eğitim ve danışmanlık rollerini yerine getirmesi gerektiği de belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı-URSEP, 2011)

Hedef 4. İnsanlar saygılı, güvenli ve etkili muamele görme hakkına sahiptir.

Ulaşılması istenen sonuç;

- (a) Tüm ruh sağlığı tedavileri tıbbi, sosyal veya psikolojik açıdan terapötiktir ve hizmet kullanıcılarının ve gerektiğinde ailelerinin onuruna ve tercihlerine saygı gösterir;
- (b) Hem etkinlik hem de adalet kriterlerine göre etkili tedaviler sağlanır;
- (c) İşgücünün uygun şekilde kalifiye ve yetkin olması, yüksek bir morali koruyabilmesi;
- (d) Temel eğitim, yeterlilikler ve bakım standartlarını kıyaslamak için hükümetler ve profesyonel paydaşlar arasında uluslararası iş birliği kurulması.

Önerilen eylemler;

- (a) Saygılı, güvenli ve etkili müdahalelerin gerçekleştirilmesi ve klinisyenlerin hesap verebilirliğini sağlamak için yönetim düzenlemelerini yürürlüğe koymak;
- (b) Hizmet kullanıcılarının yenilikçi ve etkili tedavilerin hem sistem hem de bireysel düzeylerde önceliklendirilmesi, geliştirilmesi ve uygulanmasına ilişkin kararları paylaşımlarına izin vermek;
- (c) Tüm uygulamaları profesyonel birlikler tarafından onaylanan etik standartlara göre yürütmek;
- (d) Tüm doktorlar ve diğer personel grupları için lisans müfredatına ruh sağlığı yeterliliklerini dahil etmek ve birinci basamak iş gücü için sürekli eğitim sağlamak;
- (e) Hizmetlerdeki tüm personel görevlerinin yetkin profesyoneller tarafından doldurulmasını sağlamak ve personeli değişime ayarlamak için yaşam boyu öğrenme fırsatları sunmak; ve

- (f) Personel geliştirme fırsatları ve motivasyonu teşvik eden teşvik edici bir çalışma ortamı sunmak (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Ülkemizde Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011) dahilinde Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Sayısının Artırılması hedeflenmiş olup özellikle hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinde hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarına ek olarak uzmanlaşma kapsamında Uzman Hemşire ve Yetki Belgesine Sahip Hemşirelerin önemi vurgulanmıştır.

Ülkemizde psikiyatri özel dal hemşireliği yeni yeni gelişmektedir. Bu alanda eğitilmiş hemşire sayısı yeterli düzeyde değildir. Psikiyatri kliniğinde görevli mevcut hemşirelerden başlamak üzere bundan sonra psikiyatri kliniğinde çalışacak hemşirelerin psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği alanında eğitilmiş ve sertifikalı olması gerekmektedir. Hemşirelerde de uzmanlığın teşvik edilmesi gerekliliği şeklinde hedeflenmiştir. Bu bağlamda lisans mezunu hemşirelerin ülkemiz hemşirelik anabilim dallarında ve bu anabilim dalı altında açılan psikiyatri hemşireliği lisansüstü eğitim programından mezun olan hemşirelerin uzman hemşire ve psikiyatri hemşireliği sertifika programı ile bu alanda çalışmaya yetkin olmaları sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı – URSEP, 2011).

Hedef 5. Sağlık sistemleri, herkes için iyi fiziksel ve ruhsal sağlık bakımı sağlar.

Ulaştırılması istenen sonuç;

- (a) Ruhsal sağlık sorunları olan bireyler, yaş / cinsiyet açısından karşılaştırıldığında genel nüfusa eşit bir yaşam beklentisine sahiptir.

(b) Ruhsal sağlık sorunları olan bireylerin, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve diş bakımı gibi fiziksel sağlık hizmetlerine erişimi ve aldıkları fiziksel sağlık hizmetinin kalitesi genel nüfusun erişimine eşittir.

(c) Fiziksel hastalığı olan bireylerde ruh sağlığı sorunları tanınır ve uygun şekilde tedavi edilir.

Önerilen eylemler;

(a) Ciddi ruh sağlığı sorunları olan bireylere sağlık politikalarında öncelik verilmesini sağlamak;

(b) Tüm insanların eşit kalitede fiziksel ve zihinsel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak;

(c) Ruhsal bozuklukları olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine, özellikle acil bakıma erişimini iyileştirmek için önlemler almak;

(d) Toplum hizmetlerinde ve hastane temelli tedavilerde ruh sağlığı sorunları olan tüm insanlar arasında sağlık göstergelerini ve risk faktörlerini, ilaçların herhangi bir yan etkisini izlemek için hizmetlerin mevcut olmasını sağlamak;

e) Ruh sağlığı sorunları olan kişiler için eğitim ve tedavi programlarına yaşam tarzı değişikliğini dahil etmek;

(f) Kronik fiziksel hastalıkları olan bireylerin ruhsal sağlık durumunu periyodik olarak değerlendirmek; ve

(g) Tüm birinci basamak pratisyenlerine fiziksel hastalıkları olan bireylerde depresyon ve anksiyetenin tespiti ve yönetimi konusunda eğitim vermek.

Hemşirelik kanunu ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinin görev yetki ve sorumlulukları dahilinde; Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Hemşiresinin görev tanımı yapılmıştır.

- Fiziksel rahatsızlığı olan bireyin fiziksel ve ruhsal durumu arasındaki etkileşimin gözlemleme ve bireyin ve ailenin hastalığa ve tedavi sürecine psikolojik uyumunu sağlamada, uyumlu davranış geliştirme ve yeniden kazanmalarında yardım etmesi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı- HY, 2011).
- Birey de mevcut hastalık ve hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla başa etme yöntemleri geliştirmesi ve güçlenmesine yardımcı olur.
- Bütüncül bakım dahilinde tıbbi ve psikiyatrik bakımı entegre eder, bakımın etkinliğini değerlendirir.
- Genel hastanede yer alan tedavi ekibi ile iş birliği içinde hasta birey ve ailesine yönelik eğitim ihtiyacını belirler, psikoeğitimi planlar, hasta bireyin aktif katılımını teşvik eder, eğitimi uygular ve değerlendirir.
- Etkin kişiler arası iletişim ve terapötik ilişki ile hasta birey ile hemşire arasında iletişim problemlerinin ve çatışmalarının çözümlenmesinde yardımcı olur,
- Hasta bireylerin yaşam kalitelerini arttıracak uygulamaları destekler ve mesleki gelişmeleri takip etmesi amaçlanmıştır. (Sağlık Bakanlığı- HY, 2011).

Hedef 6. Ruh sağlığı hizmeti sistemleri diğer sektörlerle iyi koordine edilmiş bir ortaklık içinde çalışır.

Ulaşılması istenen sonuçlar;

(a) Ruh sağlığı sorunları olan bireyler, hak ettikleri yardım ve hizmetleri alırlar;

(b) Hastalar, entegre bir değerlendirme prosedürü yoluyla özel hizmetler dahil olmak üzere bakıma erişebilirler;

(c) Finansman sistemleri etkili çalışma yolları için teşvikler sunar;

(d) Bilirkişi hizmet kullanıcılarının ve aile üyelerinin bakımları için bakım kaynaklarını uygun şekilde kullanır.

Önerilen eylemler;

(a) Uzman ruh sağlığı personellerinin rollerini ve sorumluluklarını belirtin.

(b) Refah, istihdam, barınma ve eğitim fırsatlarının koordinasyonunun ruh sağlığı hizmetleri için kabul edilen bir sorumluluk olmasını sağlamak;

(c) Ruh sağlığı ve sosyal bakım kurumları arasında değerlendirme prosedürleri oluşturmak;

(d) İş birliği içinde çalışması gereken kurumların bütçelerini havuzlamak için teşvikler sunmak; ve

(e) Hizmet kullanıcıları ve / veya aileleri için net hesap verebilirlikle bütçeler sağlayarak kendi hizmetlerini

planlamaları için fırsatlar yaratmak (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Ülkemizde 2018 yılında “Ruh Sağlığı Kanunu Teklifi” kapsamında ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin tanımları yapılmış olup;

Psikiyatri klinik hemşiresi: Üniversitelerde hemşirelik bölümü lisans programından mezun olan ve hemşire ünvanı alan bireyler ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan “psikiyatri birimlerinde hemşirelik hizmetleri” eğitimi sertifikası alan meslek mensubudur.

Uzman psikiyatri hemşiresi: Üniversitelerde yer alan Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından yürütülen Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ya da Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans (tezli/tezsiz) ve Doktora programını tamamlamış hemşiredir (Ruh Sağlığı Yasa Taslağı, 2018).

Hedef 7. Ruh sağlığı yönetimi ve sunumu, iyi bilgi ve anlama ile yönlendirilir (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Ulaşılması istenen sonuçlar;

- (a) Hedef kitlenin ihtiyaçlarına uygun, sonuçlar için gösterge kümelerinin seçilmesi;
- (b) Kalite ve güvenlik, hizmet kullanıcıları ve aileleri de içerecek şekilde bağımsız olarak denetlenir;
- (c) Araştırma koordine edilir ve uluslararası olarak yayılır;
- (d) Personel sayısı, dağılımı ve nedenlerinin bilinmesi;
- (e) Terminoloji tanımları uluslararası olarak kabul edilir.

Önerilen eylemler;

- (a) Küresel Ruh Sağlığı Eylem Planının göstergelerini uygulayın ve geri dönüş sağlayın.
- (b) Tedarikçilerden bağımsız ajanslar tarafından kalite ve güvenliği değerlendirmek, şeffaf raporlar hazırlamak;
- (c) Bireylerin gizliliğini korurken klinisyenler ve kurumlar arasında bilgi paylaşmak için önlemler almak;
- (d) Ruh sağlığı etki değerlendirmeleriyle halk sağlığı önlemlerinin etkilerini değerlendirmek;
- (e) İhtiyaçları değerlendirmek, etkili yeniliği keşfetmek ve sonuçları değerlendirmek için araştırma kapasitesini desteklemek;
- (f) Hizmet kullanıcıları ve aile üyelerini kalite kontrolün ayrılmaz bir parçası haline getirmek (WHO, 2015; WHO Helsinki, 2005).

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dahilinde; Psikiyatri klinik hemşiresi, Çocuk ve Adölesan Psikiyatrisi Hemşiresi, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Hemşiresi, Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi Hemşiresi'nin görev, yetki ve sorumlulukları belirtilerek Ruh sağlığı yönetimi ve sunumu açısından hemşirelik hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Ayrıca Toplum Ruh Sağlığı hemşireliğinin de tanımı yapılmış olup Halk Sağlığı Hemşireliği içinde yer alması ise ruh sağlığı hizmetlerinin yönetiminde toplum için önemi vurgulansa da Ruh Sağlığı ve hastalıkları Hemşireliği içinde yer alması gerektiği bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı - HY, 2011).

Kaynaklar

Bilge, A. (2014). Toplum Ruh Sağlığı. Çam, O., Engin, E. (Ed.). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı içinde (s. 891-899). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Çam, O., & Bilge, A. (2013). Türkiye’de Ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematiik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 91-101.

Dünya Sağlık Örgütü Helsinki Toplantısı ve Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı <https://www.psikiyatri.org.tr/153/dunya-saglik-orgutu-helsinki-toplantisinda-avrupa-ruh-sagligi-eylem-planı-kabul>
E.T:18.09.2024

Giray, B. (2016). Dünyada ve Türkiye’de intihar (intiharla mücadelede çözüm yolları). <https://silo.tips/download/dnyada-ve-trkye-de-nthar> E.T : 22.09.2024

Oran, N. T., & Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stıgması ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*,5(1), 1-16.

Öz, F. (2020). Psikiyatri Hemşireliğinin Felsefesi. Oflaz, F., Yıldırım, N. (Ed.). Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları içinde (s. 24-34). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2011, 28. ISBN : 978-975-590-391-0, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 847.

Sağlık Bakanlığı; Hemşirelik Yönetmeliği. Çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları. Resmî Gazete, Sayı: 27910 19 Nisan 2011. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> E.T : 22.09.2024

Psikiyatri hemşireleri derneği. Psikiyatri hemşireliği görev yetki ve sorumlulukları çalışma grubu raporu. <http://www.phdernegi.org/2007%20Faaliyetleri/Psikiyatri%20> E.T: 22.09.2024

Ruh Sağlığı Yasası Taslağı. Genel Hükümler. Gerekçe ile TBMM. <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2811201717434-Ruh-Sagligi-Yasa-Taslagi.pdf> E.T: 24.09.2024

Soygür, H. (2016). Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri: Quo vadis?. *Arch Neuropsychiatr*, 53, 1-3. <https://doi.org/10.5152/npa.2016.15022016>

Temel, M. (2009). İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 78-83.

World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y E.T: 20.09.2024

World Health Organization (2015). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. ISBN 978 92 890 5095. <http://www.emro.who.int/mnh/mental-health-action-plan/index.html> E.T: 18.09.2024

World Health Organization. Mental Health. Policy frameworks. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/policy-frameworks> E.T: 18.09.2024

WHO European Ministerial Conference on Mental Health Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12-15 January 2005. EUR/04/5047810/6.14 January 2005. 52667. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107625/WHO-EURO-2005-8605-48377-71820-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y> E.T: 18.09.2024

