

BİDGE Yayınları

Psikiyatri Hemşireliği:Psikososyal Sorunlar ve Müdahaleler

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Sercan Mansuroğlu

ISBN: 978-625-372-551-8

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 25.12.2024

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

Psikiyatri Hemşireliğinde Bibliyoterapi.....	4
Fatma BOĞAN.....	4
Dijital Çağda Ruh Sağlığı: Telepsikiyatri Uygulamaları	17
Saliha Esra ERYILMAZ AYDIN	17
İntihar ve Ruhsal Bozukluklar	38
Sercan MANSUROĞLU	38
Yaşlılarda Ruh Sağlığını Destekleyen Yaklaşımlar: Psikoterapötik Müdahaleler	63
Saliha Esra ERYILMAZ AYDIN	63
Psikiyatri Hemşireliğinde Bilişsel Davranışçı Terapi	80
Adile BOZKURT TONGUÇ.....	80
Sağlık Profesyonellerinde Öz Şefkatin Rolü	91
Adile BOZKURT TONGUÇ.....	91
Şizofreni Hastalarında Zihin Kuramı İşlevleri Ve Psikiyatri Hemşireliği.....	111
Erkan DURAR	111
Mustafa AKYÜZ.....	111

BÖLÜM I

Psikiyatri Hemşireliğinde Bibliyoterapi

Fatma BOĞAN¹

Giriş

Bibliyoterapi, yani kitapların iyileştirici gücünden yararlanma yöntemi, insanlık tarihi boyunca farklı kültürlerde ve dönemlerde çeşitli şekillerde kendini göstermiştir (Erdoğan ve Dinç, 2023). Bu yöntem, okuma eyleminin psikolojik sağlığa olan olumlu etkilerine dayanmaktadır. Antik çağlarda bile kitapların iyileştirici bir role sahip olduğu bilinmektedir. Yunan tarihçi Diodorus Siculus'un ifadesiyle, Mısır Firavunu II. Ramses'in kütüphanesinin girişinde "İnsan ruhunun iyileştiği yer" yazması, bu durumun en çarpıcı kanıtıdır (Bate ve Schuman, 2016; Nichani, 2016). Yunan filozofları arasında ise kitapların etkisiyle ilgili farklı görüşler öne çıkmıştır. Platon, şiirin insanları yanıltıcı duygulara sürüklediğini düşünerek, ideal devletinde şairlere yer vermemiştir. Ancak Aristoteles,

¹ Öğretim Görevlisi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, ORCID iD: 0000-0002-1356-787X, fatmabogan@duzce.edu.tr

edebiyatın katarsis (arınma) sağladığını ve duygusal dengeyi yeniden kurduğunu savunmuştur (Bekaroğlu, 2019).

Bibliyoterapinin Tarihi Süreci

Orta Çağ'da kilise, insanların ruh sağlığını korumak için kitap okumayı teşvik etmiştir. Özellikle dini metinlerin okunması, insanların iç huzuru bulmalarına ve günahlarından arınmalarına yardımcı olduğu düşünülmüştür (Munzel, 1997). Rönesans dönemi ile birlikte, seküler kitapların da önemi artmış ve kitaplar, bireylerin kendi kimliklerini oluşturmalarına ve dünyayı anlamalarına yardımcı olan araçlar haline gelmiştir (Bate ve Schuman, 2016; Munzel, 1997). 19. yüzyılda, sanayileşme ve şehirleşme ile birlikte insanların yaşadığı stres ve yalnızlık duyguları artmıştır. Bu dönemde, kitaplar insanların bu duygularla başa çıkmalarına yardımcı olmak için önemli bir araç olarak görülmüştür (Bate ve Schuman, 2016; Bekaroğlu, 2019). Kütüphaneler, insanların dinlenme ve kendilerini geliştirme mekanları haline gelmiştir. 20. yüzyılda ise psikoloji ve psikiyatri alanında yapılan çalışmalar, kitap okumanın psikolojik sağlığa olan olumlu etkilerini bilimsel olarak kanıtlamıştır (Jack ve Ronan, 2008). Birinci ve İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde, travma sonrası stres bozukluğu yaşayan askerlerin tedavisinde bibliyoterapi yaygın olarak kullanılmıştır (Demir, 2012; Bate ve Schuman, 2016). Kitaplar, askerlerin yaşadıkları zorlukları ifade etmelerine ve duygusal olarak iyileşmelerine yardımcı olmuştur. Günümüzde ise bibliyoterapi, çocuklardan yetişkinlere kadar farklı yaş gruplarındaki bireylerin çeşitli sorunlarıyla başa çıkmalarında kullanılan etkili bir yöntem haline gelmiştir. Anksiyete, depresyon, travma, sosyal beceri gelişimi gibi birçok alanda bibliyoterapi başarılı sonuçlar vermektedir (Bekaroğlu, 2019; Demir, 2012).

Bibliyoterapinin temel prensibi, okuma eyleminin kişinin iç dünyasına yaptığı yolculuktur. Kitaplar, okuyuculara farklı bakış açıları kazandırır, empati kurmalarını sağlar ve sorunlarla başa çıkma mekanizmaları geliştirir. Ayrıca, kitaplar okuyuculara model olacak karakterler sunar ve onların kendi hayatlarına ilham verir (Bekaroğlu, 2019; Erdoğan ve Dinç, 2023). Bibliyoterapi, binlerce yıllık bir geçmişe sahip olan ve günümüzde de popülerliğini koruyan bir yöntemdir. Kitapların iyileştirici gücü, insanlık tarihi boyunca birçok kişiye umut ve destek olmuştur. Günümüzde, teknolojinin gelişmesiyle birlikte, e-kitaplar ve sesli kitaplar gibi yeni formatlar da bibliyoterapiye yeni boyutlar katmaktadır.

Bibliyoterapinin Kullanım Alanları

Biblioterapi, bireylerin duygusal, sosyal ve psikolojik durumlarını iyileştirmek amacıyla kullanılan etkili bir yöntemdir. Eğitim ortamlarında, öğrencilerin duygusal ve sosyal gelişimlerini desteklemek, empati kazanmalarını sağlamak ve sınıf içi sorunları çözmek için sıkça başvurulur. Psikolojik danışma süreçlerinde ise bireylerin stres, kaygı, depresyon ve travma gibi durumlarla başa çıkmalarına yardımcı olur (Demir, 2012). Biblioterapi, bireylerin kendilerini daha iyi anlamalarına ve sorunlarına farklı perspektiflerden yaklaşmalarına olanak tanır.

Sağlık alanında, özellikle kronik hastalıklarda veya uzun süreli tedavi süreçlerinde, bireylerin motivasyonlarını artırmak, olumlu düşünce geliştirmelerini sağlamak ve hastalıkla başa çıkma becerilerini desteklemek amacıyla kullanılabilir (Joling, 2011; Almeida, 2014). Aynı zamanda, bireylerin yas, ayrılık, boşanma veya iş kaybı gibi zor yaşam olaylarına uyum sağlamalarına yardımcı olmak için de etkili bir yöntemdir (Almeida, 2014).

Çocuklar ve ergenler arasında sosyal becerilerin geliştirilmesi, davranışsal sorunların çözümü ve özgüvenin artırılması gibi amaçlarla da uygulanır (Schlub, 2021). Çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar, bibliyoterapinin özellikle aile üyelerinin hastalık, tedavi veya kayıp süreçlerinde destekleyici bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır (Bekaroğlu, 2019). Bu süreçlerde bibliyoterapi, çocukların anksiyete ve depresyon seviyelerini azaltarak duygusal yüklerini hafifletebilir (Akgün ve Benli, 2019). Ayrıca okul öncesi dönemde zekâ, dil gelişimi ve kişisel gelişim üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (Bulut, 2010). Yetişkinlerde bibliyoterapi, günlük yaşamın sorunlarıyla baş etmede veya duygusal ve psikolojik zorlukların çözümünde etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Ruh sağlığı uzmanları, hemşireler ve eğitimciler tarafından destekleyici bir yöntem olarak uygulandığı görülmektedir (Öner, 2007; Bulut, 2010; Öncü, 2012). Bunun yanı sıra, bibliyoterapi grup terapilerinde, hastane ve hapisane gibi kurumlarda da yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu tür sosyal alanlarda bireylere, psikolojik iyileşme ve gelişim fırsatları sunmaktadır.

Bibliyoterapi, yalnızca bireysel değil, aynı zamanda aile içi ilişkilerde de önemli bir role sahiptir. Özellikle ebeveyn-çocuk ilişkilerinde yaşanan çatışmaların çözümünde destekleyici bir araç olarak kullanılmaktadır. Ebeveynlerin çocuklarını daha iyi anlamalarına, onlarla empati kurmalarına ve iletişimlerini güçlendirmelerine yardımcı olabilir. Aynı zamanda her yaş grubundaki sağlıklı bireylerin gelişimsel ihtiyaçlarını anlamalarına ve karşılamalarına katkıda bulunarak kişisel gelişimi desteklemektedir (Öncü, 2012).

Bibliyoterapi Uygulama Evreleri

Bibliyoterapi, yalnızca kitap okumakla sınırlı olmayan, bireyin iç dünyasına derin bir yolculuk sunan bir terapi yöntemidir. Bu süreçte, bireyin doğru kitapla uygun zamanda buluşturulması, onun okuma sırasında yaşadığı duygusal deneyimler ve edindiği farkındalıklar sayesinde kişisel gelişimini destekler (Balbay ve Şahin, 2024). Bibliyoterapinin uygulanması belirli aşamalar üzerinden ilerler ve her bir aşama kendine has özelliklere sahiptir.

Özdeşleşme: Bu terapi yönteminin ilk aşaması, bireyin kitapta yer alan bir karakterle kendini özdeşleştirerek başlar. Bu özdeşleşme, bireyin kendi yaşam deneyimleriyle kitaptaki karakterin yaşadıkları arasında bağlantı kurmasına olanak tanır. Bu bağlantı sayesinde birey, karakterin duygularını ve düşüncelerini sanki kendi yaşamından bir parçaymış gibi hissedebilir (Balbay ve Şahin, 2024; İlter, 2015). Bu durum, bireyin kendi duygusal dünyasına daha derin bir bakış sunar ve çözülmemiş sorunlarını ele alabilmesi için hazırlar.

Arınma: Özdeşleşme aşamasının ardından, birey kitaptaki karakterle kurduğu bağ sayesinde duygusal bir arınma yaşar. Bastırılmış, unutulmuş ya da adlandırılmamış duygular, kitap aracılığıyla ifade edilme fırsatı bulur. Bu süreç, bireyin duygusal yüklerinden kurtulmasına ve dışı vuran duygularını daha sağlıklı bir şekilde yönetmesine yardımcı olur (Balbay ve Şahin, 2024; Öner, 2007).

İçgörü: Bibliyoterapinin üçüncü aşaması olan içgörü, bireyin kitaptaki karakterin karşılaştığı sorunları incelemesiyle kendi yaşamındaki sorunlara farklı bir perspektiften bakmasını sağlar. Karakterin sorunlarla başa çıkma yollarını ve bu süreçte sergilediği

tutumları gözlemleyen birey, kendi benzer durumlarına dair öğrenimler elde eder (Balbay ve Şahin, 2024; Öner, 2007). Bu farkındalık, bireyin daha yapıcı bir yaklaşım benimsemesine ve sorunlarına çözüm odaklı bir bakış açısı geliştirmesine yardımcı olur.

Genelleştirme: Son aşama olan genelleştirme, bireyin kitapta edindiği bilgi ve deneyimleri kendi yaşamına ve çevresine taşımasını ifade eder. Bu aşamada birey, kitapta yer alan karakterlerin deneyimlerini öğrenerek başkalarına karşı daha fazla empati geliştirir (Balbay ve Şahin, 2024; Öner, 2007). Bu durum, bireyin sosyal ilişkilerinde daha başarılı olmasına ve insanlarla daha sağlıklı bir iletişim kurmasına olanak tanır.

Uygulama Süreci: Bibliyoterapi süreci, bireyin ihtiyaçlarına ve hedeflerine uygun bir planlama ile yürütülür. Öncelikle bireyin ihtiyaçları ve hedefleri belirlenir. Ardından, bu ihtiyaç ve hedeflere uygun bir kitap seçilir (Bekircan, 2023). Seçilen kitabın bireyin ilgisini çekmesi ve onunla duygusal bir bağ kurmasını sağlaması önemlidir. Kitap seçildikten sonra birey, kitap hakkında düşüncelerini ve duygularını paylaşmak için bir terapist ya da danışmanla görüşebilir. Terapist ya da danışman, bireyin bu süreçte yaşadığı duyguları anlamak ve yönlendirmek için çeşitli teknikler kullanabilir.

Bibliyoterapi'nin Yurtdışında ve Ülkemizde Kullanımı ve Etkinliği

Bibliyoterapi, bireylerin duygusal, zihinsel ve sosyal sorunlarını çözmek için kitapların terapötik bir araç olarak kullanılmasıdır. Bu yöntem, anksiyete bozuklukları, panik atak, depresyon, yaşlılık depresyonu, uyku sorunları ve tıbbi rahatsızlığı

olan bireylerin psikososyal sorunları gibi çeşitli alanlarda etkili bir müdahale yöntemi olarak uygulanmaktadır.

Yurtdışında, bibliyoterapi bireylerin empati seviyelerini artırırken stres azaltma, uyku kalitesini iyileştirme ve duygusal zekayı geliştirme gibi faydalarıyla dikkat çekmektedir (Stip, 2020). Grup bibliyoterapisi, kişisel ilişkileri geliştirme ve öz algıları genişletme açısından etkili bir yöntem olarak sunulmuştur (Hynes, 1980). Farklı yaş ve sosyal gruplar üzerinde yapılan çalışmalar, bibliyoterapinin psikolojik iyilik halini desteklediğini göstermiştir. Örneğin, depresyon ve anksiyete bozuklukları olan çocuk ve ergenlerde yapılan bir metaanaliz, bibliyoterapinin depresyon semptomlarını azaltmada etkili olduğunu; depresif ergenlerde daha yüksek bir etki gösterdiğini ancak çocuklardaki anksiyete semptomlarında daha az etkili olduğunu bildirmiştir (Yuan, 2018). Depresyonlu ergenler ile yapılan çalışmalar, bilişsel davranışçı terapi ile bibliyoterapinin birlikte kullanılmasının depresif semptomları azaltmada etkili olduğunu ancak bu etkilerin izlem döneminde azaldığını göstermiştir (Müller, 2015). Bir çalışma ise grup bibliyoterapisinin yurtlarda kalan üniversite öğrencilerinin genel benlik saygıları üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koyarken sosyal benlik saygılarına etkisinin olmadığını göstermiştir (Salimi, 2014).

Ulusal literatürdeki çalışmalar, bibliyoterapinin Türkiye'de çocuklar üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamaktadır. Özellikle okul öncesi dönemde, bibliyoterapi çocukların duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine, sorun çözme becerilerini geliştirmelerine, olumsuz duygularla başa çıkmalarına ve olumlu benlik saygısı geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Akgün ve Benli, 2019). Örneğin, zihinsel gelişimi normal ve üstün yetenekli

çocuklarda yapılan bibliyoterapi çalışmaları, çocukların problem çözme becerilerini geliştirerek yardımlaşma ve paylaşma davranışlarını desteklediğini ortaya koymuştur (Uzmen ve Mağden, 2002). Benzer şekilde, üstün zekâlı çocuklarda benlik saygısını artırmada bibliyoterapinin etkili olduğu gösterilmiştir (Leana Taşçılar, 2017).

Bibliyoterapi, manevi danışmanlık uygulamalarında da kullanılmıştır. Manevi metinlerle yapılandırılan bibliyoterapi uygulamalarının algılanan stres ve dini başa çıkma düzeylerine etkisi değerlendirilmiş ve olumlu dini başa çıkma düzeylerini artırdığı; olumsuz dini başa çıkma düzeylerini ise azalttığı görülmüştür (Belen, 2016).

Psikiyatri Hemşireliğinde Bibliyoterapi

Psikiyatri Hemşirelerinin bibliyoterapi uygulamalarında önemli bir rolü bulunmaktadır. Bu rolün etkin bir şekilde yerine getirilebilmesi için hemşirelerin bazı temel niteliklere ve yetkinliklere sahip olmaları gerekmektedir. Empati kurabilme, etkin dinleme, saygı gösterme ve iletişim becerileri konusunda kendilerini geliştirmiş olmaları kritik önem taşır. Bunun yanında, tehditkar ya da yargılayıcı olmayan bir tutum sergilemeleri ve bireylere küçük düşürücü olmayan bir yaklaşımla destek olmaları gerekmektedir.

Bibliyoterapi süreci, yoğun duygusal tartışmaları ve katılımcılarla derin etkileşimleri içerdiğinden, hemşirelerin bu süreci yönetme konusunda esnek ve uyumlu olması beklenir. Katılımcıların bireysel ihtiyaçlarını anlayıp bu ihtiyaçlara uygun bir şekilde süreci yeniden planlayabilmeleri önemlidir. Hemşireler, bireylerin farklı sosyokültürel arka planlarını göz önüne alarak uygun kitaplar seçme ve bu kitaplardan elde edilen mesajların bireylerde olumlu etkiler

yaratmasını sağlama konusunda özel bir sorumluluk taşırlar. Ayrıca, hemşirelerin bibliyoterapi uygulamalarında başarılı olabilmeleri için edebiyata olan ilgilerinin ve bilgilerin derin olması önemlidir. Bu çerçevede, hemşirelerin ciddi bir bilgi birikimine sahip olması, sıkça kullanılabilecek zengin ve nitelikli kitap arşivleri olmalıdır. Seçilen eserlerin katılımcıların yaş gruplarına, zihinsel kapasitelerine ve duygusal durumlarına uygun olması, bibliyoterapi sürecinin etkinliğini artırır. Hemşireler ayrıca, grup dinamiklerini anlama ve yönetme konusunda yetkin olmalı ve grup katılımcılarına rehberlik etme konusunda istekli olmalıdır. Bu bağlamda, grup çalışmalarında katılımcıların görüşlerini ifade etmelerine ve birbirlerinden öğrenmelerine olanak tanıyan bir ortam yaratmalıdırlar. Hemşirelerin, bibliyoterapi süreci boyunca bireylerin duygusal durumlarını yakından takip etmeleri ve gerekirse profesyonel yardım çağırısı yapmaları da önemlidir.

Sonuç

Sonuç olarak, hemşirelerin bibliyoterapi uygulamalarında psikoeğitim programlarını kullanma becerileri geliştirilmelidir. Bu programlar bireylerin depresyon, umutsuzluk ya da kaygı gibi duygusal zorluklarla başa çıkma becerilerini artırmayı hedefler.

KAYNAKLAR

Akgün E, Karaman Benli G. (2019). Okul öncesi çocuklarla bibliyoterapi: Bir uygulama örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 100-111

Almeida, O. P. (2014). Prevention of depression in older age. *Maturitas*, 79(2), 136-141.

Balbay, C., & Şahin, F. (2024). Türkiye’de bibliyoterapi konusunda yapılan çalışmalar: Karma yöntem bir literatür taraması. *Uluslararası Düzce Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2(1), 86-102.

Bate, J. ve Schuman, A. (2016). The art of medicine. Books do furnish a mind: The art and sci-ence of bibliotherapy. *The Lancet*, 387, 742-743.

Bekaroğlu, E. (2024). Kitapların Psikoterapide Bir Aracı Olarak Kullanımı: Vaka Örneği İle Bibliyoterapi Uygulaması. *The Journal of Academic Social Science*, 94(94), 250-258.

Bekircan, E. (2023). Bibliyoterapi Temelli Psikoeğitim Programının Yaşlı Bireylerin Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Belen FZ. (2016). Manevi danışmanlıkta bibliyoterapi uygulama örneği: bibliyoterapi’nin algılanan stres ve dini başa çıkma üzerindeki etkisi. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 10(19), 9-42.

Bulut S. (2010). Yetişkinlerle yapılan psikolojik danışmada bibliyoterapi (okuma yoluyla sağaltım) yönteminin kullanılması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(33), 46-56.

Demir, G. (2022). Tarihsel süreçte bibliyoterapi ve kütüphanelerin bu süreçteki yeri. *Bilgi Yönetimi*, 5(2), 302-321.

Erdoğan, E., & Dinç, S. (2023). Pandemide Kendine Yardım Eli: Bibliyoterapi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 247-252.

Hynes AM. (1980). The goals of bibliotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 7, 35-41.

İlter, B. (2015). Bibliyoterapi tekniğinin üstün yetenekli çocukların mükemmeliyetçilik düzeylerine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Jack, S. J., & Ronan, K. R. (2008). Bibliotherapy: practice and research. *School Psychology International*, 29(2), 161-182.

Joling, K. J., Van Hout, H. P., van't Veer-Tazelaar, P. J., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., van de Ven, P. M., & van Marwijk, H. W. (2011). How effective is bibliotherapy for very old adults with subthreshold depression? A randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 256-265.

Leana Taşçılar MZ. (2017). Bibliyoterapi programının üstün zekalı ve yetenekli öğrencilerin öz saygı düzeylerine etkileri. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20(37), 73-90.

Munzel, F. (1997). *Bibliotherapie und religiöses Lernen: ein interdisziplinärer Beitrag zur" Theologie des Lesens" und zur Innovation des Religionsunterrichts* (Vol. 4). Mohr Siebeck.

Müller S, Rohde P, Gau JM, Stice E. (2015). Moderators of the effects of indicated group and bibliotherapy cognitive behavioral depression prevention programs on adolescents' depressive symptoms and depressive disorder onset. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 1-10.

Nichani, A. S. (2016). The art and science of Bibliotherapy... Bibliology... Bibliography???. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 20(1), 1.

Öncü H. (2012). Bibliyoterapi yönteminin okullarda psikolojik danışma ve rehberlik amacıyla kullanılması. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 16(1), 148-165.

Öner U. (2007). Bibliyoterapi. *Journal of Art and Sciences*, 7, 134-140.

Salimi S, Zare-Farashbandi F, Papi A, Samouei R, Hassanzadeh A. (2014). The effect of group bibliotherapy on the self-esteem of female students living in dormitory. *Journal of Education and Health Promotion*, 28(3),89.

Schlub GM, Crook A, Barlow-Stewart K, Fleming J, Kirk J, Tucker K, Greening S. Helping young children understand inherited cancer predisposition syndromes using bibliotherapy. *J Genet Couns.* 2021 Aug;30(4):1119-1132.

Stip E, Östlundh L, Abdel Aziz K. (2020). Bibliotherapy: Reading OVID during COVID. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 56753

Uzmen S, Mağden D. (2002). Okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden altı yaş çocuklarının psikososyal davranışlarının resimli çocuk kitapları ile desteklenmesi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 15, 193-212.

Yuan S, Zhou X, Zhang Y, Zhang H, Juncai P, Jang L, Liu L, Jiang X, Xie P. (2018). Comparative efficacy and acceptability of bibliotherapy for depression and anxiety disorders in children and adolescents: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 24(14), 353-365.

BÖLÜM II

Dijital Çağda Ruh Sağlığı: Telepsikiyatri Uygulamaları

Saliha Esra ERYILMAZ AYDIN¹

Giriş

Teknoloji, günümüzde hayatımızın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Teknolojinin hızlı ilerlemesi ruh sağlığı sorunları olan bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış dijital sağlık araçları ve platformların geliştirilmesini sağlamıştır. Bunlara semptom takibi için mobil uygulamalar, ilaç uyumu için telemonitör cihazları ve maruz kalma terapisi için sanal gerçeklik simülasyonları dahildir. Bunların yanında, telepsikiyatri platformları gerçek zamanlı görüntülü konferans yetenekleri sunarak uzaktan değerlendirme, teşhis ve tedavi planlamasına olanak tanır (Ersel & Demirel, 2022). Telepsikiyatri, ruh sağlığı hizmetlerinin dijital teknolojiler aracılığıyla bireylere ulaştırılmasını sağlayan bir

¹ Öğr. Gör. Dr. Uşak Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Bölümü Uşak/Türkiye Orcid: 0000-0002-1515-944X, saliha.eryilmaz@usak.edu.tr

uygulama olarak öne çıkmaktadır. Bu uygulama, coğrafi mesafeleri ve fiziksel engelleri aşmaya yardımcı olurken, bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimindeki eşitliği artırmayı hedeflemektedir. Telepsikiyatri, video konferans, telefon, mobil uygulamalar ve internet tabanlı platformlar gibi birçok teknolojiyi kapsar (Güler & Emirza, 2023).

Telepsikiyatri, sadece hizmet erişiminde eşitlik sağlamakla kalmaz, aynı zamanda tedavi maliyetlerini düşürme ve çalışanların verimliliğini artırma potansiyeline de sahiptir (Chan, Parish & Yellowlees, 2015). Ancak, bu alanda etik, gizlilik, veri güvenliği ve teknolojik altyapıya erişim gibi zorlukların da bulunduğu unutulmamalıdır (Torous & Wykes, 2020).

Telepsikiyatri

Yaşam süresinin artması ve yeni tedavi yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmıştır. Bu durum birey ve ülke ekonomisi üzerinde yük oluşturmuş dolayısıyla sağlık harcamalarının azaltılmasını ve teknolojik uygulamaların kullanılmasını zorunlu hale getirmiştir (Pazar, Taştan & İyigün, 2015). Ruhsal bozukluklar, dünya genelinde bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen yaygın sağlık sorunlarıdır. Demografik değişiklikler ve daha uzun yaşam beklentisi nedeniyle, ruhsal bozuklukların uzun vadeli yükünün daha da artması beklenmektedir. Bu nedenle ruhsal bozukluklar küçük bir grup yatkın bireyle sınırlı olmayıp toplum için önemli sonuçları olan büyük bir halk sağlığı sorunudur (Trautmann, Rehm & Wittchen, 2016).

Ruhsal bozuklukların giderek artması, ruhsal bozukluk yaşayan bireylerde damgalanma korkusu, bilgi eksikliği, sosyal fobi,

agorafobi vb sorunlar bireylerin tedaviye ulaşmasını engellemekte ya da sonraki süreçte yeterli izlemin olmamasına ve sonuç olarak tedaviden kopmasına sebep olmaktadır. Ayrıca günümüzde ruhsal bozukluğu olan hastaların toplum temelli tedavi edilmeleri benimsendiği için sosyal ortamlarında sağlık hizmeti almaları tedavinin sürekliliği açısından büyük önem taşımaktadır. Tüm bu nedenlerin azaltılması, daha etkili, kaliteli ve yeterli ruh sağlığı hizmetlerinin sunulabilmesi için yenilikçi yaklaşımların benimsenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, telepsikiyatri hizmetleri önemli bir çözüm olarak öne çıkmaktadır (Özgüç & Tanrıverdi, 2019). Telepsikiyatri, tele tıbbın psikiyatri alanına uyarlanmış biçimi olup, psikiyatrik değerlendirme ve tedavinin video konferans gibi haberleşme teknolojileri aracılığıyla sunulmasıdır. Depresyon, yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları gibi hastalıkların tedavisinde son zamanlarda sıklıkla dijital teknolojilerden yararlanılmaktadır (Sing & ark., 2021). Telepsikiyatrik hizmetler psikotik hastalıklar dahil birçok farklı hastalığın bakımında kullanılabilmektedir.

Tarihçe

Telepsikiyatri, sağlık hizmetlerinin teknoloji aracılığıyla sunumuna dayalı bir uygulama alanıdır ve kökenleri 20. yüzyılın ortalarına kadar uzanır. İlk telepsikiyatri uygulamalarından biri, 1959 yılında Nebraska Üniversitesi Tıp Merkezi tarafından gerçekleştirilmiş ve psikiyatrik konsültasyonlar için televizyon tabanlı iletişim teknolojisi kullanılmıştır (Wootton, 1996). 1960'lar ve 1970'lerde telepsikiyatri, teknolojik sınırlamalar nedeniyle yavaş bir ilerleme kaydetmiştir. Ancak 1990'lara gelindiğinde internetin yaygınlaşması ve video iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, bu uygulamaların daha geniş bir ölçekte uygulanmasına olanak

sağlamıştır (Yellowlees, Shore & Roberts, 2008). 21. yüzyılda, mobil teknolojiler ve akıllı cihazların ortaya çıkışıyla birlikte telepsikiyatri, yalnızca video konferans yoluyla değil, aynı zamanda mobil uygulamalar, elektronik danışmanlık platformları ve yapay zeka tabanlı destek sistemleri aracılığıyla da erişilebilir hale gelmiştir (Shore & ark., 2020). COVID-19 pandemisi, bu alanda bir dönüm noktası olmuş ve telepsikiyatri, sağlık hizmetlerinin kesintisiz devamı için temel bir araç olarak benimsenmiştir. Pandemi sırasında, sağlık çalışanları, fiziksel teması en aza indirirken, hastalara kaliteli bakım sunmaya devam edebilmek için telepsikiyatri araçlarını hızlı bir şekilde uyarlamak durumunda kalmıştır (Wind & ark., 2020).

Telepsikiyatrinin Avantajları

Telepsikiyatrik hizmetlerin hem hizmeti alanlara hem de hizmeti verenlere yönelik birçok avantajı görülmekte olup, bu avantajlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1. En önemli avantajı, herkes tarafından ulaşılabilir olmasıdır (Bal & ark., 2015). Kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan bireylerin psikiyatrik hizmetlere ulaşımını kolaylaştırmaktadır. Bu hizmet modeli, fiziksel engelli bireyler, yaşlılar ve kronik hastalıkları nedeniyle seyahat edemeyen kişiler için önemli bir alternatif oluşturmaktadır. Araştırmalar, telepsikiyatrinin erişim eşitliğini artırdığını ve sağlık hizmetlerindeki coğrafi engelleri azalttığını göstermektedir (Yellowlees & ark., 2020).
2. Çocuk ve ergenler için etkili bir tedavi seçeneğidir.
3. Maliyeti azaltması nedeniyle hem ekonomik hem de daha verimli olma potansiyeline sahiptir (Deslich & ark., 2013).

Bir çalışmada telepsikiyatri hizmetlerin uygulanmasının hasta başına maliyeti %30 oranında azalttığı belirtilmiştir (Hilty & ark., 2018).

4. Hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri için esnek bir zaman yönetimi sunar. Hizmet almakta engel oluşturan iş yoğunluğu ve trafik sorununun önüne geçer (Shore & ark., 2018).
5. Yoğun bakım ve acil servis şartlarında oldukça etkindir (Rudolf, 2011; Kornbluh, 2015). Kriz durumlarında hızlı müdahale olanağı sunar. Bunun yanı sıra, tedavi sürecinde düzenli takip görüşmeleri için kolay bir yöntem sağlamaktadır. Uzaktan izleme sistemleri, hasta verilerinin sürekli olarak kayıt altına alınmasını ve gerektiğinde müdahale edilmesini mümkün kılar (Hubley & ark., 2016).
6. Daha sık ve kolay bilgilendirme hastanın tedaviye uyumunu arttırır.
7. Hem hizmet alanların hem de hizmet verenlerin yaşam kalitesini arttırır. Hizmet verenlerin çalışacakları ve yaşayacakları yeri seçmesine olanak sağlar. Ulaşım problemi ve gecikme olmaksızın bireylerin psikiyatrik bakıma erişimini sağlar (Kornbluh, 2015).
8. Hizmet alanların damgalanma konusundaki endişelerini ortadan kaldırır. Bireylerin ev ortamında hizmet alması, kendilerini daha güvende ve rahat hissetmelerini sağlayarak tedaviye uyumu artırabilir (Chakrabarti, 2015).
9. Sığınmacı, mülteci ve göçmen gibi kültürel farklılıkları olan hasta grupları için de uluslararası ruh sağlığı hizmeti

sunmaktadır. Transkültürel hastalar, tercüman yardımlı bakım yerine telepsikiyatri ile anadillerinde hizmet almayı tercih etmektedirler. Dolayısıyla telepsikiyatri uygulamaları kültürel farklılıklardan kaynaklanan zorlukları çözme noktasında alternatif bir tedavi bileşeni olarak görülebilir (Wang & Alexander, 2014; Finley & ark., 2021).

Telepsikiyatrinin Dezavantajları

Telepsikiyatrinin birçok faydası olmakla beraber bazı sınırlamaları da bulunmaktadır. En belirgin risk mahremiyettir. Telepsikiyatri ziyaretleri, tüm hasta görüşmeleri gibi güvenli ve gizli olmalıdır. Bunun için klinisyenler uygun önlemleri almalı ve aynı zamanda hastaları riskler konusunda uyarmalıdır. Telepsikiyatri ile ilgili diğer yaygın endişeler video konferansa istikrarlı erişim ve bilgisayar korsanlarına karşı gerekli güvenlik donanımının sağlanamamasıdır (Kornbluh, 2015). Hastayla göz teması kurma, hastanın dış görünümü, yüz ifadesi gibi pek çok ayrıntı psikiyatrik tanı koyma, tedavi ve değerlendirme sürecinde etkilidir. Ancak telepsikiyatri hizmetleri tanı ve tedavi süreçlerinde bu ipuçlarının kullanımından yoksundur (Abbott, Klein & Ciechowski, 2008). Kriz anında veya kendine zarar verme tehdidiyle karşı karşıya kalan hastaların güvenliğini sağlama konusunda da endişeler bulunmaktadır. Hastalar kriz anında klinisyenlerin fiziksel olarak yanlarında bulunmasını tercih etmektedirler (Cowan & ark., 2019). Geri ödeme sorunu da, telepsikiyatri hizmetlerinin yaygınlaşması ve daha da büyümesi için potansiyel engellerden biridir. Karşılaşılan diğer sorunlar ise; ekipman ile ilişkili maliyetler, teknik destek ve öğrenim gerekliliği, teknoloji kullanımına yönelik olumsuz düşünceler, birlikte çalışabilirlik, mesleki sorumluluk, telepsikiyatri

uygulamasını düzenleyen kılavuzların eksikliğidir (Simms, Gibson & O'Donnell, 2011; Özgüç & Tanrıverdi, 2019).

Telepsikiyatrinin Kullanım Alanları

Evde Telepsikiyatri: Ev tabanlı telepsikiyatri, klinik rahatsızlıkların çoğunu teorik olarak ortadan kaldıracak yeni bir teknolojik müdahaledir (Shulman, John & Kane, 2017). Bireyin evinde ya da rahat edebileceği bir ortamda bu hizmeti almasıdır. Bir video kamera ve hızlı internet bağlantısı yeterlidir. Ev ortamında telepsikiyatri hizmeti almanın pek çok yararı vardır. Bazı hastalar için belirlenen zamanlarda polikliniğe gelmek güç olabilmektedir. Çoğunlukla iş yerinden izin almakta güçlük çekenler ya da mesai ücretinde kesinti yaşayanlar için avantajlıdır. Hareket kabiliyeti azalmış, yaşlı ve engelli bireyler için de telepsikiyatri uygulaması ideal bir yöntemdir (Bal & ark., 2015). Bu uygulama ile kişilerin randevularına gitmekten vazgeçmelerinin de büyük oranda önüne geçilmektedir (Shulman John & Kane, 2017). Ayrıca bir ruh sağlığı merkezine gitmek bir çeşit damgalanmaya da neden olabilmektedir (Bal & ark., 2015).

Adli Telepsikiyatri: Mahkumların önemli bir bölümünü ruhsal bozukluk tanısı konulan ve madde kullanım bozuklukları olan bireyler oluşturmaktadır (Mateo & ark., 2019). Hapishanelerin genellikle uzak yerlerde bulunması ve hizmet sağlayıcıların güvenlik endişeleri nedeniyle yerinde hizmet sunma konusunda isteksiz olmaları telepsikiyatri uygulamasını güvenli kılmaktadır (Kornbluh, 2015). Hapishane ve ıslahevlerinde telepsikiyatrik değerlendirme; ilaç tedavisinin düzenlenmesi, özkıyım riskinin saptanması, şartlı tahliye kararı verilmesi gibi alanlarda kullanılır. Böylece telepsikiyatri uygulaması ile mahkumların güvenlik önlemleri

alınarak uzak mesafelerden sağlık kuruluşlarına getirilmesinin zorlukları da önlenmiş olur. Ayrıca mahkemelerde ruh sağlığı değerlendirmeleri için de telepsikiyatriden yararlanılabilmektedir (Bal & ark., 2015).

Acil Durum Telepsikiyatrisi: Acil serviste yoğunluğu azaltma, kırsal alanlarda ihtiyaç duyulan bakımı sağlama, doğal veya insan kaynaklı afetlerin varlığında bakıma erişimi kolaylaştırma potansiyeline sahip olduğu için acil durumlarda telepsikiyatri uygulaması etkin olabilmektedir (Gajaria, Conn & Madan, 2015). Ayrıca öz kıyım riski olan veya başkasına zarar verme olasılığı bulunan acil psikiyatri hastalarının konsültasyonunda da telepsikiyatri hizmetlerinden yararlanılır. Bu uygulama ile hem acil servislerde görev alacak psikiyatri uzmanı yetersizliğinin önüne geçilmiş olur, hem de acil servise başvuran psikiyatri hastalarının bekleme süreleri azalır ve memnuniyetleri artar. Bunun yanı sıra hapisane, toplum ruh sağlığı merkezi, madde bağımlılığı tedavi merkezi, okul vb. alanlarda acil psikiyatri hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu zamanlarda da devreye girer. (Bal & ark., 2015, Çam & Kaçmaz, 2018).

Rutin Telepsikiyatri: Bu uygulama ile psikiyatristlerin daha çok hastaya ulaşması amaçlanmıştır. Rutin psikiyatri uygulaması ile önceden planlanmış program dahilinde, az sayıda psikiyatrist ile ruh sağlığı sorunu bulunan çok sayıda bireye ulaşılabilmektedir (Bal & ark., 2015). Hastalara görüşme ile ilgili fikirleri sorulduğunda, görüşme öncesi biraz tedirginlik duyduklarını ancak kısa bir süre sonra psikiyatrist ile aynı ortamda görüşüyorlarmış gibi hissettiklerini belirtmişlerdir. Hastayı konsülte eden hekim ise görüşmenin ardından hastayı uzman meslektaşlarına yönlendirebilmektedir (Akt. Bal & ark., 2015). Rutin telepsikiyatri

hizmetleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, huzur evleri, madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde yaygın olarak kullanılabilmektedir (Bal & ark., 2015).

Özel Popölasyonlarda Telepsikiyatri

Çocuk ve ergen telepsikiyatri: Çocukluk ve ergenlik dönemlerinin, ruh sağlığı açısından yaşamın en kritik evrelerinden biri olduğu kabul edilmektedir (WHO, 2023). Bu döneme ilişkin mevcut araştırmalar, ruhsal bozuklukların dünya genelinde önemli sayıda çocuk ve ergeni etkilediğini ortaya koymaktadır (Polanczyk & ark., 2015). Çocuk ve ergenlerde ruh sağlığı problemlerine erken müdahale, uzun vadeli olumsuz etkilerin önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Son yirmi yılda, psikiyatrik bozukluk teşhisi konan gençlerin %20'si için etkili psikoterapilere ve farmakoterapilere yönelik yeni yaklaşımlar getirilmekle birlikte psikiyatrik rahatsızlığı olan gençlerin çoğu herhangi bir destek almamaktadır. Ruhsal sağlık hizmetlerine erişim, kentsel ve kırsal kesimde yaşayan çocukları orantısız bir şekilde etkilemektedir. Bu talebi karşılamak için yeni yaklaşımlara ihtiyaç vardır (AACAP, 2017) Telepsikiyatri, bu sınırlamaları ortadan kaldırarak çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinde önemli bir çözüm sunmaktadır.

Araştırmalar, telepsikiyatrinin çocuk ve ergenler için etkili bir tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir (Fairchild & ark., 2020). Yapılan bir çalışmada, telepsikiyatri hizmeti alan çocukların anksiyete ve depresyon semptomlarında anlamlı azalmalar görüldüğu rapor edilmiştir (Fairchild & ark., 2020). Telepsikiyatri üniversite öğrencilerinin bakım hizmetlerine erişimini arttırmak için de kullanılmaktadır. Bu yöntem ile öğrencilerin etkili, uygun psikiyatri hizmetlerine erişimi sağlanmakta ve öğrencilerin ruhsal

sorunlara bağlı günlük aktiviteleri minimum düzeyde etkilenmektedir (Schuh, 2023).

 ocuk ve ergenlerle telepsikiyatri uygulamalarında sosyal sohbet gibi katılım faaliyetleri başlangıçta çok yardımcı olabilir. Görüşme sırasında ebeveyn- ocuk etkileşiminin gözlemlenmesi de önemlidir. Seansın bir parçası olarak gerekirse çocuğun ailesi ile görüşmek önerilir. Özellikle geçmişte istismar şüphesi gibi hassas konuların varlığında aile ile yalnız görüşülerek bu konuların takibi sağlanmalıdır (Pakyürek, Yellowlees & Hilty, 2009).

Geriatrik psikiyatri: 65 yaşın üzerindeki bireylerin sayısının küresel olarak artmaya devam etmesi yaşlanan nüfusun sağlık bakım ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağına dair endişeleri de beraberinde getirmektedir. Yaşlı bireyler genellikle kronik sağlık sorunları, depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon ve bilişsel bozukluklarla mücadele ederler. Bu kronik sağlık sorunları veya bilişsel bozukluklar nedeniyle yaşlı bireylerin hareket kabiliyetleri azalmakta ve ulaşım konusunda yardıma ihtiyaç duyabilmektedirler. İlerleyen yaşla birlikte özel tıbbi ve zihinsel sağlık hizmetlerine gereksinimin artması geriatrik uzmanlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç da arttırmaktadır. Mevcut ve beklenen geriatrik ruh sağlığı hizmeti sağlayıcıları ise bu büyüyen nüfusun ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalmaktadır (Kornbluh, 2015; Gentry & ark., 2019).

Geriatrik hastalar için telepsikiyatri hizmetlerinin; tıbbi yatan hasta konsültasyonu, huzurevi konsültasyonu, bilişsel test, demans tanı ve tedavisi ve psikoterapi alanlarında uygulanabilir ve etkili olduğu belirtilmiştir (Gentry & ark., 2019). Choi ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışma sonucuna göre evde bakım gören depresyonu

olan yaşı bireyler sunulan telepsikiyatri hizmetlerinin kolay ulaşılabilir ve etkili olduğunu ve hizmetten memnun kaldıklarını belirtmişlerdir.

Telepsikiyatri Kullanımının Etkili Olduğu Hastalıklar

Telepsikiyatri hizmetleri, tanı koyma, tedavi ve bakım yönetimi, nöropsikolojik testlerin uygulanması ve psikoterapi hizmetlerinin sağlanmasında etkin bir araç olarak kullanılmaktadır. Akademik telepsikiyatri ise eğitim, öğretim ve araştırma süreçlerine destek sağlamak amacıyla kullanılabilir. Yapılan çalışmalar, telepsikiyatri uygulamalarının başta anksiyete bozuklukları olmak üzere, uyku bozuklukları, majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), bipolar bozukluk, panik bozukluk, şizofreni, psikoz, sosyal fobi, karmaşık yas durumları, çocuk psikiyatrisi, yeme bozuklukları, demans, sigara bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı gibi birçok psikiyatrik sorun üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Gajaria, Conn & Madan, 2015; Özgüç & Tanrıverdi, 2019). Özellikle TSSB, depresyon ve DEHB tedavisinde telepsikiyatri uygulamaları olumlu sonuçlar vermektedir. Bunun yanı sıra, sosyal fobi ve çekingenlik nedeniyle yüz yüze tedaviye katılmakta zorluk yaşayanlar, agorafobi sebebiyle dış mekânlara çıkma korkusu olanlar ve yüz yüze psikolojik desteği kabul etmeyen bireyler için uzaktan destek uygulamaları, tedavi sürecinin başlamasına olanak tanımaktadır (Özgüç & Tanrıverdi, 2019). Ayrıca şizofreni hastalarında bakıma erişim konusundaki sınırlılıklar tedaviye uyumsuzluğa yol açabilir. Bu durum hastaneye yatış riskini artırır. Telepsikiyatri hizmetleri, şizofreni hastalarına yeterli bakımı sağlamadaki mevcut boşluğu doldurmada, uyumu sağlamada ve tedaviye yanıtı arttırmada etkilidir (Kasckow & ark., 2014).

Telepsikiyatri Kullanımının Uygun Olmadığı Durumlar

Telepsikiyatri kullanımı, bazı popölasyonlar ve durumlar için uygun olmayabilir. Bu yöntemler risklerin faydalardan daha ağır basacağı hastalar için sorun oluşturabilmektedir. Uygulayıcıların söz konusu vakada telepsikiyatrinin uygun olup olmadığını görmesi için bireysel bir değerlendirme yaparak tanı, prognoz ve tedavi ile ilgili klinik muhakemesini gerçekleştirmesi gerekir (Recupero & Fisher, 2014). Telepsikiyatrinin uygun olmadığı popölasyonlar ve durumlar aşağıda belirtilmiştir:

- 1) Şiddet uygulayan veya dürtüsel bireyler,
- 2) İntihar etme veya cinayet işleme riski olanlar,
- 3) Özel izlem gerektiren bireyler,
- 4) Teknolojinin kullanımı ile şiddetlenebilecek belirtileri olanlar,
- 5) Bilgi veya haberlerin paylaşılmasının önemli duygusal tepkilere neden olabileceği bireyler,
- 6) Görme, işitme veya bilişsel engeli bulunanlar (Rudolf, 2011).

Uygulayıcılar psikotik bozukluğu olan bireylerde daha dikkatli davranmalıdır. Ayrıca e-posta ve diğer metin tabanlı iletişim kullanımının daha belirgin olduğu durumlarda, kapsamlı yazılı kayıtları sorunlu olabilecek bireylerin (örneğin, soruşturma veya dava ile karşı karşıya olan hastalar, ünlüler ve kamuya açık kişiler) verilerinin saklanması konusunda da dikkatli olunmalıdır (Recupero & Fisher, 2014).

Telepsikiyatri Hemşireliği

Tele hemşirelik hastalara verilen bakım ve hizmetlerin telekomünikasyon aracılığı ile sağlanması, yönetilmesi ve koordine edilmesi yani hemşirelik uygulamalarının telekomünikasyon teknolojileri ile entegre edilmesidir (Uslu, 2017).

Tele hemşirelik, “hemşire-sağlık çalışanı”, “hemşire-hemşire” ve “hemşire-hasta” etkileşiminde yer ve zaman engellerini ortadan kaldıran araçlar kullanmaktadır (Çam & Kaçmaz, 2018). Tele hemşirelik programları; hastanın değerlendirilmesi, eğitimi, karar verme, destek olma ve olası sorunların önceden tanımlanması gibi temel hemşirelik uygulamalarının en uzak mesafedeki bireyler de dahil olmak üzere herkese etkili bir şekilde ulaştırılmasını amaçlamaktadır (Şenyüz & Şentürk, 2017). Bu alanda görev yapan hemşireler, hemşirelik sürecini temel alarak hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve belgelendirilmesi aşamalarını yerine getirmektedir. Ayrıca, hemşirelerin eğitici rolü kapsamında bireylere bilgi sağlama, yönlendirme, eğitim ve destek sunma gibi görevleri de bulunmaktadır. Bununla birlikte, terapötik hemşire-hasta ilişkilerini yüz yüze kurmak yerine; telefon, bilgisayar, internet veya diğer iletişim teknolojilerini kullanarak yaparlar (Özgüç & Tanrıverdi, 2019).

Psikiyatri hemşireleri de sağlık hizmetlerinde kesintisiz bakım verebilmek adına psikiyatri uygulamalarında tele sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Bilişim teknolojilerinin kullanımı, psikiyatri hemşiresinin rolleri arasında yer alır. (Çam & Kaçmaz, 2018). Hizmetlerin giderek daha dijital hale gelmesi, hemşirelerin bu sistemleri etkili bir şekilde kullanma yeteneklerini kazanmaları ve teknolojik müdahalelerin temelini oluşturan teorik çerçeveleri

anlamalarını gerektirir. İletişim kabiliyetleri, mesleki etik, öğretim, sürekli öğrenme, liderlik ve yönetim çevrimiçi ortamlarda daha da önem kazanmaktadır (Güler & Emirza, 2023). Telepsikiyatri hemşirelerinin, telefonla yapılan bir görüşmede, bireyin sözel olmayan ifadelerinin kaybını en aza indirmek için ses tonuna, konuşma sırasındaki duraksamalarına çok dikkat etmesi gerekmektedir. Bireylere soru sorarak verdikleri bilgiler doğrulanmalıdır (Ertek, 2011). Telefonla sunulan psikiyatri hizmetlerinde hasta bireylerin tedaviye uyumunun güçlendiği, randevulara ve ilaç kullanıma uyumun arttığı belirtilmektedir (Uslu & Buldukoğlu, 2016). Bunun yanı sıra çevrimiçi güvenlik riskleri, siber güvenlik, bilgi yönetimi, etik konuları ve gerçek zamanlı takip gibi konular da kritik hale gelmektedir (Güler & Emirza, 2023).

Telepsikiyatrik Hizmetler için “Evidence Based Practice-Kanıt Dayalı Uygulama (2009)” hemşirelerin klinik uygulamalarına özgü kılavuzlar sunmaktadır: 1) ruhsal sağlık değerlendirmeleri, 2) tanı görüşmesi, 3) ilaç yönetimi, 4) psikolojik, kişilik ve nöropsikolojik değerlendirme, 5) ilgili prosedür ve laboratuvar çalışmalarının düzenlenmesi, 6) psikoeğitim ve 7) bireysel, grup, evlilik ve aile psikoterapisini içermektedir. (Rudolf, 2011). Ruhsal hastalıklara yönelik telepsikiyatrik hizmetler; hastalığa yönelik öz yönetimi sağlama, semptomları gözlemleme, relapsı önleme, ilaç kullanımı ve tedaviye uyumu artırma ve psikoeğitim sağlama amacıyla kullanılmaktadır (Uslu & Buldukoğlu 2016).

Bazı tele hemşirelik uygulamaları temel hemşirelik eğitimden farklı olarak yetkinlik, uzmanlık ve bilgi gerektirmektedir. Tele hemşirelik bakımı hizmeti veren hemşireler, eleştirel düşünme, kanıt dayalı bilgiyi kullanma, danışmanlık, iletişim, kişilerarası

ilişkiler ve tele-tıp teknolojisinin kullanımı gibi alanlarda yeterliliğe sahip olduklarında daha güvenli, verimli ve etik bir bakım ortaya çıkmaktadır. Bunu sağlamak için de hemşirelerin bu alanda yetkinliklerinin artırılması nedeniyle eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu programların örgün eğitim müfredatına dahil edilmesi tavsiye edilebilir (Özgüç & Tanrıverdi, 2019).

SONUÇ

Telepsikiyatri uygulamaları, ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliğini artıran, özellikle coğrafi engellerin ve fiziksel erişim zorluklarının olduğu durumlarda etkili bir alternatif olarak öne çıkmaktadır. Çeşitli psikiyatrik bozuklukların tanı, tedavi ve yönetiminde kullanılabilen bu yöntem, anksiyete bozuklukları, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bipolar bozukluk gibi birçok alanda etkinliği kanıtlanmıştır. Aynı zamanda, sosyal fobi, agorafobi veya yüz yüze tedaviye katılmakta zorluk yaşayan bireyler için önemli bir destek sunmaktadır. Telepsikiyatri, hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri açısından esneklik ve zaman yönetimi avantajı sağlarken, teknolojinin sunduğu olanaklarla terapötik ilişkinin uzaktan da sürdürülebileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, etkili bir telepsikiyatri uygulaması için teknolojik altyapının yeterliliği, gizlilik ve etik ilkelerin korunması, hasta ve sağlık çalışanlarının bu yöntem hakkında bilgilendirilmesi ve eğitimi gibi unsurlar kritik öneme sahiptir. Sonuç olarak, telepsikiyatri, modern sağlık hizmetlerinde önemli bir bileşen haline gelmiş olup, gelecekte daha geniş kapsamlı ve etkili uygulamaların geliştirilmesine zemin hazırlamaktadır.

KAYNAKÇA

Abbott, A., Klein, B., & Cieghomski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Service*, 26(2-4), 360-375. <https://doi.org/10.1080/15228830802097257>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2017). Committee on telepsychiatry and AACAP committee on quality issues. Clinical update: Telepsychiatry with Children and Adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 56, 875–893.

Bal, U., Yılmaz, E., Tamam, L., & Çakmak, S. (2015). Telesikiyatri: Şimdi ve burada. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 136–148. <https://doi.org/10.5455/cap.20150320123914>

Chakrabarti, S. (2015). Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World Journal of Psychiatry*, 5(3), 286-304.

Chan, S., Parish, M., & Yellowlees, P. (2015). Telepsychiatry today. *Current Psychiatry Reports*, 17, 1-9.

Choi, N., Hegel, M., Marti, N., Marinucci, M., Sirrianni, L., & Bruce, M. (2014). Telehealth problem-solving therapy for depressed low-income homebound older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 263-271. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318266b356>

Cowan, K. E., McKean, A. J., Gentry, M. T., & Hilty, D. M. (2019). Barriers to use of telepsychiatry: Clinicians as gatekeepers. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(12), 2510-2523.

Çam, M. O., Kaçmaz, ED. (2018). Telesağlık uygulamaları ve psikiyatri hemşireliğinde kullanımı. Türkiye Klinikleri J of Nur Sci, 10(4):363-369, DOI: 10.5336/nurses.2018-59821

Deslich, S., Stec, B., Tomblin, S., & Coustasse, A. (2013). Telepsychiatry in the 21st century: Transforming healthcare with technology. Perspectives in Health Information Management, 10, 1f.

Bulu, E. & Demirel, Ö. F. (2022). Psikiyatri alanında yeni nesil teknoloji uygulamaları. Nail Bilgili (Ed.), Sağlık bilimlerinde güncel tartışmalar içinde (s.93-101). Ankara: Bidge Yayınları.

Ertek, S. (2011). Endokrinolojide tele sağlık ve tele tıp uygulamaları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 126-130.

Finley, B. A., Shea, K. D., Maixner, R., & Slebodnik, M. (2021). Advanced practice registered nurses using synchronous telepsychiatry: An integrative systematic review. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 27(4), 271-282.

Fairchild, R. M., Ferng-Kuo, S. F., Rahmouni, H., & Hardesty, D. (2020). Telehealth increases access to care for children dealing with suicidality, depression, and anxiety in rural emergency departments. Telemedicine and e-Health, 26(11), 1353-1362.

Gajaria, A., Conn, D., & Madan, R. (2015). Telepsychiatry: Effectiveness and feasibility. Smart Homecare Technology and TeleHealth, 3, 59-67. <https://doi.org/10.2147/SHTT.S45702>

Gentry, M. T., Lapid, M. I., & Rummans, T. A. (2019). Geriatric telepsychiatry: Systematic review and policy considerations. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 27(2), 109-127.

Güler, K. G., & Emirza, E. G. (2022). Psikiyatri Hemşireliğinde Dijital Teknolojilerin Rolü. BİDGE Yayınları.

Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2018). The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine and e-Health*, 19(6), 444-454.

Hubley, S., Lynch, S. B., Schneck, C., Thomas, M., & Shore, J. (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. *World Journal of Psychiatry*, 6(2), 269-282.

Kasckow, J., Felmet, K., Appelt, C., Thompson, R., Rotondi, A., & Haas, G. (2014). Telepsychiatry in the assessment and treatment of schizophrenia. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 8, 21–27A. <https://doi.org/10.3371/CSRP.KAFE.021513>

Kornbluh, R. A. (2015). Telepsychiatry: Ready to consider a different kind of practice? *Current Psychiatry*, 14, 32–36.

Mateo, M., Alvarez, R., Cobo, C., Pallas, J. R., Lopez, A. M., & Gaite, L. (2019). Telemedicine: Contributions, difficulties and key factors for implementation in the prison setting. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21, 95-105.

Özgüç, S., & Tanrıverdi, D. (2019). Tele-psikiyatri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(4), 302-308. <https://doi.org/10.14744/phd.2019.37232>

Pakyürek, M., Yellowlees, P., & Hilty, D. (2010). The child and adolescent telepsychiatry consultation: Can it be a more effective clinical process for certain patients than conventional practice. *Telemedicine Journal and e-Health*, 16(3), 289-292. <https://doi.org/10.1089/tmj.2009.0130>

Pazar, B., Taştan, S., & İyigün, E. (2015). Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11(1), 1-4.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.

Recupero, P., & Fisher, C. E. (2014). Resource document on telepsychiatry and related technologies in clinical psychiatry. APA Council on Psychiatry & Law.

Rudolf, J. N. (2011). Effectiveness of telepsychiatry: An integrative literature review. Master's Thesis, Montana State University, Montana.

Schuh, W. (2023). College student preferences of telepsychiatry. *Journal of American College Health*, 71(3), 798-805.

Shore, J. H., Yellowlees, P., Caudill, R., et al. (2020). Best practices in videoconferencing-based telemental health. *Telemedicine and e-Health*, 26(11), 1248-1255.

Shore, J. H., Yellowlees, P., Caudill, R., Johnston, B., Turvey, C., Mishkind, M., & Hilty, D. (2018). Best practices in videoconferencing-based telemental health. *Telemedicine and e-Health*, 24(11), 827-832.

Shulman, M., John, M., & Kane, J. M. (2017). Home-based outpatient telepsychiatry to improve adherence with treatment appointments: A pilot study. *Psychiatric Services*, 68(7), 743-746. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600244>

Simms, D. C., Gibson, K., & O'Donnell, S. (2011). To use or not use: Clinicians' perceptions of telemental health. *Canadian Psychology*, 52(1), 41–51. <https://doi.org/10.1037/a0022275>

Singh, L., Kanstrup, M., Depa, K., Falk, A. C., Lindström, V., Dahl, O., ... & Holmes, E. A. (2021). Digitalizing a brief intervention to reduce intrusive memories of psychological trauma for health care staff working during COVID-19: Exploratory pilot study with nurses. *JMIR Formative Research*, 5(5), e27473.

Şenyüz, K., & Şentürk, S. (2017). Yoğun bakım hizmetlerinde yeni bir kavram: Tele-hemşirelik. Editör: Göller Bölgesi. Aylık Hakemli Ekonomi ve Kültür Dergisi Ayrıntı Sayı içinde (s. 45-49).

Torous, J., & Wykes, T. (2020). Opportunities from the coronavirus disease 2019 pandemic for transforming psychiatric care with telehealth. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1205-1206.

Trautmann, S., Rehm, J., & Wittchen, H. U. (2016). The economic costs of mental disorders. *EMBO Reports*, 17(9), 1245-1249.

Uslu, E., & Buldukoğlu, K. (2016). Tele hemşirelik uygulamalarının şizofreni hastalarının bakımına etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(1), 47-56.

Uslu, E. (2017). Telefonla problem çözme müdahalesinin şizofreni tanılı bireylerin ilaç tedavisine uyumuna etkisi. Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya.

Wang, L., & Alexander, C. A. (2014). Telepsychiatry: Technology progress, challenges, and language and transcultural

issues. Journal of Translational Medicine, 1(1), 1-11.
<https://doi.org/10.12691/jtmdd-1-1-1>

WHO (2023). Improving the mental and brain health of children and adolescents. (1.12.2024 tarihinde <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents> adresinden ulaşılmıştır).

Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. Internet Interventions, 20, 100317.

Wootton, R. (1996). Telemedicine: A cautious welcome. BMJ, 313(7069), 1375-1377.

Yellowlees, P., Chan, S., Parish, M., Sullivan, K., & Shore, J. (2020). The hybrid doctor–patient relationship in the age of technology: Telepsychiatry consultations and the use of virtual space. Current Psychiatry Reports, 22(2), 1-7.

Yellowlees, P., Shore, J., & Roberts, L. (2008). Telemedicine can make healthcare more affordable. Telemedicine Journal and e-Health, 14(10), 985-991.

BÖLÜM III

İntihar ve Ruhsal Bozukluklar

Sercan MANSUROĞLU¹

Giriş

İntihar, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. İntiharın önlenmesi, toplumsal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin bir arada ele alınmasını gerektiren karmaşık bir meseledir. Ruhsal bozukluklar, intihar riskinin en belirgin arttığı durumlar arasında yer almakta olup, intiharın gelişiminde önemli bir etkiye sahiptir. Depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, şizofreni ve kişilik bozuklukları gibi ruhsal hastalıklar, intihar girişimleriyle doğrudan ilişkilidir. Bu bozuklukların her biri, bireylerin düşünsel ve duygusal dünyasında önemli değişimlere yol açarak, intihar düşüncelerini tetikleyebilir veya bireyleri intihar eylemine yönlendirebilir.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kütahya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Kütahya/Türkiye, ORCID: 0000-0001-7562-0843, sercanmansuroglu@gmail.com.

İntihar davranışlarının anlaşılabilmesi için ruhsal bozuklukların sadece semptomatik yönleri değil, aynı zamanda bireylerin psikososyal durumları, yaşam stresörleri, destek ağlarının durumu ve genetik faktörler gibi çok boyutlu etmenlerin de dikkate alınması gerekir. Ruhsal bozuklukların tedavisi, intihar riskinin azaltılmasında kritik bir rol oynar. Ancak, yalnızca farmakoterapi ve psikoterapi gibi tedavi yöntemleri değil, aynı zamanda toplumsal destek, erken tanı ve müdahale stratejilerinin de intiharın önlenmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bu derlemede, intihar ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki ele alınarak, mevcut literatür ışığında risk faktörleri ve önleme stratejileri üzerinde durulacaktır.

İntihar Tanımlamaları

Bir kişinin toplumsal ve psikolojik sebeplerle kendi yaşamına son vermesi, aşırı tehlikeli davranışlar sergilemesi veya yaşamını riske atacak şekilde hareket etmesi olarak tanımlanabilir (Türk Dil Kurumu, 2024). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise intihar eylemini, "kişinin bilinçli olarak ve farklı derecelerde ölümcül amaçla kendine zarar vermesi" olarak açıklamıştır (DSÖ, 2016).

İngilizce'de "suicide" terimi, Latince kökenli bir kelimedir. Latince "sui" (kendi) ve "cadere" (öldürmek) kelimelerinden türetilmiştir. Türkçede ilk kez Tanzimat dönemiyle birlikte, kişinin kendisine zarar vermesi anlamında kullanılmaya başlanmış olan intihar terimi, Avrupa'da ise 18. yüzyılda Fransa'da "suicide" olarak kullanılmaya başlanmıştır (Arkun, 1978).

Yakın döneme kadar, ölümle sonuçlanmayan intihar olayları, ölümle sonlanan intiharların bir alt kategorisi olarak kabul edilmiştir. İntihar, eylemin ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması, kullanılan yöntemin ölümcül olup olmaması fark etmeksizin, yaşamına son

verme amacı taşıyan her türlü davranış olarak tanımlanır. Günümüzde, DSÖ, intiharı "intihar eylemi" ve "intihar girişimi" olmak üzere iki ana grupta ele almaktadır. Gerçek intiharlar ölümle sonuçlanırken, intihar girişimi, kişinin kendisine zarar vermek, zehirlenmek veya kendini öldürmek amacıyla gerçekleştirdiği ölümcül olmayan tüm girişimleri kapsar (DSÖ, 2016).

Durkheim'in toplumsal yönelimli kuramına göre, intiharlar birey ile toplum arasındaki ilişkideki bozukluklar ve çatışmalardan kaynaklanmaktadır (Odağ, 1975). Freud, intiharları açıklarken iki temel hipotez öne sürmüştür. Birinci hipotezde, depresyon durumunun ileri seviyeye ulaşmasıyla bireyin, kaybettiği veya nefret ettiği bir objeden kurtulmak için intihara yöneldiği düşünülür. İkinci hipotezde ise, artan agresyon sonucu birey kendisini tahrip ederek intihar etmeyi seçer (Asch, 1980; Uluduz & Uğur, 2001). Karl Menninger, intiharı başkalarına duyulan öfkenin bireye yöneltilmesi olarak tanımlar ve bu davranışın, bireyin kendine duyduğu öfkeyi cezalandırma şekli olduğunu belirtir. Menninger'e göre, intihar eden birey üç temel güdüyle hareket eder: öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteği. Menninger, intihar eden bireyde bilinçaltında ölme isteği hâkimken, intihar girişiminde bulunan bireyde ise ölmeme isteğinin baskın olduğunu savunur (Yalvaç, 2006; Weaver, 2009).

Ringel, intihar eden bireylerde özel bir klinik tablo olduğuna dikkat çekmiştir. "Presuicidal Sendrom" adı verilen bu tablo, bireysel yetersizlik, umutsuzluk, olumsuz düşünceler ve kişiler arası ilişkilerde gerileme hali ile karakterizedir. Ölüm düşüncesi giderek güçlenir ve intihar planları somut adımlara dönüşür (Can, 2003). Schneidman, intihar etmeyi düşünen hastaların karakteristik özelliklerinin tanınmasının önemini vurgulamaktadır. Ona göre, intiharda bir çözüm arayışı söz konusudur. İntihar eğilimindeki

bireyde aşırı bir içe kapanma ve hareketlerde azalma gözlemlenir. Ayrıca, hayat boyu süren bir ısrarcılık hali de ortaya çıkar. Her intihar girişimi, bireyin intihar riskini önemli ölçüde artırır (Uluduz & Uğur, 2001).

İntiharın Tarihsel Süreci

Antik çağlarda intihar ile ilgili yazılı bilgilere rastlanmakla birlikte, intihar olgusuna dair ilk somut veriler 1896'da Alman sosyolog Alfred Vierkandt'ın Madagaskar ve Yeni Zelanda yerlileri arasında gözlemlendiği kitlesel intihar vakalarıyla ortaya çıkmıştır (Güleç, 2009).

İntihar hakkında kapsamlı bilgiye ilk kez Fransız sosyolog Emile Durkheim'in katkılarıyla ulaşılmaktadır. Durkheim, 1897'de yayımlanan *İntihar* (Le Suicide) adlı eserinde intiharın toplumlar üzerindeki etkilerini incelemiş ve intiharın üç ana türünü tanımlamıştır: egoistik, anomistik ve alturistik. Egoistik intihar, yalnızlık ve çevreyle bağ kuramama sonucu ortaya çıkan intiharları tanımlar; anomistik intihar, toplumsal normlara uyumsuzluk ve değişen toplumsal yapıya ayak uyduramama durumundan kaynaklanır; alturistik intihar ise, bireylerin başkalarının iyiliği için hayatlarını feda etmeleriyle şekillenir (Minois, 2008; Öztürk & Uluşahin, 2008; Durkheim, 2013).

Eski Yunan'da, Platon ve Aristoteles intiharı kınamışlardır. Ancak, intihar etmek isteyen kişi, gerekçelerini sunarak devletten izin alır ve devlet bu eylemi denetlerdi. Yunanlılar, acı veren, tolere edilemeyen veya tedavi edilemeyen hastalıklar gibi durumlarda intiharı yanlış olarak değerlendirmezlerdi (Minois, 2008; Bulut & ark., 2012).

Roma’da ise toplum, hür insanlar, köleler ve askerler olmak üzere üç sınıftan oluşuyordu ve her sınıfın intihara bakışı farklıydı. Roma İmparatorluğu’nun erken dönemlerinde savaşlar nedeniyle intihar vakaları az görülürken, insan hayatı değerli sayıldığından intihar edenler ağır şekilde cezalandırılırdı. Ancak imparatorluğun gerileme döneminde, intihar erdemli bir davranış olarak kabul edilir ve cesaretle ilişkilendirilirdi. Köleler, mal olarak kabul edildikleri için intihar sık görülür ve intihar eden köleler ahlaksız olarak nitelendirilirdi. Askerler ise intiharı, askerlik görevini terk etme olarak değerlendirilip cezalandırılırdı (Minois, 2008; Bulut & ark., 2012).

Orta Çağ’da, intihar delilik, çaresizlik, yoksulluk, hastalık, fiziksel acı, cezalandırılma korkusu, namus, aşağılanmaktan kaçınma, aşk ve kıskanlık gibi sebeplerle şeytana uyma olarak kabul edilirdi. İntihar girişiminde bulunanlar tutuklanır ve ölümle cezalandırılırdı. İntihar edenlerin cesetleri ise, diğer insanlara uyarı olması amacıyla sokaklara bırakılır ve hayvanlar tarafından yenmesi sağlanır, malları devlet tarafından müsadere edilirdi (Minois, 2008; Townsend, 2009). Rönesans dönemiyle birlikte intihara yönelik tutumlar değişmeye başlasa da, dindar kişiler intiharı hala şeytani bir eylem olarak görmeye devam etmişlerdir (Minois, 2008).

Osmanlı İmparatorluğu’nda intihar olayları, resmi kayıtlarda ve gazetelerde genellikle intihar eden kişinin kimliği, intihar sebebi, şekli ve sonuçları gibi bilgilerle yer alıyordu. Bu dönemde, intiharın sebebi, intihar eden kişinin kimliğinden daha fazla önem taşırdı ve kişinin mahremiyetine saygı gösterilmeden acısı küçümsenirdi. Osmanlı’da intiharın olumsuz değerlendirilmesinin, İslam dininde kişinin kendisine zarar vermesinin yasak olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Kılıç, 2013).

İntiharı önlemeye yönelik ilk ciddi adımlar, 1950’lerde Los Angeles’ta açılan intihar önleme merkezi ile atılmaya başlanmış; 1960’larda *Uluslararası İntiharı Önleme Derneği* kurulmuş, 1970’lerde ise *İntiharı Önleme* adlı yayın çıkarılmıştır. 1990’larda dünya genelinde intihar oranlarının artmasıyla Birleşmiş Milletler (BM) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), intiharın önlenmesine yönelik uluslararası eylem planları geliştirmeye başlamıştır (DSÖ, 2012).

Bugün de intihar ile mücadelede, DSÖ desteğiyle çeşitli eylem planları geliştirilmekte ve Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011) çerçevesinde intiharların önlenmesine yönelik hedefler belirlenmiştir. Ayrıca, *Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı* aracılığıyla anılan programlar uygulanmaya devam etmektedir.

İntihar Çeşitleri

Dünya Sağlık Örgütü (2016), intiharı iki ana kategoriye ayırmaktadır:

- **Tamamlanmış intihar:** Ölümle sonuçlanan intiharlar,
- **İntihar girişimleri:** Bireyin kendine zarar vermeyi amaçladığı, ancak ölümle sonuçlanmayan tüm girişimlerdir.
Buna karşın, Uluslararası Ruh Sağlığı Enstitüsü intiharı üç farklı başlık altında sınıflandırmaktadır (Kıvrıkoğlu & ark., 2020):
- **İntihar düşüncesi:** Bireyin kendine zarar verme veya ölüm düşünceleri,
- **İntihar girişimi:** Bireyin kendine zarar verme amaçlı gerçekleştirdiği davranışlar,

- **İntihar:** Kendine zarar vermenin sonuçları olarak ölümün meydana gelmesi (Bulut & ark., 2012).

İntihar Epidemiyolojisi

- DSÖ (2024) verilerine göre:
- Her yıl yaklaşık 720.000'den fazla insan intihar ederek yaşamını sonlandırıyor.
- Gerçekleşen vakaların % 86'sı <70 yaş ve % 8.6'sı 15-29 yaş arasındadır.
- Her 40 saniyede bir intihar vakası gerçekleşiyor.
- Daha önce intihar girişiminde bulunmak, genel olarak intihar için tek önemli risk faktörüdür.
- İntihar, trafik kazalarından sonra gelen ikinci ölüm nedenidir.
- Dünyada intiharların %73'si düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir.
- Gelişmiş ülkelerde intiharla ölümler erkeklerde kadınlara göre 3.5 kat daha fazladır.

İntihar Risk Faktörleri

1.Biyolojik Faktörler

Bireyin intiharına yol açabilecek biyolojik etkenlerin en önemlilerinden biri beden yapısıdır. Aşırı kilolu veya zayıf bireyler, çevrelerinden alay konusu olduklarında, bu durum intihar düşüncesine yol açabilir. Bu tür alaycı tutumlarla başa çıkamayan kişi, önce zayıflamak ya da kilo almak için çabalar sarf eder; ancak başarısızlıkla sonuçlanan bu çabalar, nihayetinde intihar

düşüncesine itebilir. Özürlü bireyler, dışarıdan gelen acımasız eleştirilerle en çok rencide olanlardır. Bu tür durumlarla başa çıkmaya çalışan birey, kendini evine kapatarak yalnızlaşabilir, ve bu yalnızlık duygusu, intihar düşüncesini tetikleyebilir. Ayrıca, kadınlarda adet döngüsündeki hormon değişiklikleri de intihara yol açan faktörler arasında yer alır. Yumurtlama ve kanama gibi adet dönemi hazırlıklarına yol açan hormon seviyelerindeki dalgalanmalar, stres, sıkıntı, gerginlik, alınganlık ve hassasiyet gibi ruhsal değişimlere neden olabilir. Bu biyolojik değişimler, kadınların adet dönemi sırasında, erkeklere kıyasla intihar riskinin daha yüksek olmasına sebep olabilir (Kozatepe, 2015).

2.Genetik Faktörler

İntihar davranışında ailesel yatkınlığın önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Genetik yapıları benzer olan tek yumurta ikizleri ile genetik farklılıklar gösteren çift yumurta ikizleri arasında, intihar düşünceleri, intihar girişimleri ve ölümle sonuçlanan intiharlar gibi farklı düzeylerde gözlemler yapılmaktadır (Özalp, 2009). Voracek ve Loibl (2007), yaptıkları çalışmada, genetik faktörlerin diğer psikiyatrik hastalıklar ve psikolojik stresörlere bağımlı olmaksızın intihar üzerinde %30-50 arasında değişen bir etkiye sahip olduğunu ve bu etkinin tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre daha belirgin olduğunu göstermişlerdir.

3.Yaş

Çalışmalarda, intihar vakaları genellikle üç ana yaş grubuna ayrılmaktadır: çocuklar, gençler (ergenler) ve yaşlılar. Çocuklarda intihar, masum duyguların yanı sıra öfke ve şiddet gibi karmaşık duygulardan da kaynaklanabilir. Çocukların intihar girişimlerinin başlıca sebepleri arasında kaybettikleri yakınlarına (örneğin anne-

baba) kavuşma arzusu, ölümü anlamaya çalışma, başkalarını korkutma veya cezalandırma isteği ve içe atılan öfke, suçluluk duyguları veya depresyon yer almaktadır (Suvarlı, 1995).

15-24 yaş arasındaki gençlerde (ergenlerde) intihar, hem Türkiye'de hem de dünya genelinde en yaygın görülen yaş dilimidir. Bu yaş grubunda intihar oranlarının artmasının temel nedenlerinden biri, bireylerin kimlik arayışında olmaları, kendilerini keşfetmeleri ve sosyalleşme süreçlerinin yoğunlaşmasıdır (Şener & Şenol, 1996). Yiğit, Söyüncü ve Berk (2010) tarafından Akdeniz Üniversitesi Hastanesi acil servisinde yapılan bir araştırmaya göre, 2006-2007 yıllarında kasıtlı olarak kendine zarar verme girişiminde bulunan hastaların %57'si 16-24 yaş aralığındaydı ve bu kişilerin %88'i ilaç alarak intihar girişiminde bulunmuşlardır.

Yaşlılık döneminde de intihar oranları artmaktadır. Yaşla birlikte tamamlanan intihar oranlarının yükselmesi, yaşlı erkeklerde intihar hızlarının genel ortalamadan 3-4 kat fazla olması dikkat çekicidir. Yaşlılarda intiharın artmasında, emeklilik sonrası ekonomik ve sosyal statü kaybı, kısıtlı sosyal ilişkiler ve sosyal destek eksiklikleri önemli nedenler arasındadır. Ayrıca, yaşlılarda tıbbi hastalıklar, fiziksel yeti kaybı, bakım gereksinimleri ve kişisel mahremiyetin zedelenmesi gibi faktörler de intihar riskini artırmaktadır (Duru & Özdemir, 2009).

Tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlı bireylerde de intihar edenlerin büyük kısmı depresif belirtiler göstermektedir (Güleç, 2016). Pearson ve arkadaşları (1997) yaptıkları araştırmada, 75 yaş ve üzeri erkeklerde sanayileşmiş ülkelerdeki en yüksek intihar oranlarını tespit etmişlerdir. Gençlere kıyasla yaşlılarda majör depresyon, madde kullanımı ve komorbid hastalıkların önemli risk

faktörleri olduğu ve yaşlıların intihar girişimlerinin daha ölümcül olduğu vurgulanmıştır (Duru & Özdemir, 2009)

4.Cinsiyet

İntihar, cinsiyete göre farklılıklar gösterir. Erkekler tamamlanmış intihar oranlarında kadınlardan daha yüksek oranlara sahipken, kadınların intihar girişimleri erkeklere göre daha fazladır. Baskıcı toplumlarda kadınların intihar girişimleri daha sık görülmektedir. Kadınlardaki intihar girişimlerinin yüksekliği, bu kişilerin yaşamdan vazgeçmektense, yaşadıkları stresin topluma ifade edilmesi amacıyla intihar girişiminde bulunduklarını düşündürmektedir (Kozatepe, 2015).

5.Irk ve Kültür

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalarda, Afrika kökenli Amerikalılarda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük intihar oranları gözlemlenirken, Asyalı ve beyazlar intihar için risk faktörü olarak kabul edilmiştir (Saraçoğlu, 2011).

6.Evlilik ve Medeni Durum

Aile yapısındaki değişiklikler, intihar potansiyelini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Evlilik sorunları, aile içi bozulmalar veya tehditler, özellikle kadınlarda intihar riskini artırmaktadır. Ayrıca bekar, boşanmış ya da eşini kaybetmiş kişilerde intihar davranışları daha fazla görülmektedir (Palabıyıkoglu, 1993; Ekici, 2001a).

7.Din

Din, bireylerin inançlarına dayanarak güçlüklerle başa çıkmalarına yardımcı olan önemli bir unsurdur. Bireylerin dini inançları, zor zamanlarda manevi destek sağlamak ve kendilerine bir

sığınak oluşturmak için başvurabilecekleri bir kaynaktır. Din, intihar düşüncesine yönelmeden önce bir çıkış yolu sunar (Kula, 2002). Lawrence ve arkadaşları (2016), yaptıkları araştırmada dinsel aidiyetin doğrudan intihar düşüncesine karşı koruyucu olmadığını, ancak intihar girişimlerine karşı koruyucu bir etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

8.Meslek ve Gelir Durumu

Meslek ve gelir durumu da intihar riski üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Durkheim, bir işte çalışmanın, bireyin enerjisini belirli bir alana yönlendirmesiyle intihar riskini azaltacağını ifade etmektedir. Kişisel iletişimin yüksek olduğu mesleklerde, çok yönlü olmanın getirdiği sıkıntılar ve tek bir iş üzerine odaklanmamanın etkisiyle intihar oranlarının arttığı görülmektedir (Yüksel, 2001). Ayrıca, mesleklerin intihar riskini artıran başka faktörleri de vardır. İntihar materyallerine kolay erişimi olan meslek grupları ve psikolojik travmalara maruz kalan meslek grupları, intihar açısından daha yüksek risk altındadır. Gelir seviyesindeki dengesizlikler ise ailedeki tüm bireyleri etkileyebilir (Polat, 1997; Ekici & ark., 2001a).

Çalışma hayatı sona eren emeklilerde ise geçim sıkıntıları devam edebilir ve bu durum, emekliler arasındaki intihar oranlarını artıran bir faktör olabilir. Meslek, intihar nedeni olarak değerlendirildiğinde, işsizlik en önemli etkidir. İşsiz bireyler, ihtiyaçlarını karşılayamamak ve meşguliyet eksikliği nedeniyle psikolojik boşluklar yaşayarak intihara yönelebilirler (Yüksel, 2001). Classen ve Dunn (2012), ABD'de 1996-2005 yılları arasında istihdam durumu ile intihar arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, işsizlik ile intihar arasında anlamlı bir ilişki

bulmuşlardır. İş kaybının intihar düşüncelerini artırmada etkili olduğu, toplu işten çıkarma sonrasında intihar vakalarının arttığı bildirilmiştir.

9.Fiziksel Hastalıklar

Fiziksel hastalıklar, bireylerin başkalarına muhtaç olmasına yol açarak intihar riskini artırabilir. Özellikle kanser, organ yetmezliği ve uzun süre organ nakli bekleyen hastalar, hormonal hastalıklar, AIDS, demans, epilepsi, kas-iskelet bozuklukları ve peptik ülser gibi hastalıklar, intiharı tetikleyebilecek önemli sağlık sorunlarıdır (Ekici & ark., 2001b).

İntiharın Sık Görüldüğü Psikiyatrik Bozukluklar

İntiharın arkasındaki sebepler her ne olursa olsun, bireyin psikolojik durumunun bozulması, intiharı tetikleyen önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. İntihar vakalarının çoğunda, psikolojik bozukluklar, nedenin yol açtığı ikincil komplikasyonlar arasında yer alır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %25-50'si yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmakta, %8-19'u ise tamamlanmış intihar sonucu hayatını kaybetmektedir. İntihar nedeniyle ölen kişilerin yaklaşık %25'i ölmeden önce ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmıştır (Güleç, 2016).

Mann ve Haas (1999) yaptıkları araştırmada, psikiyatri hastalarında intihar girişimlerinin, depresyon seviyesinin yüksek olduğu bireylerde daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir. Ayrıca, yaşam boyu saldırganlık ve dürtüsellik oranlarının intihar girişimlerini önemli ölçüde etkilediğini, komorbid psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan bireylerde ise intihar girişimlerinin daha yaygın olduğunu ifade etmişlerdir.

1.Depresyon

Depresyon, intihar girişimlerinde en sık karşılaşılan tanıdır. Tedavi edilmemiş depresyon vakalarında intihar riski %2.2 ile %15 arasında değişmektedir. Depresyon tedavisi gören hastaların ise %15'i intiharla yaşamlarına son verir. Bugüne kadar kaydedilen intihar vakalarının yaklaşık %50'sinin depresyon kaynaklı olduğu bildirilmiştir (Edlavitch & Byrns, 2014). Major depresyonu olan bireylerde, intiharın öngörücüleri arasında daha önceki intihar girişimi, umutsuzluk düzeyinin yüksekliği ve belirgin intihar eğilimi yer almaktadır. Major depresyon hastalarında intihar genellikle ilk atak sırasında gerçekleşir ve alkol kullanımı, agresif kişilik özellikleriyle ilişkilidir (Güleç, 2016).

2.Duygudurum Bozuklukları

Duygudurum bozuklukları, intihar için önemli bir risk faktörüdür. Bipolar bozukluğu olan bireylerde en sık intihar depresif atak sırasında görülse de, karma atak durumlarında intihar riski manik atağa göre daha yüksektir. Yaşam boyu intihar riski, duygudurum bozukluğu bulunmayan poliklinik hastalarında %0.7 iken, bu bozukluk mevcutsa %2.2'ye yükselmektedir (APA, 2003). Finseth ve arkadaşları (2014), bipolar hastalarda yaşam boyu intihar girişimlerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Depresif dönem, alkol ve madde kullanımı ile antidepresan öyküsünün intihar riskini artıran faktörler arasında yer aldığı, buna karşın baskın mani hali veya psikozun intihar girişimlerinde daha az etkili olduğu ifade edilmiştir.

3.Şizofreni

Şizofreni hastalarında, genel popülasyona kıyasla intihar riski 8.5 kat daha yüksektir. Bu risk, hastanede tedavi gören bireylerde

daha belirgindir. Şizofreni hastalarında intihar riski, hastalığın ilk yıllarında ve özellikle hastaneden taburcu olduktan sonra artmaktadır. Çok sayıda hastane yatışı, geçmiş intihar girişimi, genç yaş, erkek cinsiyet, sosyal izolasyon, madde kullanımı, tedaviye düşük uyum ve ailede intihar öyküsü intihar riskini artıran faktörlerdir. Depresyon ve ajitasyon gibi özgül afektif belirtiler, intihar riski ile daha fazla ilişkilidir. Şizofreni hastalarında, intihar riski çoğunlukla iyileşme ve postpsikotik depresyon dönemlerinde daha yüksektir. Şizoafektif bozukluğu olan hastalar, şizofreni hastalarına göre daha yüksek intihar riski taşımaktadır. Özellikle, hastalık öncesinde iyi bir premorbid öyküsü ve yüksek entelektüel fonksiyonlara sahip olan hastalarda intihar riski artmaktadır (APA, 2003; Windfurh & Kapur, 2011; Nordentoft & ark., 2015).

4.Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, intihar riskini 6-10 kat artırmaktadır. Anksiyete bozukluğu yaşayan ve intihar eden bireylerde, sıklıkla komorbid depresyon, alkol kullanımı ve kişilik bozukluğu belirtileri de mevcuttur (APA, 2003). Bomyea ve arkadaşları (2013), anksiyete bozukluğu olan bireylerde intihar düşünceleri ve davranışlarının yaygın olduğunu, başka ruhsal hastalıkların varlığının bu riski artırdığını ifade etmişlerdir.

5.Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde intihar davranışı daha yaygındır. Bu bireyler, daha şiddetli bağımlılık, daha fazla çeşit madde kullanımı, alkol ve sedatif hipnotiklerin kötüye kullanımı, nörotik ve borderline kişilik özellikleri gibi faktörler ile ilişkilidir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, daha fazla ayrılık, ailevi sorunlar, maddi zorluklar, işsizlik ve çocukluk

çağı travmalarının da intihar riskini artırdığı bildirilmiştir. Alkol ve madde bağımlılığı ile sosyal uyum sorunları yaşayan bireylerin yaşamlarını intiharla sonlandırma olasılığı daha yüksektir (APA, 2003; Ögel, 2010). Kennedy ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmalarda, yasadışı madde kullanımı ve ağır alkol tüketimi ile intihar davranışı arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır.

6. Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları, intihar riski ile doğrudan ilişkilidir. Kişilik bozukluğu olan bireylerin yaşam boyu intihar riski %3-9 arasında değişmektedir. Kişilik bozukluğu olan bireylerin %40-90'ı yaşamlarında bir dönem intihar girişiminde bulunurlar. Antisosyal veya borderline kişilik bozukluğu olan genç hastalarda, depresyon, madde kullanımı gibi eşlik eden ruhsal bozukluklar ve olumsuz yaşam olaylarının intihar riskini artırdığı gözlemlenmiştir (APA, 2003; Yalvaç & ark., 2014). Links ve arkadaşları (2003), antisosyal veya borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde, olumsuz yaşam olaylarının veya çocuklukta cinsel istismar öyküsünün intihar davranışına yol açtığını bildirmişlerdir. Ayrıca, narsistik kişilik bozukluğu olan hastalarda, komorbid psikiyatrik hastalıklar yoksa intihar riski daha yüksektir.

İntiharı Önleme ve Hemşirelik Yaklaşımları

İntihar davranışını tedavi edebilmek için ilk adım, bireylerin intihar riski ve intihar tehdidinin ciddiyetini değerlendirmektir. İntihar risk değerlendirmesi karmaşık ve zorlu bir süreçtir; bir kişinin intihar edip etmeyeceğini veya bunu ne zaman gerçekleştireceğini tahmin etmek oldukça güçtür. İntihar hakkında soru sormanın riskin artmasına neden olacağına dair bir inanç olsa da, bu doğru değildir. İntihara dair konuşan kişiler gerçekten intihar

edebilirler, bu yüzden bu konuda konuşmak, riskin doğru bir şekilde belirlenmesinde önemlidir. Bu nedenle, intihar riskiyle ilgili bir görüşme sırasında kişiye doğrudan sorular sormak en sağlıklı yöntemdir. İlk olarak genel sorular sorulup, sonra özel sorulara geçilerek, örneğin ölümden bahsedilerek, kişiye ölmeyi ya da kendisini öldürmeyi düşünüp düşünmediği sorulabilir (Temel, 2009; Öncü, 2006).

İntihar davranışının tedavi edilmesindeki ana hedefler şunlardır:

- Bireyin can güvenliğini sağlamak,
- İntihara yol açan zorlukları aşmasına yardımcı olmak,
- Gelecekte benzer sorunlarla karşılaştığında intihar düşüncelerinin yeniden ortaya çıkmasını engellemek için kendilik algısını güçlendirmek,
- Ayrıca problem çözme becerilerini geliştirmesini sağlamaktır (Tatlılıoğlu, 2012).

İntihar riskinin değerlendirilmesinde, görüşmeler sırasında sakin, yargılayıcı olmayan, empatik ve destekleyici bir tutum benimsenmeli; sorular açık ve doğrudan olmalıdır. Hastanın güvenini kazanmak, iletişimi güçlendirirken kişinin duygularını paylaşmasına da olanak tanıyabilir. Ayrıca, intihar riski taşıyan bireylerin ailesi, arkadaşları, daha önceki doktorları ya da eski dosyalarından bilgi almak, risk değerlendirmesinde oldukça faydalıdır. İntihar riskini değerlendirirken, kişinin sosyodemografik özellikleri, ruhsal bozuklukları, psikolojik özellikleri, kişiler arası ilişkileri, yaşam koşulları, intihar planlarının detayları, geçmişteki intihar girişimleri ve intihar düşüncesine yol açan sebeplerin

sorgulanması önemlidir. Her bireyin yaşam koşulları ve özellikleri farklıdır; bu yüzden risk faktörlerini belirlemek, her hastayı bireysel olarak değerlendirmeyi kolaylaştırır ve uygun tedavi planlamasını sağlar. İntihar riski taşıyan kişiler yüksek risk altında ise hastaneye yatırılarak gözlem altında tutulmalı, risk daha düşükse ayaktan tedavi için 24 saatlik bir randevu verilerek izleme yapılmalıdır (Köroğlu & Güleç, 2007; Öncü, 2008).

İntihar eden bireylerin güvenliğini sağlamak, tedavi sürecindeki en kritik adımdır. Bu amaç doğrultusunda, kişinin ailesi ya da yakın çevresiyle işbirliği yapılması faydalı olabilir. Ayrıca, bireyin güvenliğini sağlamak için bazı fiziksel önlemler alınmalıdır. Örneğin, çevrede yüksek dozda ilaç bulundurulmamalı ve kesici, delici aletlere erişim engellenmelidir. Ancak, bu önlemler alınırken, hastanın özgürlüğü mümkün olduğunca kısıtlanmamalıdır (Öncü, 2006). İntiharı engellemeye yönelik tedavi, bireyin altında yatan psikolojik sorunlarına odaklanmalıdır. İntiharın önlenmesi konusunda yapılan çalışmalar, tedavi kadar önem taşır. Birincil önleme, intihar davranışının henüz başlamadığı aşamadır ve iki ana amacı vardır: İlk olarak, bireylerin karşılaştıkları problemlerle baş edebilmeleri için gerekli beceriler kazandırılmalıdır. İkinci olarak ise, intihara yol açabilecek kişisel ve çevresel risk faktörlerinin etkileri en aza indirilmek ya da tamamen ortadan kaldırılmak istenmektedir. Birinci hedef doğrultusunda, bireylerin depresyonla başa çıkma, öfke yönetimi, yalnızlıkla mücadele, kişilerarası problemlere çözüm geliştirme, yardım arama ve kriz anlarında çözüm üretme gibi becerileri geliştirilmelidir. İkinci hedef ise, bireylerin çevresel faktörlerle uyum sağlamalarını ve intihara yol açabilecek risk etmenlerini engellemeyi amaçlar. Toplumsal ve ekonomik alanda yapılacak düzenlemeler, örneğin ekonomik

zorlukların intihar üzerindeki etkisinin azaltılması, bu tür intiharların önlenmesinde önemli bir rol oynayabilir (Tel, 2016; Öncü, 2008).

İkincil önleme, intihar belirtisi gösteren bireylerin tespit edilmesi ve bu kişilere yönelik önlemlerin alınmasını içerir. İntihar riski taşıyan bireylerin belirlenmesi ve bu kişilerin ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmalarının sağlanması, ikincil önlemenin temel unsurlarındandır. Üçüncül önleme ise, geçmişte intihar girişiminde bulunan bireyleri kapsar ve tekrarlayan intihar girişimlerini önlemeye yönelik çalışmaları içerir. Bu aşamada bireylerin tedavi süreci, intihara yönelik tedavi yöntemleriyle uyumlu şekilde devam eder (Öncü, 2006; Eskin, 2012; Tatlılıoğlu, 2012).

Sonuç

İntihar, bireyin yaşadığı ruhsal, sosyal ve biyolojik faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan çok boyutlu bir sorundur. Ruhsal bozukluklar, intihar davranışının en önemli risk faktörlerinden biridir. Özellikle depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları intihar girişimlerinin ve tamamlanmış intiharların en sık görüldüğü psikiyatrik tanılar arasında yer almaktadır. Ruhsal bozuklukların yanı sıra, intihar davranışına yol açan sosyal ve çevresel faktörler de göz ardı edilmemelidir. Bununla birlikte, intihar davranışını anlamak ve önlemek için bireysel, toplumsal ve sistematik düzeyde çok yönlü müdahale programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Önlemede ruh sağlığı hemşireliği yaklaşımları, intiharın karmaşık doğasına uygun olarak biyopsikososyal bir perspektif ile ele alınmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı taramalarının yaygınlaştırılması, intihar riskini erken dönemde belirlemede etkili olabilecektir. Özellikle risk altındaki bireyler için

psikoterapi uygulamaları (örneğin, bilişsel davranışçı terapi), kriz müdahale yöntemleri ve psiko-eğitim programları, bireysel düzeyde intihar riskini azaltmada önemli araçlar arasında yer almaktadır. Toplumsal farkındalığın artırılması, damgalanma ile mücadele edilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, intiharı önlemeye yönelik sistematik adımlar olarak öne çıkmaktadır. Sonuç olarak, intiharın önlenmesi için ruhsal bozuklukların etkili bir şekilde tedavi edilmesi, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve intihara yönelik risk faktörlerinin kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Ruh sağlığı hemşireleri, bireylerin risk faktörlerini tespit ederek, gerekli müdahaleleri zamanında uygulamakla sorumludur. Toplum temelli önleme programları ve bireysel yaklaşımların bir arada yürütülmesiyle intihar oranlarının azaltılabileceği unutulmamalıdır. Bu bağlamda, multidisipliner bir iş birliği ve sürdürülebilir politikalar, intiharla mücadelede kilit rol oynamaktadır.

Kaynaklar

American Psychiatric Association. (2003). Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors.

Arkun, N. (1978). İntiharın psikodinamikleri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Asch, S. S. (1980). Suicide and the hidden executioner. International Review of Psychoanalysis, 7, 51-60.

Bomyea, J., Lang, A. J., Craske, M. G., Chavira, D., Sherbourne, C. D., Rose, R. D., Golinelli, D., Campbell-Sills, L., Welch, S. S., Sullivan, G., Bystritsky, A., Roy-Byrne, P., & Stein, M. B. (2013). Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. Psychiatry Research, 209(1), 60–65.

Bulut, E. R., Küçüker, H., & Bulut, N. S. (2012). İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 34, 128-137.

Can, S., & Sayıl, I. (2003). Yineleyici intihar girişimleri. Kriz Dergisi, 12, 53-62.

Classen, T. J., & Dunn, R. A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: A new look using mass-layoffs and unemployment duration. Health Economics, 21(3), 338–350.

Durkheim, E. (2013). İntihar (Z. İlkelen, Çev.). İstanbul: Pozitif Yayınları.

Duru, G., & Özdemir, L. (2009). Yaşlı intiharları, nedenleri ve önleyici uygulamaları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 34–41.

Duru, H. G., & Özdemir, Ö. L. (2009). Yaşlı intiharları, nedenleri ve önleyici uygulamalar. *HUHEMFAD*, 16(2), 34-41.

Dünya Sağlık Örgütü. (2016). İntiharın önlenmesi.

Dünya Sağlık Örgütü. (2012). Ülkelerin intihar istatistikleri ve tabloları.

Dünya Sağlık Örgütü. (2024). İntihar.

Edlavitch, S. A., & Byrns, P. J. (2014). Primary prevention research in suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(2), 69–73.

Ekici, G., Savaş, H. A. & Çıtak, S. (2001a). İntihar riskini artıran psikososyal etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(4), 204-212.

Ekici, G., Savaş, H. A. & Çıtak, S. (2001b). Tamamlanmış intiharlarda iki önemli risk etmeni: Fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(3), 168 - 173.

Eskin, M. (2012). İntihar: Açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme. Ankara: HYB Basım Yayın.

Finseth, P. I., Sønnderby, I. E., Djurovic, S., Agartz, I., Malt, U. F., Melle, I., Morken, G., Andreassen, O. A., Vaaler, A. E., & Tesli, M. (2014). Association analysis between suicidal behaviour and candidate genes of bipolar disorder and schizophrenia. *Journal of Affective Disorders*, 163, 110–114.

Güleç, C. (2009). Psikiyatrinin ABC'si. İstanbul: Say Yayınları.

Güleç, G. (2016). Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 9(3), 21-25.

Kennedy, M. C., Marshall, B. D., Hayashi, K., Nguyen, P., Wood, E., & Kerr, T. (2015). Heavy alcohol use and suicidal behavior among people who use illicit drugs: A cohort study. Drug and Alcohol Dependence, 151, 272–277.

Kılıç, R. (2013). Gerçeklik ve kurgu olarak Osmanlı'dan Cumhuriyet'e İstanbul'da intihar. Modern Türklük Araştırmaları Dergisi, 10(4), 43-70.

Kıvrıkoğlu, F., Güllü, D., & Sarp Kulkara, N. (2020). Bir adli tıp olgusu olarak intiharın psikanalitik bakış açısı ile incelenmesi. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi, 3(6), 45-50.

Kozatepe, E. (2015). İntihar ve intihara teşebbüs yöntemleri, nedenleri ve çözüm yolları (Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul).

Köroğlu, E., & Güleç, C. (2007). Psikiyatri temel kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın.

Kula, N. (2002). Deprem ve dini başa çıkma. Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi, 1, 237.

Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and suicide risk: A systematic review. Archives of Suicide Research. Official Journal of the International Academy for Suicide Research, 20(1), 1–21.

Links, P. S., Heisel, M. J., & Garland, A. (2003). Affective instability in personality disorders. American Journal of Psychiatry, 160, 394–395.

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181–189.

Minois, G. (2008). İntiharın tarihi: İstemli ölüm karşısında Batı toplumu (N. Acar, Çev.). Ankara: Dost Kitabevi.

Nordentoft, M., Madsen, T., & Fedyszyn, I. (2015). Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 387-392.

Odağ, C. (1985). İntihar (Özkıyım): Tanım, kuram, sağaltım. İzmir: İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları.

Ögel, K. (2010). Madde kullanımı ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar: İntihar ve madde kullanımı. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Öncü, B. (2006). İntihar eğilimi olan hastaya acil müdahale. *Kriz Dergisi*, 14(2), 31-37.

Öncü, B. (2008). İntihar davranışına yönelik tutumlar. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 1(3), 23-27.

Özalp, E. (2009). İntihar davranışının genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi*.

Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2008). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş.

Palabıyıkoglu, R. (1993). İntihar davranışında ailenin rolü ve önemi. *KD*, 1, 64.

Pearson, J. L., Conwell, Y., Lindesay, J., Takahashi, Y., & Caine, E. D. (1997). Elderly suicide: A multinational view. *Aging and Mental Health*, 1(2), 107-111.

Polat, O., & Ark. (1997). *Adli tıp ders kitabı*. İstanbul, 260-262.

Saraçoğlu, U. (2011). Acil servise zehirlenme sonucu gelen hastaların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik analizi. ÇÜ, Tıp Fakültesi Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

Suvarlı, M. K. (1995). Çocuklarda ve adolesans çağında intihar: Araştırmalar, önlemler ve çözüm önerileri. *KD*, 3(1-2), 89.

Şener, Ş., & Şenol, S. (1996). İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlemi. *3P Dergisi*, 4, 103.

Tatlıhoğlu, K. (2012). Sosyal bir gerçeklik olarak intihar olgusu: Sosyal psikolojik bir değerlendirme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(2):135-157.

Tel, H. (2016). İntihar ve psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 2(2), 14-23.

Temel, M. (2010). İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 12(2), 78-83.

Townsend, M. C. (2009). *Psychiatric mental health nursing concepts of care in evidence-based practice*. F.A. Davis Company.

Türk Dil Kurumu (2024). İntihar.

Uluduz, D., & Uğur, M. (2011). Bir vaka dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. *Yeni Symposium*, 39, 19-25.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. (2011). İntiharların önlenmesi.

Voracek, M., & Loibl, L. M. (2007). Genetics of suicide: A systematic review of twin studies. *Wiener klinische Wochenschrift*, 119(15-16), 463–475.

Weaver, J. C. (2009). Epistemic communities and the suicide problem: The twentieth century. In *A sadly troubled history: The meanings of suicide in the modern age*. McGill-Queens University Press.

Windfuhr, K., & Kapur, N. (2011). Suicide and mental illness: A clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *British Medical Bulletin*, 100, 101–121.

Yalvac, D. (2006). İntihar girişiminde bulunan bireylerde psikiyatrik morbidite, kişilik bozukluğu ve bazı sosyodemografik ve klinik etkenler ilişkisi (Uzmanlık tezi). Malatya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.

Yalvaç, H. D., Kaya, B., & Ünal, S. (2014). İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişilik bozukluğu ve bazı klinik değişkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 24–30.

Yiğit, Ö., Söyüncü, S., & Berk, Y. (2010). Kimler intihar girişiminde bulunuyor? Bir acil servisin deneyimleri. *Yeni Symposium: Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 48(2), 122–128.

Yüksel, N. (2001). İntiharın nörobiyolojisi. *Turkish J Clin Psy*. 4(2), 5-15

BÖLÜM IV

Yaşlılarda Ruh Sağlığını Destekleyen Yaklaşımlar: Psikoterapötik Müdahaleler

Saliha Esra ERYILMAZ AYDIN¹

GİRİŞ

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 60 yaş ve üzeri yetişkinlerin yaklaşık %14'ünün ruhsal bozukluk yaşadığını belirtmektedir (WHO, 2023). Yaşlı yetişkinlerde en fazla görülen ruhsal sorunlar depresyon ve anksiyetedir. Dünya genelinde intihardan kaynaklanan ölümlerin yaklaşık dörtte birinin 60 yaş ve üzeri kişiler olduğu belirtilmektedir (WHO, 2023). Yaşlı yetişkinlerde, depresyon ve diğer ruhsal bozuklukların tedavisi için psikoterapötik müdahalelerin etkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (Huang & ark., 2015, Raue & ark., 2017).

¹ Öğr. Gör. Dr. Uşak Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Bölümü Uşak/Türkiye Orcid: 0000-0002-1515-944X, saliha.eryilmaz@usak.edu.tr

Yaşlı bireylerde psikoterapi uygulamaları, yaşlılığın getirdiği biyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklere uyum sağlamaya yardımcı olma amacı taşımaktadır. Bu bireyler, yaşam dönemlerine özgü kaygılar, depresyon, travmalar ve kayıplarla başa çıkma ihtiyacı duyarlar. Psikoterapiler, yaşlı bireylerin duygusal işlevselliğini desteklemek, sosyal bağlantılarını güçlendirmek ve yaşam kalitesini artırmak için önemli bir araçtır (Mitchell & Pachana, 2020).

Yaşlılarda Psikoterapotik Müdahaleler

Yaşlılık döneminde ruhsal bozuklukların ortaya çıkışında biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasında karmaşık bir etkileşim bulunmaktadır. Bu dönemde depresyon, anksiyete, yalnızlık, bilişsel gerileme, hipokondri ve demans gibi ruhsal sorunların yaygınlığı artmaktadır. Bu sorunlar genellikle yaşlı bireylerde fizyolojik rahatsızlıklarla bir arada seyretmektedir (Aslan & Hocaoglu, 2014; Adachi, 2015). Yaşlılarda görülen en yaygın ruhsal bozukluklardan biri olan depresyon, kronik tıbbi hastalıklar, bilişsel bozukluklar, ailesel etkenler ve engellilik gibi birçok faktörün etkisi altındadır. Aynı zamanda bu durum, birçok tıbbi hastalığın seyrini kötüleştirerek mortalite oranlarını da artırmaktadır (Barlas & Karaca, 2016). Bu nedenle, yaşlı bireylerin ruhsal sorunlarını ele almak ve duygusal destek sağlamak büyük önem taşımaktadır. Psikolojik destek yeterli olmadığında, daha yapılandırılmış yaklaşımlar sunan psikoterapiler devreye girmektedir (Sibel, 2011). Psikoterapötik müdahaleler, yaşlı bireylerin bu sorunlarla başa çıkmalarını, yaşam kalitelerini artırmalarını ve genel iyilik hallerini korumalarını sağlayan etkili yöntemlerdir (Fordham & ark., 2018). Yaşlılara yönelik uygulanan birçok psikoterapi yaklaşımı bulunmakla birlikte, bilişsel davranışçı

terapi, psikodinamik psikoterapi, kısa süreli dinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi, anımsama terapisi ve sanat terapisi sıklıkla kullanılanlardandır.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireylerin düşünce kalıplarını ve davranışlarını değiştirerek duygusal ve psikolojik iyileşmeyi sağlamayı amaçlayan bir psikoterapi yöntemidir. BDT'nin temel ilkesi, bireylerin düşünceleri, duyguları ve davranışları arasındaki etkileşimi anlamaları ve bu süreçte olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmeleridir (González-Martín & ark., 2023). A. Beck tarafından 1960'lı yıllarda geliştirilen bu yaklaşım, özgün psikopatoloji kuramı ve tedavi yaklaşımı nedeniyle tüm dünyada kullanılan en yaygın terapi uygulamalarından biri haline gelmiştir (Barlas & Karaca 2016).

Bilişsel Davranışçı Terapi, yaşlı bireylerin psikolojik iyiliğini artırmada etkili bir yöntemdir. BDT geriatrik hastalarda özellikle orta ve şiddetli depresyon tedavisinde, yaygın anksiyete bozukluğunda, uyku bozukluklarında, bilişsel gerilemeyi yönetmede ve kayıp dönemlerinde yaşanan ruhsal sorunlarla baş etmede etkili olarak kullanılabilmektedir (Palazzolo, 2015; Fordham & ark., 2018, González-Martín & ark., 2023).

Yaşlı bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi uygulanırken bireylerin yaşa bağlı fiziksel ve bilişsel değişimlerine dikkat edilmelidir. Yaşlılarda görülen hafıza zayıflığı ve dikkat sorunları terapi sürecini etkileyebilir. Bu nedenle, BDT oturumları sırasında daha kısa ve odaklanmış yapıların kullanılması önerilmektedir (Fordham & ark., 2018). Yaşlı hastalara bilişsel davranışçı psikoterapi uygulanırken, onların algısal ve bilişsel engellerini en

aza indirebilmek için, yazılı materyaller verme veya çalışmaları teybe kaydederek evde yeniden pekiştirme gibi ev ödevleri kullanılabilir (Barlas & Karaca, 2016).

Psikoanalitik Psikoterapi

Bilinçdışındaki çatışmaları ve duygusal travmaları ele almayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Psikanalitik kuramlara temellenen ancak klasik psikanaliz kurallarını çeşitli düzenlemelerle uygulayan diğer dinamik yaklaşımlar psikanalitik yönelimli yaklaşımlar olarak ifade edilir. Bu yaklaşımların ana amaçları danışanın içgörü kazanarak içsel çatışmalarına ve nedenlerine ilişkin farkındalık sağlaması, dolayısıyla kişilikte değişim meydana getirmesidir. Serbest çağrışım, derinliğine araştırıcı görüşme, düşlerin-sürçmelerinin çözümlenmesi, direnç ve aktarımın çözümlenmesi kullanılan tekniklerdendir (Barlas & Karaca, 2016).

İleri yaşlarda insanların savunmalarının zayıflayabildiği, büyülenmeci fantazilerin yerini daha gerçekçi değerlendirmelerin almaya başladığı, dolayısıyla analizden yararlanmaya daha yatkın oldukları şeklinde görüşler ileri sürülmektedir. Psikoanalitik psikoterapi yaşlı bireylerde, yaşam öykülerinin çalışılması ve geçmiş travmaların yeniden anlamlandırılması, ölüm kaygısının ve yaşam tatmininin iyileştirilmesinde önemli bir role sahiptir (Yalom, 2008). Araştırmalar, psikoanalitik terapilerin yaşlı bireylerin psikolojik iyilik halini artırmada etkili olduğunu göstermektedir (Schachter, Kächele & Schachter, 2014).

Kısa/Zaman Sınırlı Dinamik Psikoterapi

Kısa süreli dinamik psikoterapi bireyin yaşamındaki acil sorunların sınırlı bir zaman içinde çözümlenmesine yardım etmeyi

hedefleyen, dinamik kurama dayandırılan bir yaklaşımdır (Roseborough & ark., 2013).

Yaşlı hastalarda kısa ya da zaman sınırlı psikodinamik terapi, net olarak tanımlanabilen ve çerçevesi çizilebilen, uyum bozukluğu, çözülmemiş yas tepkisi ve posttravmatik stres bozukluğu gibi sorunlarda etkili olabilir. Yaşlılarla çalışılırken kullanılan temel araçlar, telkin, güven verme, anıları ve duyguları sözelleştirmeye yüreklendirme ve travmatik olayın neden olduğu duygusal yükü boşaltmaya çalışma şeklinde özetlenmektedir (Barlas & Karaca, 2016).

Destekleyici Psikoterapi

Destekleyici psikoterapi kavramı 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkan, hastanın kişiliğini değiştirmek yerine psikiyatrik hastalıkların yeniden alevlenmesini önlemek, hastanın yakınmaları ile başa çıkmasını sağlamak veya sorunlarına çözüm bulmasına yardım etmek gibi amaçları olan bir yaklaşımdır (Ulaş & Alptekin, 2009).

Yaşlıların sağlık sorunları, yaşam tarzı değişimleri, bilişsel işlevlerdeki sıkıntılar gibi farklı pek çok alanda sorunlar yaşıyor olması yeni yaşam düzenlemeleri oluşturabilmelerini güçleştirmekte, bu durum ise entegre bir biyopsikososyal yaklaşım gerektirmektedir. Buna ek olarak, yaşlılar çevresel müdahalelere genç bireylere oranla daha çok gereksinim duyulabilmektedir. Destekleyici psikoterapiler farklı terapötik yaklaşımları içermesi nedeniyle bu gereksinimlere yanıt verebilecek seçeneklerden biri olabilir. Bu psikoterapi uygulamasında yaşlı bireyi rahatlatma, öğüt verme, bazı kapasitelerinin azalmış ve bağımlılık gereksinimlerinin artmış olduğunu kabul ve tolere etmesine yardımcı olma, yaşlıya

bakım verenleri aydınlatma ve onlara yardım etme gibi daha belirgin alanlara odaklanılmalıdır (Barlas & Karaca, 2016). Yapılan bir meta-analiz çalışması, yaşlı bireylere uygulanan destekleyici terapilerin depresyon semptomlarını önemli ölçüde azalttığını ortaya koymuştur (Pinquart & Sorensen, 2001).

Anımsama Terapisi

Anımsama sözlük anlamına göre “uzun bir süre unutulmuş ve kişi için hatırlamaya değer deneyim ve olayları hatırlama süreci olarak” tanımlamıştır. Anımsama, bireylerin geçmişte yaşadığı önemli olayları, kişilerle olan ilişkilerini ve deneyimlerini hatırlama süreci olarak tanımlanabilir. Bu süreç, bireyin yalnız veya bir grup içinde geçmişteki bir olayı sözlü ya da sözsüz olarak yeniden hatırlaması şeklinde gerçekleşir (Aşiret & Kapucu, 2015). Anımsama terapisi ise, yaşlı bireylerin ruh sağlığını desteklemek, yaşlanma sürecine uyumlarını kolaylaştırmak ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla önemli kişisel geçmiş deneyimlerini gözden geçirmeleri ve bunlar üzerinde düşünmeleridir. Genellikle görsel ve işitsel materyallerle desteklenen bir psikoterapi yöntemidir (Xu & ark., 2023). Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması Sistemi (NIC) kapsamında, anımsama terapisi; kurumda yaşayan bireylerin mevcut zamana uyum sağlamalarını, yaşam kalitelerini artırmalarını ve kuruma yönelik memnuniyet düzeylerini yükseltmelerini desteklemek amacıyla geçmişteki deneyimlerin hatırlanmasına yönelik bir hemşirelik müdahalesi olarak tanımlanmaktadır (Stinson, 2009).

Anımsama terapisi, ilk kez Butler tarafından yaşlı bireyler için geliştirilmiş bir psikolojik müdahale yöntemi olarak tanımlanmıştır. Butler, anımsamayı, ölüm farkındalığının getirdiği yaşamı gözden

geçirme sürecinin bir parçası olarak değerlendirmiştir. Ona göre, geçmişin hatırlanması, bireylerin ölümle yüzleşmesinde korku ve endişeyi azaltmaya yardımcı olan bir mekanizma işlevi görmektedir (Ercan Şahin, 2016). Uzun bir dönem, geriatrik bireylerde geçmiş hatırlama davranışı uyumsuzluk ya da geçmişe saplanıp kalma olarak algılanmış olsa da, son 25 yılda anımsamanın, geriatrik bireyler için terapötik bir araç olarak kullanılmaya başlandığı görülmüştür. Anımsama temelli etkinliklerin, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmada olumlu etkiler sağladığı bildirilmektedir (Kurtulgan Ekince, 2020). 1960'ların sonlarından itibaren, hemşirelik profesyonelleri anımsama terapisini bireysel ya da grup terapisi olarak uygulamaya başlamıştır. Bu süreçte geçmişte yaşanmış olaylar, deneyimler ve faaliyetler; genellikle eski müzikler, ses kayıtları, fotoğraflar ve tanıdık objeler yardımıyla gruptaki diğer bireylerle paylaşılmıştır. Ancak, anımsama sadece geçmişteki olayların ve deneyimlerin hatırlanması değil, aynı zamanda bireyin yaşamını yeniden değerlendirmesini, geçmişten gelen çatışmaların çözümünü, yaşamın anlamını keşfetmeyi ve bireyin geçmişte kullandığı başa çıkma yöntemlerini analiz etmeyi içeren yapılandırılmış bir süreçtir (Ercan Şahin, 2016).

Anımsama terapisinin temel amacı, bireylerin meşguliyetlerini artırmak, sosyal iletişim ve etkileşimlerini desteklemek, eğlenceli ve keyifli bir ortam sağlamak, onların yaşam hikayelerine değer verildiğini göstermek ve bireysel değerlerini ön plana çıkarmaktır. Bu terapi, bireylere geçmiş deneyimlerini gözden geçirme fırsatı sunarken, aynı zamanda terapiyi uygulayan kişiye de doyum sağlar. Grup ortamında uygulandığında sosyal etkileşim ortamı oluşturarak sosyal izolasyonu azaltır ve ruhsal iyilik halini destekler (Aşiret & Kapucu, 2015). Grup anımsama terapisinin, bireysel anımsama

terapisine göre yaşlıların olumsuz psikolojik faktörlerini iyileştirmede daha etkili olduğu yönünde çalışma sonuçları bulunmaktadır (Syed, Neville & Scott, 2015).

Anımsama terapisi, sağlıklı yaşlı bireylerden bilişsel bozuklukları olanlara ve depresif yaşlı bireylere kadar geniş bir yelpazede uygulanabilmektedir. Oturumlar, olumlu anıların hatırlanmasını teşvik eden konulara odaklanır ve bireylerin yaşam sürecindeki önemli olayları kapsar. Doğum yeri, çocukluk ve okul anıları, gençlik dönemi, evlilik süreci, ilk çocuk, unutulmayan kişiler ve olaylar, eski şarkılar, bayramlar, yemekler gibi pek çok farklı konu üzerine sohbetler yapılır (Ercan Şahin, 2016).

Anımsama terapisi, terapötik görevin türüne göre üç kategoriye ayrılabilir: 1) Basit anımsama; kısa bir süre içinde yaşlıların mutluluğunu, öz saygısını ve sosyal etkileşimini iyileştirme amacıyla bireyler tarafından seçilen anıları ve hikayeleri hatırlayıp paylaşmaktır, 2) Yaşam değerlendirmesi; hafif düzeyde stres yaşayan yaşlılara destek olma amacı doğrultusunda tüm yaşam hikayesiyle ilgilenerak olumlu ve olumsuz anıları bütünleştirmektir, 3) Yaşam değerlendirmesi terapisi, geçmiş, bugünü ve geleceği birlikte anımsamak ve depresyon, anksiyete gibi şiddetli stres yaşayan yaşlılar için stresi azaltma amacıyla bireyin anılarını bütünleştirmektir (Pinquart & Forstmeier, 2012).

Günümüzde Avrupa'da, "Bugünü Yaşa, Dünü Hatırla" adıyla bilinen anımsama grupları, demans hastaları ve onlara birincil bakım sağlayan bireylerin dahil olduğu oturumlar şeklinde uygulanmaktadır. Bu uygulamalarda, basit anımsama tekniklerinin yanı sıra, bakım veren bireylerin yaşadığı bakım yükü ve stres

düzeyini azaltmayı hedefleyen haftalık aktiviteler düzenlenmektedir (Aşiret & Kapucu, 2015).

Bu terapi, huzurevlerinde, bakım evlerinde, hastanelerde ve bireylerin kendi ev ortamlarında uygulanabilmektedir. Genellikle 6-12 hafta süren, haftada 1-2 kez gerçekleştirilen ve oturum başına 30-90 dakika süren programlar şeklinde planlanmaktadır (Aşiret & Kapucu, 2015). Anımsama terapisi ileri yaştaki bireylerde çeşitli psikolojik değişkenler açısından olumlu sonuçlara işaret etmektedir. Anımsama terapisinin depresyonu hafifletmede etkili olduğu (Pinquart, Duberstein, & Lyness, 2007), demanslı bireylerde yaşam kalitesini ve yaşam memnuniyetini iyileştirdiği (Park Lyness, ark., 2019), psikolojik iyilik halini arttırdığı (Pinquart Duberstein, & Lyness, 2007; Melendez & ark., 2013), iletişim ve kendine güven duygusunda artma sağladığı, yalnızlık duygusunda azalma sağladığı (Chiang & ark., 2010), bilişsel işlevlerde olumlu yönde düzelme sağladığı (Van Bogaert & ark., 2013) belirtilmiştir.

Sanat Terapisi

Amerikan Sanat Terapisi Birliği, sanat terapisini “sözel olmayan bir anlatım ve iletişim biçimi sunan bir terapi yöntemi” olarak tanımlamaktadır. Bu yaklaşımda sanat, terapötik bir araç olarak kullanılmaktadır. Sanat terapisi, bireyin iç dünyasını anlamlandırmasına, bilinç dışı duygularını dışa vurmasına olanak tanıyan bir ifade biçimidir (Çakmak, Biçer & Demir, 2020). Temel anlayış, bireylerin yaratıcı ifade kapasitelerine sahip olduğudur ve bu süreçte yaratılan sanat eserinin sonucu, terapötik sürecin kendisi kadar önemli görülmemektedir. Burada önemli olan, terapistin birey için uygun sanat etkinliklerini seçmesi, süreci yönlendirmesi ve kişinin yaratıcı deneyimlerini anlamlandırmasına destek olmasıdır.

Sanat, ifade edilmeyen veya sözel olarak açıklanamayan duyguların dışavurumunda bir araç olarak işlev görmektedir; bu, kimi zaman bir şarkı, kimi zaman bir resim ya da bir masal aracılığıyla gerçekleşebilir (Choi & Jeon. 2013).

Sanatın sağaltıcı etkisi tarih boyunca çeşitli kuramcılar tarafından vurgulanmıştır. Aristoteles, sanatın duyguların dışavurumunda bir araç olduğunu ve bu yönüyle iyileştirici bir etkiye sahip olduğunu ileri sürmüştür. Türk tarihinde de sanatla terapinin kullanımına dair örnekler mevcuttur. Örneğin, 1484 yılında Sultan II. Bayezid Külliyesi'nde ruh sağlığı tedavisinde musiki ve su sesi kullanılmıştır.

Başlangıçta daha çok psikiyatri hastanelerinde uygulanan bir yöntem olan sanat terapisi, günümüzde yataklı tedavi merkezlerinden polikliniklere, aile içi şiddet barınaklarından toplum merkezlerine kadar geniş bir yelpazede uygulanabilmektedir. Sanat terapisi, bireylerin duygu ve düşüncelerini anlamlandırmalarına, travmatik deneyimlerden kurtulmalarına, çatışmalarını çözmelerine ve günlük yaşamlarını zenginleştirmelerine yardımcı olabilmektedir. Aynı zamanda psikolojik iyilik halinin artırılmasında etkili bir yaklaşımdır (Bulduk & ark., 2017).

Sanat terapisinin yaşlı bireylerin ruh sağlığını iyileştirmede etkili olduğu söylenebilir. Bu terapi yöntemi sağlıklı yaşlanmaya katkı sağlayabilir, yaşlı bireylerin duygu durumlarını, bilişsel işlevlerini ve fiziksel sağlıklarını olumlu yönde etkileyebilir (Gall, Jordan & Stern, 2015). Özellikle demanslı bireylerle yapılan uygulamalar, hafıza kaybı yaşayan kişilerin psikolojik ve manevi sorunlarını çözmelerine, kişisel anlam bulmalarına ve özdeğer duygularını yeniden kazanmalarına yardımcı olmaktadır

(Deshmukh, Holmes & Cardno, 2018). Ayrıca sanat etkinlikleri sırasında yaşlılar birbirleriyle etkileşimde bulunarak sosyalleşme fırsatı elde ederler (Bulduk & ark., 2017).

Köse (2019) tarafından huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir araştırmada, sanat terapisinin yalnızlık düzeyini azaltmada ve psikolojik iyilik halini artırmada etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur. Bennington ve ark. (2016), Kuzey Kaliforniya’da bir yaşam tesisinde kalan yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada, müze ziyaretleri ve sanat terapisi uygulamalarının sosyal bağlılık ve psikolojik iyi oluş üzerinde olumlu etkiler sağladığını göstermiştir.

Kim ve ark. (2016) ise Kore’de bakım evinde yaşayan bilişsel bozukluğu olan yaşlı bireylerle gerçekleştirdikleri sanat terapisi grup çalışmasında, katılımcıların depresyon düzeylerinde azalma ve kendini ifade etme kapasitelerinde artış gözlemiştir. Sonuç olarak, grup temelli sanat terapisi uygulamalarının, bilişsel bozukluğu olan yaşlıların iyileşmesinde etkili olduğu belirtilmiştir. Artan ve ark. (2017) ise sanat terapisinin yaşlı bireylerin hafıza, özgüven ve yaşam memnuniyetini artırarak fiziksel sağlıklarını da olumlu etkilediğini ifade etmiştir.

SONUÇ

Yaşlı bireylerin ruh sağlığını desteklemek, yaşam kalitesini artırmak ve sosyal işlevselliğini korumak, yaşlanma sürecine bağlı olarak karşılaşılan psikososyal ve fiziksel zorluklar göz önünde bulundurulduğunda, önemli bir sağlık önceliği olarak değerlendirilmektedir. Psikoterapötik müdahaleler, yaşlı bireylerin ruh sağlığını desteklemede ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir role sahiptir. Bireylerin ihtiyaçlarına uygun, multidisipliner

yaklaşımlar benimsenerek bu müdahalelerin etkinliği daha da artırılabilir.

.

KAYNAKÇA

Adachi, M. (2015). Study of a cognitive effects model in Dohsa-hou for the elderly. *Japanese Psychological Research*, 57(3), 218-230.

Artan, T., Arıcı, A., Çiçek, M., & Özbek, Y. (2017). Sanatla terapinin yaşlılar üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi. *Journal of Strategic Research in Social Science*, 3(4), 131-146.

Aslan, M., & Hocaoglu, Ç. (2014). Yaşlılarda intihar davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 294-309.

Aşiret, G. D., & Kapucu, S. (2015). Alzheimer hastalarının bilişsel ve davranışsal sorunları üzerine etkili bir yöntem: Anımsama terapisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 60-68.

Barlas, G. Ü., & Karaca, S. (2016). Yaşlılarda psikoterapiler ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 2(1), 49-55.

Bennington, R., Backos, A., Harrison, J., Reader, A. E., & Carolan, R. (2016). Art therapy in art museums: Promoting social connectedness and psychological well-being of older adults. *The Arts in Psychotherapy*, 49, 34-43.

Bulduk, S., Dinçer, Y., Usta, E., & Bayram, S. (2017). Demanslı yaşlılara uygulanan sanat terapi yönteminin bilişsel durum üzerine etkisinin incelenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 7(1), 36-41.

Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., et al. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the

institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 380-388.

Choi, Y. H., & Jeon, E. Y. (2013). Effects of art therapy on cognition, depression, and quality of life in elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 24(3), 323-331.

Çakmak, Ö., Biçer, İ., & Demir, H. (t.y.). Sağlıkta sanat terapisi kullanımı: Literatür taraması. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 12-21.

Deshmukh, S. R., Holmes, J., & Cardno, A. (2018). Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9).

Ercan Şahin, N. (2016). Huzurevinde yaşayan yaşlılar için hemşirelik girişimi: Anımsama terapisi. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(1), 1-6.

Fordham, B., Sugavanam, T., Hopewell, S., Hemming, K., Howick, J., Kirtley, S., ... & Lamb, S. E. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy: A protocol for an overview of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open*, 8(12), e025761.

Gall, D. J., Jordan, Z., & Stern, C. (2015). Effectiveness and meaningfulness of art therapy as a tool for healthy aging: A comprehensive systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(3), 3-17.

González-Martín, A. M., Aibar Almazán, A., Rivas Campo, Y., Rodríguez Sobrino, N., & Castellote Caballero, Y. (2023). Addressing depression in older adults with Alzheimer's through cognitive behavioral therapy: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1222197.

Huang, A. X., Delucchi, K., Dunn, L. B., & Nelson, J. C. (2015). A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 261–273.

Kim, H. K., Kim, K. M., & Nomura, S. (2015). The effect of group art therapy on older Korean adults with neurocognitive disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 48-54.

Köse, E. (2019). Sanatla terapi uygulamalarının huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık ve psikolojik iyi oluş düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.

Kurtulgan, Ş., & Ekince, G. (2020). Erkek geriatriklerde anımsama terapisinin yaşlılığa uyum ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi: Kontrollü çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 8(1), 31-38.

Melendez Moral, J. C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T., & Sales-Galan, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psikotema*, 25(3), 319-324.

Mitchell, L. K., & Pachana, N. A. (2020). Psychotherapeutic interventions with older adults: Now and into the future. In *Handbook of Mental Health and Aging* (pp. 299-314). Academic Press.

Palazzolo, J. (2015). Cognitive-behavioral therapy for depression and anxiety in the elderly. *Annals of Depression and Anxiety*, 2(6), 1063.

Park, K., Lee, S., Yang, J., Song, T., & Hong, G. S. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1581–1597.

Pinquart, M., & Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11, 645–657.

Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 16(5), 541–558.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.

Raue, P. J., McGovern, A. R., Kiosses, D. N., & Sirey, J. A. (2017). Advances in psychotherapy for depressed older adults. *Current Psychiatry Reports*, 19(9), 57.

Roseborough, D. J., Luptak, M., McLeod, J., & Bradshaw, W. (2013). Effectiveness of psychodynamic psychotherapy with older adults: A longitudinal study. *Clinical Gerontologist*, 36(1), 1-16.

Schachter, J., Kächele, H., & Schachter, J. S. (2014). Psychotherapeutic/psychoanalytic treatment of the elderly. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(1), 51-63.

Sibel, G. (2011). Yaşlılarda yürüme bozuklukları ve kognitif yıkım arasındaki ilişki. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 331-339.

Stinson, K. C. (2009). Structured group reminiscence: An intervention for older adults. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(11), 521-528.

Syed Elias, S. M., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 36(5), 372–380.

Ulaş, H., & Alptekin, K. (2009). Destekleyici psikoterapi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, 2(2), 35-40.

Van Bogaert, P., Van Grinsven, R., Tolson, D., Wouters, K., Engelborghs, S., & Van der Mussele, S. (2013). Effects of solcos model-based individual reminiscence on older adults with mild to moderate dementia due to Alzheimer's disease: A pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 9-13.

WHO (2017). Mental health of older adults. (29.11.2024 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> adresinden ulaşılmıştır.

Xu, L., Li, S., Yan, R., Ni, Y., Wang, Y., & Li, Y. (2023). Effects of reminiscence therapy on psychological outcome among older adults without obvious cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1139700.

Yalom, I. D. (2009). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their clients*. Harper Perennial.

BÖLÜM V

Psikiyatri Hemşireliğinde Bilişsel Davranışçı Terapi

Adile BOZKURT TONGUÇ¹

Giriş

Beck (1976) tarafından bilişsel davranışçı terapi, uygun olmayan bilişsel çarpıtmaları ve buna yönelik yapılan davranışları değiştirmeye yönelik uygulanan psikolojik bir terapi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kavramı, hem bilişsel hem de davranışsal unsurları içinde barındıran bir terapi yaklaşımıdır. Bu iki kavram olan bilişsel ve davranışsal unsurların her birinin kendi felsefi, kuramsal ve klinik temelleri bulunmaktadır. Fakat, bilişsel davranışçı terapi kavramı, tek bir terapi yöntemini ifade etmekten ziyade, birçok farklı yaklaşımı kapsayan bir çatı kavramı olarak değerlendirilmektedir (Beck, 2011).

¹ Arş. Gör., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Osmaniye/Türkiye, Orcid: 0000-0002-2431-2821, asyo_adile@outlook.com

Başlangıçta depresyon, anksiyete ve fobiler gibi çeşitli psikiyatrik bozuklukları tedavi etmek için geliştirilmiş bir tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkmıştır. Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı, terapötik müdahale için yapılandırılmış ve hedef odaklı bir çerçeve sağlamak üzere hem bilişsel hem de davranışsal ilkeleri bütünleştirmektedir.

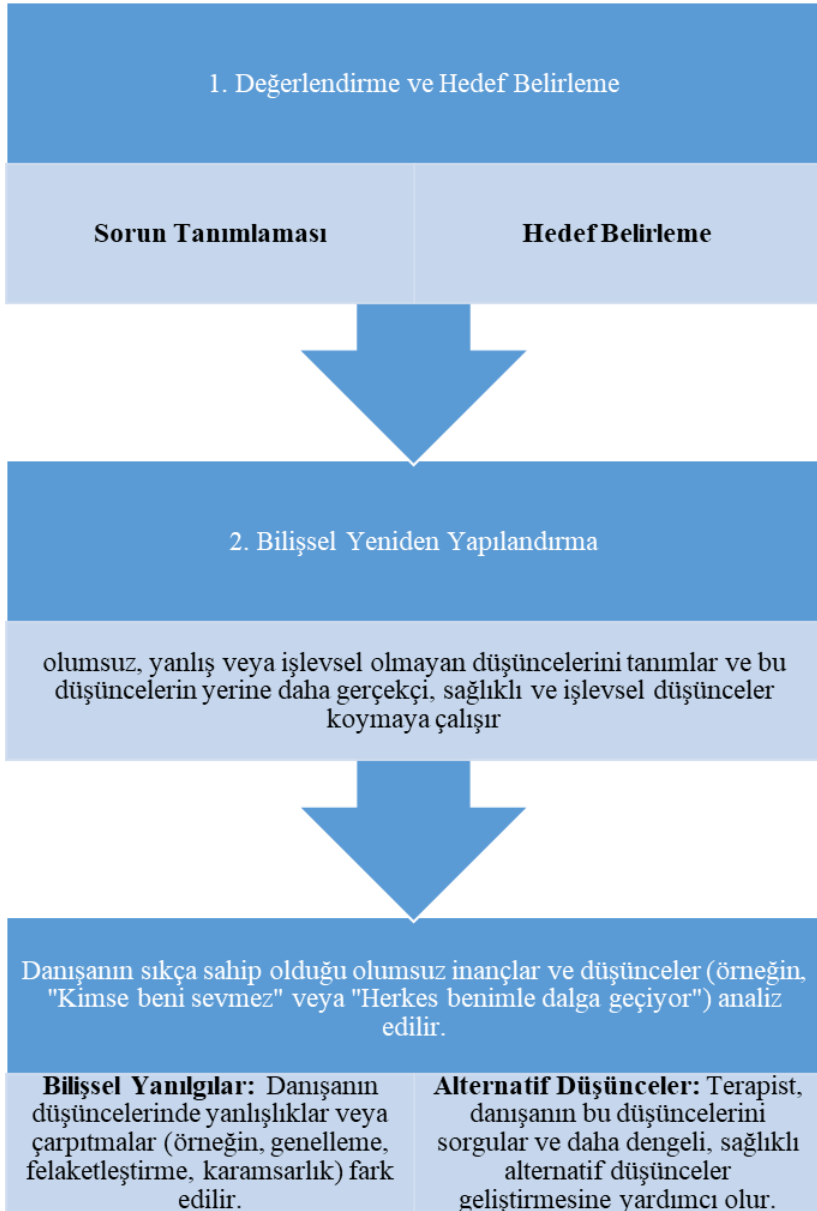
BDT'nin kökenleri davranışsal psikolojide olarak bilinse de, daha sonra kapsamlı bir model oluşturmak için bilişsel teorilerle birlikte oluşturulmuştur. Bilişsel ve davranışsal yaklaşımların bu şekilde iç içe geçmesi ile bütünleştirilme sağlanmaktadır. Bu durum, BDT'yi psikiyatri hemşireliğinde en etkili ve yaygın olan ve kullanılan terapi yöntemlerinden biri haline gelmesini sağlamıştır.

BDT'nin kökenleri, özellikle John B. Watson ve Ivan Pavlov'un çalışmaları olmak üzere daha öncelerde olan davranışçı araştırmalara kadar uzandığı bilinmektedir. Davranışların çevreyle etkileşim yoluyla öğrenildiği inancına dayanan Watson'ın davranışçı yaklaşımı, gözlemlenebilen davranışlara odaklanan terapötik uygulamaların geliştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır (Watson, 1920).

Pavlov'un klasik koşullanma teorisi (Pavlov, 1927), davranışların çevresel uyaranlara yanıt olarak nasıl koşullanabileceğini göstererek, uyumsuz davranışları hedef alan terapötik uygulamalar için temel ilkeler sağlamış olmaktadır.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) süreci, psikoterapist ve danışanın birlikte yürüttüğü, danışanın mevcut sorunlarına uygun olarak birçok bilişsel ve davranışsal müdahaleleri içeren yapılandırılmış bir terapi yaklaşım türüdür. BDT'nin terapötik süreci

genellikle birkaç aşamadan oluşur ve her aşama belirli teknik ve stratejilerle desteklenir. İşte BDT'nin temel terapi içeriği:





4. Duygusal Düzenleme ve Stres Yönetimi

5. Sosyal Beceriler ve İletişim Teknikleri İletişim Becerileri

6. Bireysel ve Grup Terapisi

7. Bireysel  alışma ve  devler Günlük Davranışları izleme Hedeflere Yönelik Adımlar

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) tedavi süreci, danışanın düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını anlamaya ve danışanı da katarak değiştirmeye yönelik yapılandırılmış bir yaklaşımdır. Terapinin içeriği, çeşitli bilişsel ve davranışsal teknikleri içermektedir. Danışanın daha sağlıklı bir yaşam sürmesi için gerekli becerileri kazandırmayı hedefler (Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E.

2012; Hofmann ve diğerkleri, 2015; Demiralp, M., & Oflaz, F. 2007; Türkçapar MH., 2008).

Bilişsel davranışçı terapi, psikiyatri hemşireliği uygulamasında önemli olan temel teorik çerçevelere dayanmaktadır. Bilişsel model, duygusal tepkileri ve davranışları etkileyen durumun olayların kendisi değil, bir bireyin bu olaylara ilişkin algısı ve yorumu olduğunu ileri sürmektedir (Beck, 1964). Psikiyatri hemşireleri, hastaların bu bilişsel çarpıtmaları tanımlamasına ve bunlara karşı girişimler yapabilmesine ve danışanın bilişsel çarpıtmalarını azaltmasına yardımcı olarak, hastaların uygun olmayan duygusal ve davranışsal tepkileri değiştirmesine yardımcı olabilir. Bilişsel ve davranışsal çerçevelerin bilişsel davranışçı terapiye entegrasyonu ile birlikte, psikiyatrik bozuklukların karmaşık olan yapısını ele almak için önemli olduğu bilinmektedir. Psikiyatri hemşireliğinde, bu bütünleşme hem düşünceleri hem de davranışları dikkate almayı sağlayan kapsamlı bir yaklaşıma olanak tanır (Vatan S. 2016).

Psikiyatri hemşireliğinde, Bilişsel Davranışçı Terapi teknikleri hastaların çeşitli psikiyatrik bozuklukları yönetmelerine yardımcı olmak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Hemşireler, psikiyatrik bozukluğu olan bireylere yapılandırılmış, kanıta dayalı tedaviler sağlayabilmektedir. Bu terapi yöntemi temelli psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve davranışsal müdahaleleri de dahil edip uygulamalarda bulunurlar. Bilişsel Davranışçı Terapinin psikiyatri hemşireliğinde özellikle yararlı olduğu temel alanlar şunlardır:

Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları: Psikiyatri hemşireleri, hastaların depresyon ve anksiyeteye neden olan ya da katkıda bulunan olumsuz otomatik düşüncelerin belirlemesine ve bunları

azaltmaya hatta ortadan kaldırmaya yönelik davranışlar sergilemeye yardımcı olmak için bilişsel yeniden yapılandırmayı kullanmaktadırlar.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB): Travma sonrası stres bozukluğunda uzun süreli maruz kalma terapisi gibi maruz kalmaya dayalı teknikler, bireylerin travmatik anıları hatırlamasına ve bunları işlemesine yardımcı olmak için kullanılmaktadır. Hemşireler, hastaların duygusal güvenliklerini ve rahatlıklarını sağlarken maruz kalma sürecinde onlara rehberlik etmede önemli bir rol oynamaktadırlar.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB): Hemşireler, hastaların kaygısını azaltmak için tipik olarak kullanılan zorlayıcı davranışları önlerken, kendilerini kaygı uyandıran uyaranlara kademeli olarak maruz bırakmalarına yardımcı olmaktadır.

Sınırdaki Kişilik Bozukluğu (BPD): Hemşireler, hastaların duygu düzenleme becerileri, kişilerarası etkinlik geliştirmelerine yardımcı olmak üzere eğitim alırlar. Bunlar ile birlikte yoğun duygusal düzensizlik özelliğini yönetmek için gereklidir (Hofmann ve diğerleri, 2015; Demiralp, M., & Oflaz, F. 2007).

Hemşire ve hasta arasındaki terapötik iletişim ve ilişki, BDT'nin etkinliğinin en odak noktası olarak yer almaktadır. Bu iletişim işbirlikçidir, hemşire ve hasta, uygun olmayan- uyumsuz düşünceleri ve davranışları belirlemek ve değiştirmek için birlikte hareket etmektedirler.

Psikiyatri hemşireliğinde, hastalarla güven ve uyum oluşturmak, başarılı bir BDT süreci ve uygulaması için en önemli faktörlerden biridir. Hemşire, hastanın bilişsel çarpıtmalarını güvenli bir şekilde keşfedebileceği ve bunlara uygun şekilde yargısız

olarak değerlendirebileceği, empatik ve destekleyici bir ortam sağlar. Hemşireler ayrıca, BDT'nin temellerinden olan psikoeğitim ve beceri eğitiminde de önemli bir rol almaktadırlar. Hemşireler, hastalara durumlarının bilişsel-davranışsal modelini öğreterek, hastaların günlük yaşamlarında bu teknikleri uygulamalarını sağlayabilmektedirler. Hemşirenin destek ve güçlendirme sağlamadaki rolü, hastaların terapide öğrendikleri becerileri uygulama, sürdürme ve genelleştirmelerini sağlamaya yardımcı olur. Literatür taramasında çok sayıda yapılan çalışmada, BDT'nin çok çeşitli psikiyatrik bozuklukları tedavi etmedeki etkinliğini kanıtlanmıştır. Araştırmalar, BDT'nin depresyon, anksiyete, PTSD ve OKB semptomlarını önemli ölçüde azalttığını göstermiştir (Hofmann ve diğerleri, 2015). Ayrıca, BDT'nin birçok durum için etkili bir terapi yöntemi olduğunu açıkça belirtmektedir.

Psikiyatri hemşireliğinde, BDT'nin kanıta dayalı yapısı bu terapiyi ruh sağlığı durumlarını tedavi etmek için tercih edilen bir terapi haline getirmektedir. BDT müdahalelerinin hedeflenmesini ve bireysel hastanın ihtiyaçlarına göre uyarlanması sağlar (Demiralp, M., & Oflaz, F. 2007). Birçok hasta başlangıçta BDT tekniklerine, özellikle bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma egzersizine katılmayı istemeyebilirler. Ayrıca, şiddetli bilişsel bozuklukları veya psikotik semptomları olan hastaların, özel ihtiyaçlarını karşılamak için geleneksel BDT yaklaşımlarında düzenlemeler yapılması gerekebilir. Bu durumlarda, psikiyatri hemşiresi terapiyi uyarlamada ve uygun destek ve rehberlik sağlamada önemli bir rol oynar (Demiralp, M., & Oflaz, F. 2007).

Sonuç

Sonuç olarak, bilişsel davranışçı terapi, davranışçılıktaki kökenlerinden itibaren önemli gelişmeler geçirmiş bilişsel ve davranışsal teknikleri kullanan bir terapi yöntemidir.

Psikiyatri hemşireliğinde BDT, çok çeşitli psikiyatrik bozuklukları tedavi etmek için yapılandırılmış, kanıta dayalı bir çerçeve sunar. Hem bilişsel çarpıtmalara hem de davranış kalıplarına odaklanarak, hemşireler hastaların semptomları yönetmesine, işlevselliğini iyileştirmesine ve genel refahını artırmasına yardımcı olabilir. Araştırmalar gelişmeye devam ettikçe, BDT modern psikiyatri hemşireliği uygulamasının temel taşı olmaya devam etmektedir.

Kaynakça

Beck JS. Cognitive Behavior Therapy Basics and Beyond. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011.

Vatan S. (2016). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Üçüncü Kuşak Yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. September 8(3):190-203. doi:10.18863/pgy.238183.

Demiralp, M., & Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 132-139.

Özdel, K. (2015). Düünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.

ŞENORMANCI, Ö., Konkan, R., & Sungur, M. Z. (2010). İnternet bağımlılığı ve bilişsel davranışçı terapisi. *Psychiatry*, 11, 261-268.

Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 337-346.

Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.

Watson JB, Rayner R. Conditioned emotional reactions. *J Exp Psychol* 1920;3(1):1-14.

Türkçapar MH. Bilişsel Terapi: Temel ilkeler ve uygulama. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008.

Wolpe J, Lazarus AA. Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses, New York: Pergamon Press; 1966. p.1-2.

Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 337-346.

BÖLÜM VI

Sağlık Profesyonellerinde Öz Şefkatin Rolü

Adile BOZKURT TONGUÇ¹

Giriş

Sağlık çalışanları, yüksek düzeyde öz şefkat eksikliği riski taşıyan bir gruptur. Yoğun iş temposu ve tükenmişliğe maruz kalma riski dolayısıyla kritik ve hızlı bir şekilde değerlendirilmesi gereken bir gruptur. Bu kitap bölümü “Sağlık Profesyonellerinde Öz Şefkatin Rolü”nü değerlendirmek ve bu konuda katkı sunmak için yazılmıştır.

Öz Şefkat

Kristin Neff öz şefkat kavramını “kişinin kendi acısına açık olması ve bundan etkilenmesi, kendine karşı şefkat ve nezaket duyguları deneyimlemesi, yetersizliklerine ve başarısızlıklarına karşı anlayışlı ve yargılayıcı olmayan bir tavır sergilemesi ve kişinin

¹ Arş. Gör., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Osmaniye/Türkiye, Orcid: 0000-0002-2431-2821, asyo_adile@outlook.com

deneyiminin ortak insan deneyiminin bir parçası olduğunu kabul etmesi” olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2003). Öz şefkat kavramı bireysel olarak değişken şekilde olduğu değerlendirilmektedir. Bireylerin kendi acısını, başarısızlıklarını ve hatalarını yargılamadan gözlemlemesini, kabul etmesini ve anlamasını ifade eder (Neff [2003a](#)).

Öz şefkat kavramı temelde birbiri ile ilişkili 3 bileşenden oluşmaktadır. Bunlar:

1. Öz şefkat; öz yargılamaya karşı, yargılamadan ve öz eleştiriden kaçınırken kendine şefkat ve empati göstermeyi içermektedir.

2. Ortak insanlık; izolasyona karşı, herkesin hata ve başarısızlığa meyilli olduğuna dair bir inancı ifade eder.

İzolasyon, kişinin yetersizliklerinden kaynaklanan utanç duyguları nedeniyle başkalarından kopukluk hissini ifade etmektedir.

3. Farkındalık; aşırı özdeşleşme veya kaçınmaya karşı, şimdiki anın ve onunla birlikte gelen tüm düşünce ve duyguların (olumlu veya olumsuz) farkında olmak ve onları kabul etmek anlamına gelir; bunlara tepki göstermeden veya onları yargılamadan, kişinin sınırlamaları hakkında düşünmesine neden olmaktadır (Neff [2003b](#)).



Sağlık profesyonelleri yaptıkları iş nedeni ile öz şefkat düzeyi yüksek olması beklenen bir gruptur. Genellikle yüksek başarı göstermeleri ve rollerinde mükemmel olmaları istenen ve beklenen sağlık çalışanları için öz şefkat, kendilerine yükledikleri gerçekçi olmayan beklentilere karşı bir iyileştirici görevi görebilir ve böylece başarısızlık ve hayal kırıklığı duygularını azaltabilir.

İkinci bileşen olan, ortak insanlık, acı çekme duygusunun ve başarısızlıkların insan deneyiminin evrensel yönleri olduğunu kabul etmek anlamına gelir. Hastalar, sağlık profesyonelleri başkalarının mücadelelerinde yalnız olmadığını kabul ederek, sağlık profesyonelleri zorluklarında izole hissetmek yerine başkalarıyla bir etkileşim duygusu geliştirebilirler. Öz şefkatin bu yönü, özellikle bakım veren sağlık mesleklerindeki kişiler için önemlidir, çünkü onların empatik kalmalarını, duygusal kopukluk yaşamamalarını ve tükenmişlikten kaçınmalarını sağlayabilmektedir.

Öz şefkatin son yönü olan farkındalık, kişinin duyguları ve deneyimleri hakkında açık ve dengeli bir farkındalık sürdürmeyi

içerir. Bireylerin bunalmadan veya aşırı özdeşleşmeden zorluklarla ve rahatsız edici duygularla yüzleşmelerini sağlar. Sağlık profesyonelleri için farkındalık, duygusal dayanıklılığı ve öz düzenlemeyi teşvik ederek hasta bakımının duygusal yoğunluğunu yönetmeye ve tükenmişliği önlemeye yardımcı olabilir (Neff & Germer, 2018).

Son yıllarda sağlık profesyonelleri, sıklıkla tükenmişlik, şefkat yorgunluğu ve yüksek stres seviyeleri olarak ortaya çıkan, zihinsel ve fiziksel iyilik hallerini olumsuz yönde etkileyen ve gittikçe artan baskılarla karşı karşıya kalabilmektedirler.

Duygusal bitkinlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunun azalmasıyla karakterize bir sendrom olan tükenmişlik, sağlık çalışanları arasında yaygın olarak bildirilmiş olup, belirli uzmanlık alanlarındaki sağlık çalışanlarının %20-60'ına kadarını etkilemektedir (Montero-Marin vd., 2016; Shanafelt vd., 2015).

Uzun çalışma saatleri, idari yükler ve duygusal talepler gibi sağlık ortamlarında bulunan stres faktörlerine ek olarak, sağlık çalışanları ayrıca hastaların olumsuz duygu yaşamalarına devamlı maruz kalmaktan kaynaklanan şefkat yorgunluğuyla da mücadele etmektedir (Cocker & Joss, 2016).

Şefkat yorgunluğu, bir sağlık çalışanının hastalarla empati kurma kapasitesini azaltabilir ve böylece yüksek kaliteli bakım sunma yeteneklerini bozabilir. Son araştırmalar, özellikle doktorlar ve hemşireler gibi yüksek stres düzeyine sahip meslek rollerinde bulunan sağlık çalışanlarının bu olumsuz sonuçlara karşı özellikle savunmasız olduğunu vurgulamıştır. Stres ve başarısızlık zamanlarında kendine nezaket, farkındalık ve paylaşılan bir insanlık duygusuyla davranma yeteneği olarak tanımlanan öz şefkatin rolü

(Neff, 2003a), bu zararlı etkilere karşı potansiyel bir tampon olarak giderek daha fazla tanınmaktadır. Doğu felsefelerinde kök salmış olsa da (Neff, 2003b), Batı psikolojisinde duygusal refahı ve dayanıklılığı artıran temel bir özellik olarak ilgi görmüştür.

Yukarıda da bahsedildiği üzere öz şefkat üç temel bileşeni içerir:

- (1) öz şefkat ve öz yargılama
- (2) ortak insanlık ve izolasyon
- (3) farkındalık ve aşırı özdeşleşme (Neff, 2003b).

Bu yönler, sert öz eleştiri veya duygusal kaçınmanın aksine, kişinin kendi acısına karşı dengeli, yargılayıcı olmayan bir yaklaşımı teşvik etmek için birlikte hareket etmektedir.

Sağlık çalışanları en çok strese maruz kalan çalışanlar arasındadır. Sıklıkla duygusal olarak zorlayıcı durumlara, uzun çalışma saatlerine ve yüksek sorumluluk seviyelerine maruz kalırlar.

Sonuç olarak tükenmişlik, şefkat yorgunluğu ve kronik stres bu popülasyonda önemli endişeler haline gelmiştir. Duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunun azalması ile karakterizedir. Tükenmişlik ele alınmadığında, ilgisizlik, iş tatmininin azalması ve daha kötü hasta sonuçlarına yol açabilir (Maslach & Leiter, 2016).

Günlük rollerinin getirdiği baskılara ek olarak, sağlık profesyonelleri sıklıkla başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarının önünde tutmaktadır. Bu eğilim öz bakım eksikliğine,

duygusal tükenmişliğe ve mental olarak negatif etkilenmeye neden olabilmektedir.

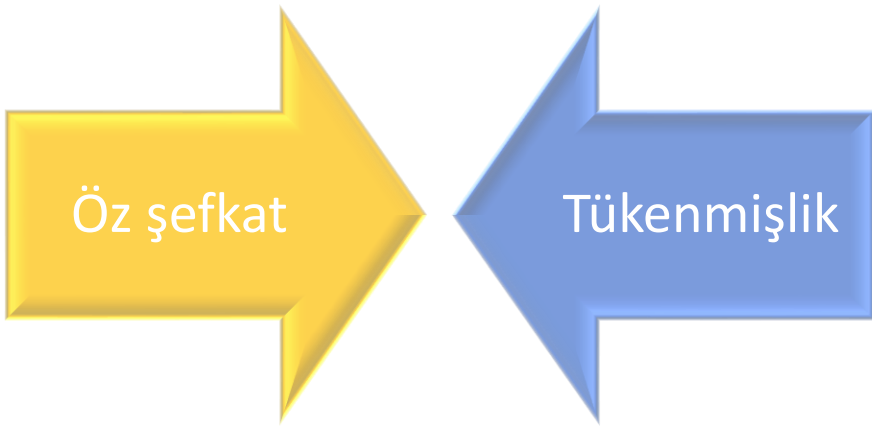
Son yıllarda dikkat çeken ve umut verici gözüyle bakılan öz şefkat kavramı sağlık profesyonelleri için önemlidir.

Öz şefkat, kişinin başarısızlık veya zorluk zamanlarında sevdiği bir yakınına göstereceği aynı nezaket, özen ve anlayışla kendine davranmasını içeren duygusal bir beceri olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2003a). Öz şefkat, sağlık hizmetleri gibi yüksek stresli mesleklerde tükenmişlik, şefkat yorgunluğu ve diğer ruh sağlığı sorunlarına karşı potansiyel bir koruyucu faktör olarak tanımlanmıştır.

Duygusal bitkinlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarının azalmasıyla tanımlanan tükenmişlik (Maslach & Leiter, 2016), sağlık çalışanlarının refahı için önemli bir tehdit olarak kabul edilmiştir. Duygusal olarak yıpratıcı hasta etkileşimleri, yetersiz personel ve uzun çalışma saatleri gibi stres faktörlerine kronik maruz kalma, sağlık çalışanlarının duygusal kaynaklarını tüketebilir ve hastalarla empatik düzeyde bağlantı kurma yeteneklerini bozabilir (Shanafelt vd., 2015). Öz şefkat, sağlık çalışanlarının bu stres faktörlerini sağlıklı bir şekilde yönetmelerini sağlayan psikolojik bir kaynak sağlar. Strese karşı yaygın tepkiler olan kendini suçlama veya duygusal uyuşma yerine, kişinin kendine karşı kabul ve nezaketini teşvik ederek duygusal dengeyi teşvik eder (Barnard & Curry, 2011).

Deneysel çalışmalar, öz şefkatin tükenmişlikle negatif korelasyonlu olduğunu ve dayanıklılık ve yaşam memnuniyetiyle pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir (Neff vd., 2005; Raes vd., 2011).

Öz şefkate yüksek puan alan sağlık çalışanları, tükenmişliğin iki temel boyutu olan daha düşük seviyelerde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yaşama eğilimindedir. Öz şefkat, kronik duygusal taleplerden ve kişinin işi için algılanan ödül veya tanınma eksikliğinden kaynaklanabilen şefkat yorgunluğuna karşı tampon görevi görmeye yardımcı olur. Öz şefkati ve farkındalığı teşvik ederek, sağlık çalışanları şefkatli bakımdan sıklıkla kaynaklanan duygusal tükenmeyi önleyebilir ve aynı duygusal bedeli deneyimlemeden empati sağlamaya devam edebilirler (Gilbert, 2005).



Tükenmişlik, tüm bireylerde aynı şekilde ortaya çıkmaz. Bazı sağlık çalışanları yüksek düzeyde stres yaşayabilir (Montero-Marin ve diğerleri, 2016). Bu bireyler, genellikle kendi duygusal refahları için çaba sarf eden bireylerdir. Buna karşın, diğer bireyler yaptığı meslek ya da hayattaki rollerinde yeterince zorlanmadıklarını hissedebilir, ilgisizlik ve kişisel gelişim eksikliği yaşayabilirler.

Bunun sonucunda da izolasyon ve toplumdan kopukluğa odaklanarak tükenmişliğe yol açabilirler.

Öz şefkat, tükenmişlik düzeyine göre değişen bir yepi gösterebilmektedir. Yüksek düzeyde öz yargılama ve öz şefkat eksikliği sergileyen bireylerde tükenmişlik gözlemlenebilmektedir.

Öz şefkat, özellikle öz nezaket ve farkındalık bileşenleri, işlerine daha dengeli ve kendini kabul eden bir yaklaşımı teşvik ederek tükenmişliğe karşı koyabilmektedir (Montero-Marin ve diğerleri, 2016).

Son olarak, duygusal tükenme ve olumsuz düşüncelerle aşırı özdeşleşme ile karakterize edilen yıpranmış bireyler öz şefkatin farkındalık yönünden en çok fayda sağlayabilirler. Bu nedenle bu bireylere farkındalık oluşturmak bu konu da gelişmelerini sağlamak yardımcı olacaktır böylece tükenmişlik düzeyleri de azalacaktır (Neff, 2003a; Raes, 2010).

Öz Şefkati Geliştirmeye Yönelik Müdahaleler

Shapiro vd., 2005

Farkındalık temelli müdahaleler, Farkındalık Temelli Stres Azaltma ve Farkındalık Öz Şefkat gibi, sağlık profesyonelleri arasında öz şefkati, refahı ve duygusal düzenlemeyi iyileştirmede umut verici sonuçlar göstermiştir



Bu programlar, katılımcılara strese daha dengeli ve şefkatli bir şekilde yanıt vermeyi öğretirken farkındalığı ve öz şefkati geliştirmeye odaklanmaktadır.



Shapiro vd., 2005

8 haftalık bir Farkındalık Temelli Stres Azaltma programı, algılanan stres, kaygı ve tükenmişlikte önemli azalmalarla ve artan öz şefkat ve iş tatminiyle ilişkilendirilmiştir



Richardson vd. (2016)

öz şefkatin tıp öğrencileri ve asistanlar arasında daha düşük tükenmişlik seviyelerini önemli ölçüde tahmin ettiğini ve öz şefkat eğitiminin stres ve iş yükünün olumsuz etkilerini hafifletme potansiyelini vurgulamıştır.

Byron vd., 2015; Luberto vd., 2017

örgütsel ortamlarda öz şefkat eğitiminin uygulanmasına ilişkin araştırmalar, kısa veya çevrimiçi müdahalelerin bile tükenmişliği azaltmada ve refahı iyileştirmede etkili olabileceğini göstermektedir

Sağlık Sistemleri İçin Sonuçlar

Öz şefkat eğitiminin sağlık ortamlarına entegre edilmesi, hem sağlık profesyonellerinin refahı hem de hasta bakımının kalitesi açısından geniş kapsamlı faydalar sağlayabilir. Finansal kısıtlamalar ve hizmetlere yönelik artan talepler de dahil olmak üzere sağlık sistemleri üzerindeki artan baskılar göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının dayanıklılığını ve refahını artıran stratejilere odaklanmak çok önemlidir. Öz şefkati teşvik etmek, sağlık profesyonellerinin işlerinin stres faktörlerini yönetmelerine, tükenmişliği azaltmalarına ve hastalara karşı duygusal duyarlılıklarını ve empatilerini korumalarına yardımcı olabilir (Maslach vd., 2001).

Ayrıca, sağlık çalışanları öz şefkati uyguladıklarında, yüksek kaliteli, şefkatli bakım sağlamak için gerekli olan duygusal düzenleme ve dayanıklılığı sergileme olasılıkları daha yüksektir. Sonuç olarak, öz şefkati teşvik eden sağlık kuruluşları yalnızca çalışanların refahında değil, aynı zamanda daha yüksek hasta memnuniyeti, azaltılmış tıbbi hatalar ve iyileştirilmiş genel bakım

kalitesi de dahil olmak üzere hasta sonuçlarında da iyileştirmeler görebilir (Montero-Marin vd., 2016; Maslach & Leiter, 2016).

Sonuç olarak, öz şefkat sağlık çalışanları için kritik bir beceridir ve tükenmişlik, şefkat yorgunluğu ve diğer stresle ilgili sonuçlara karşı duygusal bir tampon görevi görür. Sağlık ortamlarına öz şefkat eğitimi dahil ederek, kuruluşlar daha dirençli ve şefkatli bir iş gücü yetiştirebilir, hem sağlık çalışanlarının ruhsal refahını hem de hastalarına sağladıkları bakımın kalitesini iyileştirebilir.

Öz Şefkat Çalışmaları

Olson ve diğerleri (2014)

- kentsel bir çocuk hastanesinin çocuk hekimliği asistanlarından tükenmişlik, duygusal zeka, empati, farkındalık, öz şefkat ve dayanıklılık ile ilgili veri topladı.
- sonuçlar farkındalık/öz şefkat ile tükenmişlik arasında negatif bir ilişki olduğunu, ikisi ile dayanıklılık faktörleri ve daha az duygusal tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirdi.

Montero-Marin ve ark.'nın (2016)

- araştırma grubu , tükenmişlik alt tipi modelinin geçerliliğini doğrularken, koruyucu bir faktör olarak öz şefkat yapısının açıklayıcı gücünü değerlendirdi.

Gracia-Gracia ve Oliván-Blázquez (2017)

- yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerde tükenmişlikle ilişkili öz şefkat ve farkındalık yeteneğini analiz etti ve ayrıca farkındalıkla ilişkili olumlu bir zihinsel durum olarak öz şefkat arasındaki ilişkiyi araştırdı.
- Bu çalışmanın sonuçları, şefkat değişkenlerinin tükenmişlik (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı) için öngörücü olduğunu, özellikle genel profesyonel deneyim yılları, öz şefkat, öz yargılama ve şefkatin insanlık-izolasyon faktörünü gösterdi. Dahası, farkındalık alt ölçeğinin duygusal tükenmişlikle ters anlamlı bir korelasyonu olduğu görüldü.

Gracia-Gracia ve Oliván-Blázquez, 2017

- Bulguları, olumsuz öz şefkat boyutlarının İspanyol sağlık çalışanlarında tükenmişlik alt tiplerinin gelişiminde önemli bir rol oynayabileceği ve olumsuz öz şefkat boyutlarının kırılma faktörleri olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne sürdü.

Raab ve diğerleri (2015)

- Farkındalık temelli stres azaltma eğitim müdahalesinin 22 kadın ruh sağlığı profesyonelinin öz şefkati, algılanan stresi, tükenmişliği ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri üzerine bir pilot çalışma yürüttüler ve müdahaleden önce ve sonra değerlendirdiler.
- Öz yargı, ortak insanlık, izolasyon ve aşırı özdeşleşmede değişiklikler anlamlıydı

Duarte ve Pinto- Gouveia (2017)

- Farkındalık Temelli Stres Azaltma programının 29 onkoloji hemşiresi üzerindeki etkilerini, bekleme listesi karşılaştırma koşulundaki 19 hemşire ile karşılaştırarak değerlendirdi. Farkındalıktaki değişiklikler tükenmişlik, kaygı ve stresteki değişikliklere ve yaşam memnuniyetine aracılık etti; öz şefkattaki değişiklikler, müdahalenin tükenmişlik, depresyon, kaygı, stres ve yaşam memnuniyeti üzerindeki etkisine aracılık etti; ve psikolojik esneklik eksikliği tükenmişlik, şefkat yorgunluğu, depresyon ve stresteki azalmalara aracılık etti.

Fernando ve diğlerleri (2017)

- kısa bir farkındalık müdahalesinin zor hastalara şefkatli tepki vermeyi artırıp artırmadığını değerlendirdi ve öz şefkat özelliğinin bu deneysel manipölasyonun etkisini 83 tıp öğrencisinden oluşan bir örnekleme yumuşatıp yumuşatmadığını değerlendirdi.
- Müdahale, hem yüksek hem de düşük öz şefkat seviyelerinde eşdeğer şekilde farkındalığı ortaya çıkardı. Dahası, farkındalık daha fazla hasta "sevgisi" ve "şefkati" öngörüyordu, ancak yalnızca öz şefkati daha düşük öğrenciler arasında, farkındalık ise daha fazla yardımsever davranışı öngörüyordu

Sansó ve diğlerleri (2018)

- 36 palyatif bakım ekibindeki bireye 6 haftalık bir farkındalık eğitim programının dikkatli dikkat, öz şefkat ve profesyonellerin yaşam kalitesi üzerindeki sonuçlarını değerlendirdi.
- Müdahaleden sonra, mesleğe bakılmaksızın farkındalık, öz şefkat ve tükenmişlik risk seviyelerinde bir iyileşme oldu.

Santos ve diğlerleri, 2016

- On üç hemşirelik uzmanı, farkındalık ve sevgi dolu nezaket meditasyonu da dahil olmak üzere bir stres azaltma programına tabi tutuldu. Yaşam kalitesi değerlendirmesi, algılanan stres, tükenmişlik, depresyon ve kişilik özelliği kaygısının yanı sıra önemli bir artış olduğunu ortaya koyarken, öz şefkat önemli farklılıklar göstermedi

Sonuç

Sonuç olarak; öz şefkat, sağlık çalışanlarının işlerinin duygusal zorlukları ve stresiyle başa çıkmalarına yardımcı olmak için önemli bir araçtır. Sağlık çalışanlarına yönelik talepler artmaya devam ederken, öz şefkat uygulamak onları tükenmişlikten, duygusal bitkinlikten ve şefkat yorgunluğundan korumaya yardımcı olabilir. Hastalara karşı empati ve şefkati korurken işin baskılarıyla başa çıkmak için gereken psikolojik dayanıklılığı sağlar.

Araştırmalar, öz şefkat uygulayan sağlık çalışanlarının daha düşük tükenmişlik seviyelerine, daha iyi duygusal refaha ve daha fazla iş memnuniyetine sahip olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Ayrıca, özellikle farkındalık teknikleri veya diğer destekleyici programlarla birleştirildiğinde stresi azaltmaya yardımcı olur. Sağlık ortamlarında öz şefkati teşvik etmek, yalnızca personelin kendi duygusal sağlıklarını korumasına yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda şefkatli bakım daha iyi hasta güvenine, memnuniyetine ve sonuçlara yol açtığı için hasta bakımını da iyileştirebilir.

Öz şefkatin refahı iyileştirmek ve tükenmişliği önlemek için tam olarak nasıl çalıştığı hakkında öğrenilecek daha çok şey olsa da, sağlık çalışanları için değerini destekleyen kanıtlar artmaya devam ediyor. Öz şefkat eğitimini profesyonel gelişim programlarına entegre etmek (özellikle birincil bakım ve acil tıp gibi yüksek stresli alanlarda) tükenmişliği azaltmanın ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığını iyileştirmenin etkili bir yolu olabilir. Sağlık hizmetlerindeki artan zorluklar karşısında, öz şefkati teşvik etmek, sağlık çalışanlarının kendi refahlarını korurken kaliteli bakım

sağlamaya devam edebilmelerini sağlamanın en iyi yollarından biridir.

Kaynakça

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.

Mula, M., Pini, S., Monteleone, P., Iazzetta, P., Preve, M., Tortorella, A., et al. (2008). Different temperament and character dimensions correlate with panic disorder comorbidity in bipolar disorder and unipolar depression. *J. Anxiety Disord.* 22, 1421–1426. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.02.004

Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., ... & Swensen, S. J. (2015, April). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 90, No. 4, pp. 432-440). Elsevier.

Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 13(6), 618.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103-111.

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289-303.

Neff, K. D., Hsieh, Y. ve Dejjitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4 (3), 263-287.

Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In *Compassion* (pp. 263-325). Routledge.

Montero-Marín, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., Cebolla, A., Soler, J., Demarzo, M., ... & García-Campayo, J. (2016). Psychological Effects of a 1-month meditation retreat on experienced meditators: the role of non-attachment. *Frontiers in Psychology*, 7, 1935.

Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761.

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., and Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *Int J. Stress Manage* 12:164. doi: 10.1037/1072-5245.12.2.164

Richardson, D. A., Jaber, S., Chan, S., Jesse, M. T., Kaur, H., & Sangha, R. (2016). Self-compassion and empathy: impact on

burnout and secondary traumatic stress in medical training. *Open Journal of Epidemiology*, 6(3), 161-166.

Byron, G., Ziedonis, D. M., McGrath, C., Frazier, J. A., deTorrijos, F., & Fulwiler, C. (2015). Implementation of mindfulness training for mental health staff: Organizational context and stakeholder perspectives. *Mindfulness*, 6, 861-872.

Luberto, C. M., Wasson, R. S., Kraemer, K. M., Sears, R. W., Hueber, C., & Cotton, S. (2017). Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness of a 4-week mindfulness-based cognitive therapy protocol for hospital employees. *Mindfulness*, 8, 1522-1531.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.

Olson, S. M., Odo, N. U., Duran, A. M., Pereira, A. G., & Mandel, J. H. (2014). Burnout and physical activity in Minnesota internal medicine resident physicians. *Journal of graduate medical education*, 6(4), 669-674.

Gracia-Gracia, P., & Oliván-Blázquez, B. (2017). Burnout and mindfulness self-compassion in nurses of intensive care units: cross-sectional study. *Holistic Nursing Practice*, 31(4), 225-233

Raab, K., Sogge, K., Parker, N., & Flament, M. F. (2015). Mindfulness-based stress reduction and self-compassion among mental healthcare professionals: a pilot study. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(6), 503-512.

Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European journal of oncology nursing*, 28, 114-121.

Fernando, A. T., Skinner, K., & Consedine, N. S. (2017). Increasing compassion in medical decision-making: can a brief mindfulness intervention help?. *Mindfulness*, 8, 276-285.

Llobera, J., Sansó, N., Ruiz, A., Llagostera, M., Serratusell, E., Serrano, C., ... & Leiva, A. (2018). Strengthening primary health care teams with palliative care leaders: protocol for a cluster randomized clinical trial. *BMC palliative care*, 17, 1-8.

dos Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., & Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore*, 12(2), 90-99.

BÖLÜM VII

Şizofreni Hastalarında Zihin Kuramı İşlevleri Ve Psikiyatri Hemşireliği

Erkan DURAR¹
Mustafa AKYÜZ²

Giriş

Şizofreni, genellikle erken yetişkinlik döneminde başlayan, bireyin bilişsel, duygusal ve sosyal işlevselliğini etkileyen ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Bozukluk, yaşam boyu yaklaşık %1 oranında bir prevalansa sahiptir ve toplum sağlığı üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır(McCutcheon & ark., 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde şizofreni ile ilişkili yıllık maliyetlerin 150 milyar doları aştığı tahmin edilmektedir. Bu yüksek maliyetler, hastalığın erken başlangıç yapması ve sosyal ile mesleki işlevlerde uzun vadeli bozulmalara yol açmasıyla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, şizofreni hastalarının yaşam beklentisi, genel nüfusa kıyasla yaklaşık 15 yıl daha kısadır ve bu bireylerde intihar nedeniyle yaşam boyu ölüm riski %5 ila %10 arasında değişmektedir(McCutcheon &

¹ Dr.Öğr.Gör., Iğdır Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Iğdır/Türkiye, Orcid: 0000-0003-1793-0522 , erkandurar@gmail.com

² Öğr.Gör., Iğdır Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü,Iğdır/Türkiye,Orcid:0000-0003-3984-0229,mustafa.akyuz@igdir.edu.tr,
mustafa.akyuz191@ogr.atauni.edu.tr

ark., 2020). Şizofreni tanısı genellikle erken yetişkinlikte konur, ancak kadınlarda hastalığın başlangıcı 7-10 yıl daha geç görülür. Çocuklukta, hatta çok erken yaşlarda başlayan vakalar da vardır ve 18 yaşından önce hastalık öncesi değişiklikler tespit edilebilen birçok vaka bulunmaktadır. Ancak, yetişkinlikte tanı konan ancak çocuklukta bilişsel olarak bozulmuş bireylerde, bilişsel değişiklikler erken dönemlerde belirginleşebilir.(Harvey & Isner, 2020). Bu bilişsel değişikliklerinden biri olan sosyal biliş, sosyal etkileşimlerin temelini oluşturan ve başkalarının niyet, eğilim ve davranışlarına yönelik algılama, yorumlama ve tepkiler üretme gibi sosyal bilişsel yetenekler olarak tanımlanmaktadır(Green & ark., 2008). Bu, sosyal beceriler, sosyal problem çözme, çevredeki sosyal davranışlar ve toplumsal işlevsellik (bağımsız yaşam becerileri, iş işlevselliği ve sosyal işlevsellik gibi) gibi çeşitli fonksiyonel alanlarla olan bağlantılarından kaynaklanmaktadır. Sosyal bilişsel eksiklikler, sosyal etkileşimlerde başarı için kritik öneme sahiptir ve yaşa bağlı önemli sonuçlar doğurur(Schmidt & ark., 2011). Literatür incelendiğinde 4 tane temel olan sosyal biliş belirlenmiş olup bunlar; duygu işleme, sosyal algı, zihin kuramı ve atıf stili/önyargısı olarak belirtilmektedir(Harvey & Isner, 2020). Zihin kuramı, başkalarının zihinsel durumlarını anlama ve bunları temsil etme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bu, niyetler, eğilimler ve/veya inançların çıkarılmasını da içerir. Zihin kuramı, aynı zamanda zihinsel durumu atfetme veya bilişsel empati olarak da adlandırılmaktadır(Harvey & Isner, 2020; Penn & ark., 2008). Zihin kuramı, bireylerin sosyal bilişsel yetilerini tanımlamak için kullanılan bir kavramdır. Bu kavram, beden dili, yüz ifadeleri ve dolaylı dil gibi sosyal ipuçlarını değerlendirerek başkalarının zihinsel ve duygusal durumlarını anlamlandırabilme yeteneğini ifade etmektedir(Ho & ark., 2022). Zihin kuramı bozuklukları, özellikle sosyal yetersizliklerle karakterize edilen şizofreni hastalarında yaygın olarak görülmektedir(Savla & ark., 2013). Bora ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, zihinsel durumları çözümleme yeteneğinin, şizofrenide sosyal işlevselliğin bilişsel arabulucusu olabileceğini ortaya koymuştur(Bora & ark., 2006).

Şizofreni, bireylerin düşünsel süreçlerini, duygusal yanıtlarını ve davranışlarını etkileyen karmaşık bir psikiyatrik bozukluktur. Bu hastalık, özellikle sosyal etkileşimlerde zorluklara yol açan zihinsel durumları anlama ve başkalarının niyetlerini doğru bir şekilde çözümleme becerisinde bozulmalarla ilişkilidir. Zihin kuramı işlevleri, şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini anlamada önemli bir rol oynamaktadır. Psikiyatri hemşireliği, bu hastaların tedavi süreçlerinde, zihinsel durumları anlama ve sosyal becerilerini geliştirmelerine yönelik müdahalelerle önemli bir yer tutmaktadır. Bu bağlamda, şizofreni hastalarında zihin kuramı işlevlerinin incelenmesi ve psikiyatri hemşireliğinin yaklaşımlarını ortaya koyması açısından bir derleme niteliğindeki bu çalışma önem arz etmektedir.

1. Şizofreni

1.1 Tanımı

Şizofreni, bireylerin ve toplumun üzerinde derin etkiler bırakan ciddi bir ruhsal bozukluktur. Şizofreni kavramı, melankoli, mani veya "çılgınlık" gibi antik çağlardan beri bilinen bozukluklarla karşılaştırıldığında, daha yeni bir hastalık tanımıdır. 19. yüzyılın ortalarına gelindiğinde, Avrupalı psikiyatristler, genellikle genç yaşlarda ortaya çıkan ve sıklıkla kronik bir bozulmaya yol açan, nedeni belirsiz bozuklukları tanımlamaya başlamışlardır (Jablensky, 2010). 20. yüzyılın başlarında, demanstan farklı olduğu düşüncesiyle Eugen Bleuler, "dementia praecox" yerine "zihin bölünmesi" veya "yarılması" olarak tanımlanabilen "şizofreni" terimini ilk kez kullanmıştır(Jauhar & ark., 2022). Schneider, şizofreni tanısında belirleyici bir öneme sahip olduğunu savunduğu ve "birinci dereceden semptomlar" olarak adlandırılan psikotik belirtilerin bulunduğunu ileri sürmüştür. Bu belirtiler şunlardır: Düşüncelerin duyulması, hasta hakkında tartışan veya konuşan sesler, hastanın davranışları hakkında yorum yapan sesler, bedende dışsal etkiler hissedilmesi, düşüncelerin çekilmesi, düşüncelerin yayılması (düşünce iletimi), hezeyan algıları ve duygularla ilgili deneyimlerdir(Tsuang & Winokur, 1974).

Her ne kadar sonuçlar genelde düşünöldüğü kadar olumsuz olmasa da, teşhis konulan kişilerin %50'den fazlası zaman zaman uzun süreli ruhsal sorunlar yaşamakta, yaklaşık %20'si ise kalıcı belirtiler ve işlev kaybıyla karşılaşmaktadırlar(Owen & ark., 2016). Hastalığın temel özellikleri arasında pozitif semptomlar (hezeyanlar, halüsinasyonlar), negatif semptomlar (özellikle motivasyon kaybı, kendiliğinden konuşmada azalma ve sosyal izolasyon) ve bilişsel işlev bozukluğu yer almaktadır(Joyce & Roiser, 2007). Pozitif semptomlar genellikle tekrarlayıp düzelme eğiliminde olsa da, bazı hastalarda uzun süreli psikotik belirtiler kalıcı hale gelebilir. Negatif ve bilişsel semptomlar ise genellikle kronik bir seyir izler ve sosyal işlevsellik üzerinde kalıcı etkiler bırakır. Bazı hastalarda ise bilişsel veya sosyal işlev bozuklukları yıllar öncesine kadar geri izlenebilir. Öte yandan, iyi işlev gösteren bireylerde hastalığın ani başlangıç gösterdiği durumlar da mevcuttur(Addington & Heinssen, 2012).

1.2 Etiyoloji

Şizofreni, uzun bir dönem boyunca yoğun bir şekilde araştırılan ve yine de anlaşılması son derece güç bir tıbbi durum olarak nitelendirilmektedir. Bleuler, şizofreninin yalnızca biyolojik faktörlerle değil, aynı zamanda psikolojik etkenlerle de ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür(Jauhar & ark., 2022). Şizofreni hastalarında beyin yapısındaki anormalliklere ilişkin bulgular yaygındır. Yapılan büyük ölçekli meta-analizler, bu hastalarda hipokampus hacminin sağlıklı bireylere kıyasla daha küçük olduğunu ve bunu daha küçük amigdala, talamus, limbik sistem ve intrakraniyal hacimlerin izlediğini ortaya koymaktadır(van Erp & ark., 2016). Şizofreninin temel fizyopatolojisinin, öncelikli olarak dopaminerjik sistemdeki anormalliklere dayandığı düşünölse de, mevcut kanıtlar glutamaterjik, serotonerjik ve GABA sistemlerindeki değişimlerin de bu süreçte önemli rol oynayabileceğini göstermektedir(Iasevoli & ark., 2014). Ayrıca, genetik faktörler ve erken yaşam dönemindeki

çevresel risk etkenleri ile bunların etkileşimleri, bu anormalliklerin gelişimine katkı sağlayan önemli unsurlar olarak değerlendirilmektedir (Iasevoli & ark., 2014). Şizofreninin etiyojisini açıklayan bilişsel modeller, bireylerin benlik anlayışının genetik yatkınlık, erken çocukluk dönemi deneyimleri ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde karşılaşılan çevresel stres etkenlerinin bir birleşimiyle şekillendiğini ve bu faktörlerin, hem içsel hem de dışsal deneyimlerin nasıl algılandığını belirlediğini savunmaktadır(Batinic, 2019).

1.3 Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'ne göre şizofreni, dünya genelinde yaklaşık 24 milyon kişiyi veya her 300 kişiden birini (%0.32) etkilemektedir. Yetişkinler arasında ise bu oran, her 222 kişiden biri (%0.45) şeklindedir(DSÖ, 2022). Şizofreni, dünya genelinde %1'in üzerinde yaygınlık gösteren, erkek ve kadınlar için en yüksek 10 küresel engellilik nedenlerinden biridir(Stepnicki & ark., 2018). Hindistan'da yapılan bir araştırma, şizofreninin yaygınlık oranının %2-3 arasında olduğunu belirtmektedir(Grover & ark., 2017). Türkiye'de gerçekleştirilen bir sistematik gözden geçirmeye göre, şizofreninin yaşam boyu prevalansı 1000 kişide 8,9 olarak belirlenmiştir(Binbay ve ark., 2011). Şizofrenisi olan bireyler, genel nüfusa kıyasla 2 ile 3 kat daha fazla erken ölüm riski taşımaktadırlar. Bu durum sıklıkla kardiyovasküler, metabolik ve enfeksiyon hastalıkları gibi fiziksel sağlık sorunları nedeniyle ortaya çıkmaktadır (DSÖ, 2022).

1.4 Tedavi

Şizofreninin nedenleri hala tam olarak anlaşılamadığından, tedavi genellikle hastalığın semptomlarını azaltmaya yönelik antipsikotik ilaçlarla yapılmaktadır. Bu ilaçlar genellikle dopamin reseptörlerini hedefler, ancak serotonin gibi diğer reseptörlere de etki edebilirler(Stepnicki & ark., 2018). Birçok şizofreni hastası için antipsikotik ilaçlarla uzun süreli tedavi gereklidir. Nöroleptikler, şizofreninin pozitif semptomları (düşünsel bozukluklar, sanrılar, halüsinasyonlar) üzerinde

etkili olup nükslerin önlenmesinde rol oynar. Bununla birlikte, negatif semptomlar (sosyal çekilme, apati gibi) üzerinde etkileri sınırlıdır(Prasad, 1994). En yaygın kullanılan ilaçlar arasında klorpromazin, haloperidol, olanzapin, risperidon ve klopazin yer almaktadır(Mandal & ark., 2022). Tipik birinci nesil antipsikotikler, pozitif semptomları azaltmada etkili olsa da ekstrapiramidal semptomlara (EPS) neden olabilmektedir(Mandal & ark., 2022). Ekstrapiramidal etkiler (distoni, akatizi, tremor ve katılık) en sık görülen ve ciddi yan etkilerdir. Merkezi sinir sistemi üzerindeki diğer yan etkiler arasında sedasyon, baş dönmesi, ajitasyon ve depresyon bulunmaktadır. Kardiyovasküler yan etkiler taşikardi ve çarpıntıyı içerirken, karaciğer üzerindeki etkiler sarılık şeklinde olabilmektedir. Üreme ve gastrointestinal sistemde de yan etkiler görülür, bunlar arasında iktidarsızlık, kilo alımı ve mide rahatsızlıkları yer almaktadır(Stepnicki & ark., 2018).

Elektrokonvülsif tedavi (EKT), başlangıçta şizofreni tedavisinde kullanılsa da, antipsikotiklerin gelişimiyle birlikte şizofrenideki kullanımı azalmıştır. EKT, tedaviye direnç, farmakoterapiyi destekleme, katatoni, intihar davranışı, şiddetli ajitasyon ve klopazin dirençli şizofreni gibi durumlarda yaygın olarak önerilmektedir. Mevcut literatür, EKT'nin şizofreni hastalarında güvenli ve etkili olduğunu göstermekte, ancak tedaviye dirençli vakalarda genellikle son çare olarak kullanılmaktadır(Grover & ark., 2019).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), işlevsel olmayan düşünceleri sorgulamayı amaçlayan bir psikolojik müdahale olup, 1970'lerin ortalarından bu yana mental sağlık ve duygusal bozuklukların iyileştirilmesinde kullanılmaktadır. BDT, bilişsel terapi, davranışsal terapi unsurları, problem çözme teknikleri ve başa çıkma becerileri eğitimi gibi çeşitli müdahale yöntemlerini kapsamaktadır. Şizofreni tedavisinde BDT, kalıcı pozitif ve negatif semptomlar üzerinde klinik olarak olumlu etkiler gösterirken, tedavi kılavuzları, ilaç tedavisine ek olarak BDT'nin kullanımını desteklemektedir(Ballesteros & ark., 2023).

Şizofreni, karmaşık bir psikiyatrik bozukluk olup, tedavi süreci genellikle multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Antipsikotik ilaçlar, hastalığın pozitif semptomlarını yönetmede önemli bir rol oynasa da, tedaviye ek olarak psikoterapötik yöntemlerin de kullanılması etkinliği artırmaktadır. Özellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT), şizofreni hastalarının negatif semptomları ve işlevsellik sorunları üzerinde olumlu etkiler göstererek, farmakolojik tedaviye önemli bir katkı sağlamaktadır. Sonuç olarak, şizofreni tedavisinde ilaç tedavisi ve psikoterapinin birleştirilmesi, hastaların genel iyilik halleri üzerinde anlamlı bir iyileşme sağlayabilir.

2. Zihin Kuramı

Sosyal etkileşimlerin altında yatan zihinsel işlemler olarak tanımlanan sosyal biliş, insanların başkalarının niyetlerini ve zihinsel durumlarını anlamalarını, sosyal durumlara uygun davranışlar sergilemelerini ve kültürel aktivitelere katılmalarını sağlamaktadır (Mazza & ark., 2010). Sosyal biliş alanlarından bir tanesi de zihin kuramıdır (ZK)(Bechi & ark., 2013). Zihin Kuramı, insanın sosyal etkileşiminde rol oynayan sosyal bilişsel yetilerin en önemlilerinden birisini anlatmak için kullanılmaktadır. Zihin kuramı, başkalarının niyetlerinin, inançlarının ve davranışlarının altında yatan zihinsel durumları yorumlama yeteneğini ifade etmek için kullanılan bir terimdir(Premack & Woodruff, 1978; Bora & Pantelis, 2016). Başka bir ifadeyle ZK, başkalarının zihinsel durumlarını ve davranışlarını anlama ve tahmin etme yeteneği olarak ifade edilmektedir(Mancuso & ark., 2011). Zihin kuramı birçok çalışmada tek bir beceri olarak ele alınsa da, bazı çalışmalar zihin kuramını iki bileşenli bir yapı olarak ele almaktadır(Ahmed & Miller, 2013). Bu iki bileşen, zihinsel durum çözümlemesini ifade eden algısal zihin kuramı ve zihinsel durumun muhakemesini ifade eden bilişsel zihin kuramı olarak belirtilmektedir (Bottiroli & ark., 2016). Bilişsel zihin kuramı, diğer insanların inançları ve niyetleri hakkında çıkarım yapma yeteneği anlamına gelirken, algısal zihin kuramı diğer kişinin ne hissettiğini anlama yeteneğini ifade etmektedir (Gürçan & ark.,

2021; Bora & ark., 2008). Algısal zihin kuramı, yüz ifadeleri ve hareketler gibi gözlemlenebilir bilgilere dayanarak başkalarının zihinsel durumlarını analiz ederek zihinsel durumları algılamayı sağlar. Bu kavram, temel duyguların tanınmasıyla ilişkilendirilirken aynı zamanda karmaşık zihinsel durumların tanınmasını da içerir (Gürcan & ark., 2021; Bora & ark., 2008). Bilişsel zihin kuramında, insanların davranışları ve mevcut durumu kavraması önemlidir (Bora & ark., 2008; Gürcan & ark., 2021). Zihin kuramının her iki bileşeni de niyetler üzerine akıl yürütme, zihinsel durumların kodunu çözme ve sosyal ipuçlarını belirlemede önem taşımaktadır (Bora & ark., 2008). Zihin kuramı yeteneklerinin birlikte kullanılması işleyişi olumlu yönde etkiler ve sosyal etkileşimlerde uygun yanıtlar vermeyi sağlamaktadır (Bora & ark., 2008). Bazı araştırmacılar ise zihin kuramını gelişimsel olarak giderek artan zorluk derecelerine göre sınıflandırmışlardır (Bach & ark., 2000). Bu bakımdan zihin kuramı zorluk derecesine ve gelişimsel olarak ortaya çıkma önceliğine göre birinci derece, ikinci derece ve üçüncü derece zihin kuramı olmak üzere üç farklı düzeyde ele alınmaktadır. Birinci derece, zihin kuramının en basit düzeyidir ve başkalarının yanlış düşüncelerini kavrama becerisini ifade eder. İkinci derece ise üçüncü bir kişinin bir amaç hakkında çıkarım yapma yeteneğini ifade eder. Üçüncü derece zihin kuramı ise en karmaşık zihin kuramı yetisi olarak düşünülmektedir (Valle & ark., 2015; Yağcı & Boztaş, 2022). Couture ve arkadaşları, 178 hastada zihin kuramı, nörobiliş, negatif semptomlar, sosyal yeterlilik ve gerçek dünya işlevselliği arasındaki ilişkileri analiz etmiştir. Zihin kuramının, nörobiliş ile sosyal yeterlilik arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiğini belirtmişlerdir (Couture & ark., 2011).

3. Şizofrenide Zihin Kuramı

Günlük hayatımızda sosyal biliş, sosyal bilgileri algılamamızı, işlememizi ve yorumlamamızı sağlayarak başkalarının eylemlerine anlam vermemizi, kişilerarası ilişkiler geliştirmemizi ve sürdürmemizi sağlamaktadır (d'Arma & ark., 2021). Ne yazık ki, düşünce ve gerçekliğin yorumlanmasında bozukluklarla karakterize kronik bir ruhsal bozukluk olan şizofreni durumunda

sosyal biliş bozulabilmektedir (Sasson & ark., 2011). Şizofreni spektrum bozukluklarında hem akut hem de remisyon evrelerinde, psikoz riski yüksek olan kişilerde ve şizofreni hastası olan kişilerin birinci derece akrabalarında sosyal bilişte eksiklikler tespit edilmiştir(Mehta & ark., 2013; Mazza & ark., 2012; Bora & Pantelis, 2016). Ayrıca, şizofreni hastalarında sosyal biliş eksiklikleri dört genel sosyal biliş alanının hepsinde tespit edilmiştir (Pinkham & ark., 2014). Bunlar; (1) duygu işleme(yüz ifadeleri veya ses tonu aracılığıyla duyguları tanımlama yeteneği olarak bilinir), (2) zihin teorisi(diğer insanların niyetlerini, arzularını veya inançlarını çıkarsama yeteneği olarak tanımlanır), (3) atıf stili (insanların farklı olayların nedenlerini kendilerine, başkalarına veya belirli durumlara atfetme biçimini ifade eder) ve (4) sosyal algı ve bilgi (sosyal etkileşimleri başarılı bir şekilde anlamak ve yönetmek için gerekli sosyal kuralları ve rolleri bilme yeteneği olarak anlaşılmaktadır) olarak belirtilmektedir(Edwards & ark., 2002; Penn & ark., 2008 ; Roberts & Velligan, 2012). Şizofreni hastalarında zihin kuramı eksiklikleri hastalığın tüm evrelerinde gözlemlenmiş, toplum işleyişi, sosyal becerilerle ve diğer nörobilişsel işlevlerle önemli bir ilişkisi olduğu bildirilmiştir(Green & ark., 2015; Halverson & ark., 2019; Thibaut & ark., 2023).

Zihin kuramı birden fazla sosyal bilişsel işlevi içinde bulundurmaktadır. Şizofreni hastalarında zihin kuramı işlevlerindeki bozukluk bilişsel işlev bozukluklarından ve hastalık belirtilerinin şiddetinden daha fazla sosyal işlevsellikte sorunlara neden olmaktadır(Pinkham & ark., 2016; Gedik, 2023). Sosyal işlevsellik kaybının psikotik bulgulardan görece bağımsızlığı, şizofrenide görülen bilişsel işlev bozukluklarının sosyal yeti kaybıyla ilişkili olabileceğini gündeme getirmiştir. Yapılan bazı çalışmalar, ZK bozukluğunun şizofrenide sosyal işlevsellikte gözlenen sorunların önemli bir öngörücüsü olduğunu göstermiştir (Brune, 2005, Bora & ark., 2006). Şizofrenide, sosyal işlevsellik açısından önemli bir yeti olan empati de zihin kuramı bozukluğuyla ilişkili olabilir (Bora & ark., 2008). Zihin kuramı eksikliklerinin, üretken aktivitelerde ve sosyal işlevsellikte

zorluklarla ilişkili olduğu belirtilmiştir(Ventura & ark., 2015). Şizofreni hastalarında zihin kuramı ile sözel bellek, işlem hızı, bilişsel esneklik ve muhakeme gibi nörobilişsel işlevler arasında birçok ilişki bildirilmiştir(Fanning & ark., 2012; Fernandez-Gonzalo & ark., 2014). Frith (2014), zihin kuramı eksikliklerinin istemli eylem, başkalarını izleme ve kendini izleme bozukluklarına yol açabileceğini öne süren bilişsel teoriden kaynaklandığını belirtmiştir. Bu teoriye göre, istemli eylem bozukluklarının (ilgisizlik ve tuhaf davranışlar) bireyin kendi niyetlerini algılayamaması nedeniyle ortaya çıktığını bildirmiştir(Frith, 2014). Başkalarını izleme bozukluklarının, başkalarının zihinsel durumuyla ilgili farkındalığın azalmasına ve düzensiz iletişime yol açabileceğini, kendi ürettiği düşüncelerle ilgili farkındalığın azalmasının ise işitsel halüsinasyonlara ve sanrılara yol açabileceğini ifade etmiştir(Frith, 2014; Cayouette & ark., 2023). Genel olarak, zihin kuramı ile klinik semptomlar arasındaki ilişkinin iki yönlü olabileceği, böylece zihin kuramı bozukluklarının daha şiddetli klinik semptomlara katkıda bulunabileceği, klinik semptomların da sosyal durumlardaki algıyı, yorumu ve davranışları etkileyebileceği belirtilmiştir(Thibaudeau & ark., 2023). Brune (2005) şizofreni hastalarının zihin kuramı performanslarının sosyal davranışta ciddi anormalliklerin bir göstergesi olduğunu bildirmiştir. Şizofreni hastalarının zihin kuramı görevlerinde kötü performans gösterdiğine dair kanıtlar olmasına rağmen, hastalık süresince zihin kuramı bozukluklarının seyri hakkında çok az şey bilinmektedir (Cantry & ark., 2017).

4. Zihin Kuramı ve Psikiyatri Hemşireliği

Şizofreni ve zihin kuramı arasındaki ilişki incelendiği zaman, sosyal etkileşimleri yönetme ve empati kurma konusunda önemli olan bu becerilerin, şizofreni tanısı almış bireylerde bozulduğu belirtilmektedir(Brune, 2005). Şizofreni spektrum bozukluklarında, zihin kuramı becerilerindeki eksiklikler, bireylerin nörobilişsel işlevleri ile günlük yaşam becerileri arasındaki bağlantıyı zayıflatarak, sosyal etkileşimlerin bozulmasına, duygusal düzenlemenin zorlaşmasına ve dolayısıyla

yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Brüne, 2005). Bu becerilerin, özellikle etkili kişilerarası ilişkiler kurma, sosyal iletişimi sürdürme, duygusal tepkileri yönetme ve başkalarının duygusal durumlarını anlama (empati) gibi alanlarda kritik bir rol oynadığı belirtilmektedir(Henry & ark., 2015). Bunun için, hemşireler, hastaların sosyal işlevselliklerini artırmak ve yaşam kalitelerini yükseltmek için zihin kuramı becerilerini geliştirmeye yönelik müdahalelerde bulunmalıdırlar. Bu sayede, hastaların toplum içinde daha başarılı bir şekilde yaşam sürdürmeleri sağlanabilir. Bu bağlamda, hemşirelik bakımı, bireylerin sosyal biliş becerilerini geliştirmeyi ve bu becerilerin günlük yaşamda kullanımını desteklemeyi amaçlamalıdır. Ülkemizde ruh sağlığı hemşireleri tarafından şizofreni hastalarında sosyal biliş bozukluklarına yönelik meta bilişsel eğitimin etkinliği ölçen bir araştırmada, uygulanan meta bilişsel eğitimin sosyal biliş üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir(Zonp & Bilgin, 2022).

Şizofreni hastalarında sosyal biliş bozukluklarının yönetimi için etkili **hemşirelik girişimleri** bir dizi yapılandırılmış müdahaleyi içermektedir. İlk olarak, **eğitim ve farkındalık oluşturma** çalışmaları, bireylerin düşüncelerini sorgulamalarını ve yanlış inançlarını düzeltmelerini hedefleyen meta-bilişsel eğitim programlarının uygulanmasını kapsamaktadır (Zonp & Bilgin, 2022). Bu programlar, hastaların içsel farkındalıklarını artırırken, sosyal biliş bozuklukları hakkında hem hastalara hem de ailelerine eğitim verilmesini içerir. Bunun yanı sıra **duygusal düzenleme çalışmaları**, bireylerin duygu tanıma ve yönetme becerilerini artırmayı hedeflemektedir. Bu bağlamda, bireysel veya grup eğitimleri düzenlenerek stres yönetimi teknikleri(örn. nefes egzersizleri ve gevşeme uygulamaları) öğretilmelidir. Bu girişimler, hastaların duygusal farkındalıklarını geliştirmelerine ve stresle daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır. **Sosyal becerileri güçlendirme** girişimleri ise hastaların sosyal ortamda kendilerini ifade etmeleri için güvenli alanlar oluşturulmasını ve grup içi etkinliklere aktif katılımın teşvik edilmesini kapsamaktadır. Psikiyatri hemşireleri tarafından sosyal becerileri güçlendirme eğitimleri verilmelidir. Son olarak,

rehabilitasyon programları, hastaların bireysel ihtiyaçlarına odaklanan kişiselleştirilmiş planlar yoluyla sosyal beceri gelişimini desteklemektedir. Multidisipliner bir yaklaşımla yürütülen bu programlar, bireylerin sosyal biliş bozukluklarına yönelik sürdürülebilir czmler sunmayı amaçlamaktadır. Bu kapsamlı girişimler, sosyal biliş becerilerinin geliştirilmesi, duygusal düzenleme ve empati gibi alanlarda hastaların yaşam kalitesini artırmayı hedeflemelidir(Zonp & Bilgin, 2022).

Psikiyatri hemşirelerinin zihin kuramı hakkında bilgi sahibi olması ve bu konuda hasta ve ailelerine eēitim vermesi, etkin bir bakım için kritik öneme sahiptir. Hemşireler, hastaların sosyal becerilerini geliştirmek için ceşitli teknikler kullanabilirler. Ayrıca aile katılımı, zihin kuramı becerilerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ailelere, hastalarla nasıl iletişim kuracakları ve onları destekleyecekleri konusunda eēitim verilmelidir.

Sonuç

Sosyal bilişin ayrılmaz bir parçası olan ZK, kişinin kendi psikolojik durumu ile yabancı psikolojik durumu arasındaki farkı hissetme ve kabul etme yeteneēidir. Zihin Kuramı, diēer bireylerin istekleri, inançları, niyetleri ve duyguları gibi zihinsel durumlarını anlayabilme becerisini ifade eder ve sosyal etkileşimlerde önemli bir rol oynar. şizofrenide belirgin bir ZK bozukluēu olduēu tartışılmaz görünmektedir. Ayrıca şizofreni tanılı hastaların saēlıklı akrabalarında da ZK bozukluēu görülmektedir. Hemşirelik girişimi olarak şizofreni hastalarında zihin kuramı işlevleri artırmaya yönelik müdahalelerin yapılması, şizofreninin hemşirelik bakımına zihin kuramı işlevlerini olumlu yönde etkileyecek girişimlerin dahil edilmesi önerilmektedir. Zihin kuramı alanları ayrı ayrı incelendiēinde hangi alanın sosyal iřlevselliēe daha fazla katkı saēladıēını bulmak için daha fazla calışma yapılması ve daha spesifik tedavi hedefleri belirlenmesi gerekmektedir. Son olarak, ülkemizde ve dünyada zihin kuramı performansını ele alan ve hemşirelik girişimleri üzerine sınırlı sayıda calışma olduēu belirlenmiş olup bu alanda daha fazla calışmaya ihtiyaç olduēu düşünülmektedir.

Kaynaklar

Addington, J., & Heinssen, R. (2012). Prediction and prevention of psychosis in youth at clinical high risk. *Annual review of clinical psychology*, 8(1), 269-289.

Ahmed, F. S., & Miller, L. S. (2013). Relationship between theory of mind and functional independence is mediated by executive function. *Psychology and aging*, 28(2), 293.

Bach, L. J., Happe, F., Fleminger, S., & Powell, J. (2000). Theory of mind: Independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cognitive Neuropsychiatry*, 5(3), 175-192.

Ballesteros, J., Moreno-Calvete, M. C., Santos-Zorrozúa, B., & González-Fraile, E. (2023). Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care for persistent aggressive behaviour or agitation in people with schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews*(7).

Batinic, B. (2019). Cognitive models of positive and negative symptoms of schizophrenia and implications for treatment. *Psychiatria Danubina*, 31(suppl 2), 181-184.

Bechi, M., Spangaro, M., Bosia, M., Zanoletti, A., Fresi, F., Buonocore, M., ... & Cavallaro, R. (2013). Theory of Mind intervention for outpatients with schizophrenia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(3), 383-400.

Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin, K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 22(1), 40-52.

Bora, E., Eryavuz, A., Kayahan, B., Sungu, G., & Veznedaroglu, B. (2006). Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry research*, 145(2-3), 95-103.

Bora, E., Gökçen, S., Kayahan, B., & Veznedaroglu, B. (2008). Deficits of social-cognitive and social-perceptual aspects of theory of mind in remitted patients with schizophrenia: effect of residual symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(2), 95-99.

Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophrenia research*, 109(1-3), 1-9.

Bora, E., & Pantelis, C. (2016). Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 175(1-3), 72-78.

Bottiroli, S., Cavallini, E., Ceccato, I., Vecchi, T., & Lecce, S. (2016). Theory of Mind in aging: Comparing cognitive and affective components in the faux pas test. *Archives of gerontology and geriatrics*, 62, 152-162.

Brüne, M. (2005). Emotion recognition, 'theory of mind,' and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry research*, 133(2-3), 135-147.

Canty, A. L., Neumann, D. L., & Shum, D. H. (2017). Using virtual reality to assess theory of mind subprocesses and error types in early and chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 10, 15-19.

Cayouette, A., Thibadeau, É., Cellard, C., Roy, M. A., & Achim, A. M. (2023). Associations between theory of mind and clinical symptoms in recent onset schizophrenia spectrum disorders. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1044682.

Couture, S. M., Granholm, E. L., & Fish, S. C. (2011). A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. *Schizophrenia research, 125*(2-3), 152-160.

d'Arma, A., Isernia, S., Di Tella, S., Rovaris, M., Valle, A., Baglio, F., & Marchetti, A. (2021). Social cognition training for enhancing affective and cognitive theory of mind in schizophrenia: a systematic review and a meta-analysis. *The Journal of Psychology, 155*(1), 26-58.

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ).(2022).
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
Erişim Tarihi: 21.12.2024

Edwards, J., Jackson, H. J., & Pattison, P. E. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. *Clinical psychology review, 22*(6), 789-832.

Fanning, J. R., Bell, M. D., & Fiszdon, J. M. (2012). Is it possible to have impaired neurocognition but good social cognition in schizophrenia?. *Schizophrenia research, 135*(1-3), 68-71.

Fernandez-Gonzalo, S., Jodar, M., Pousa, E., Turon, M., Garcia, R., Rambla, C. H., & Palao, D. (2014). Selective effect of neurocognition on different theory of mind domains in first-episode

psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(8), 576-582.

Frith, C. D. (2014). The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Psychology press.

Gedik, B. N. (2023). Şizofreni hastalarında zihin kuramı işlevlerinin duygusal ve bilinçli farkındalık ile ilişkisinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620-631.

Grover, S., Sahoo, S., Rabha, A., & Koirala, R. (2019). ECT in schizophrenia: a review of the evidence. *Acta neuropsychiatrica*, 31(3), 115-127.

Gürçan, M. B., Yıldız, M., Patir, K., & Demir, Y. (2021). The effects of narrative and movie therapy on the theory of mind and social functioning of patients with schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry*, 58(2), 108.

Halverson, T. F., Orleans-Pobee, M., Merritt, C., Sheeran, P., Fett, A. K., & Penn, D. L. (2019). Pathways to functional outcomes in schizophrenia spectrum disorders: Meta-analysis of social cognitive and neurocognitive predictors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105, 212-219.

Harvey, P. D., & Isner, E. C. (2020). Cognition, social cognition, and functional capacity in early-onset schizophrenia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 29(1), 171-182.

Henry, J. D., Cowan, D. G., Lee, T., & Sachdev, P. S. (2015). Recent trends in testing social cognition. *Current opinion in psychiatry*, 28(2), 133-140.

Ho, M. K., Saxe, R., & Cushman, F. (2022). Planning with theory of mind. *Trends in Cognitive Sciences*, 26(11), 959-971.

Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 271-287.

Jauhar, S., Johnstone, M., & McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. *Lancet (London, England)*, 399(10323), 473-486.

Joyce, E. M., & Roiser, J. P. (2007). Cognitive heterogeneity in schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, 20(3), 268-272.

Iasevoli, F., Tomasetti, C., F. Buonaguro, E., & de Bartolomeis, A. (2014). The glutamatergic aspects of schizophrenia molecular pathophysiology: role of the postsynaptic density, and implications for treatment. *Current neuropharmacology*, 12(3), 219-238.

Mancuso, F., Horan, W. P., Kern, R. S., & Green, M. F. (2011). Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia research*, 125(2-3), 143-151.)

Mandal, P. K., Gaur, S., Roy, R. G., Samkaria, A., Ingole, R., & Goel, A. (2022). Schizophrenia, bipolar and major depressive disorders: overview of clinical features, neurotransmitter alterations, pharmacological interventions, and impact of oxidative stress in the disease process. *ACS Chemical Neuroscience*, 13(19), 2784-2802.

Mazza, M., Pollice, R., Pacitti, F., Pino, M. C., Mariano, M., Tripaldi, S., ... & Roncone, R. (2012). New evidence in theory of mind deficits in subjects with chronic schizophrenia and first episode: correlation with symptoms, neurocognition and social function. *Rivista di psichiatria*, 47(4), 327-336.

McCutcheon, R. A., Marques, T. R., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia—an overview. *JAMA psychiatry*, 77(2), 201-210.

Mehta, U. M., Thirthalli, J., Kumar, C. N., Kumar, J. K., Keshavan, M. S., & Gangadhar, B. N. (2013). Schizophrenia patients experience substantial social cognition deficits across multiple domains in remission. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), 324-329.

Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *Lancet*, 388(10039), 86-97.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01121-6)

Penn, D. L., Sanna, L. J., & Roberts, D. L. (2008). Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 408-411.

Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K., & Harvey, P. D. (2014). The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. *Schizophrenia bulletin*, 40(4), 813-823.

Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., & Harvey, P. D. (2016). Social cognition psychometric evaluation: Results of the initial psychometric study. *Schizophrenia bulletin*, 42(2), 494-504.

Prasad, A. B. (1994). British national formulary. *Psychiatric Bulletin*, 18(5), 304-304.

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and brain sciences*, 1(4), 515-526.

Roberts, D. L., & Velligan, D. I. (2012). Can social functioning in schizophrenia be improved through targeted social cognitive intervention?. *Rehabilitation Research and Practice*, 2012(1), 742106.

Sasson, N. J., Pinkham, A. E., Carpenter, K. L., & Belger, A. (2011). The benefit of directly comparing autism and schizophrenia for revealing mechanisms of social cognitive impairment. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 3, 87-100.

Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia bulletin*, 39(5), 979-992.

Schmidt, S. J., Mueller, D. R., & Roder, V. (2011). Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophrenia bulletin*, 37(suppl_2), S41-S54.

Stępnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. A. (2018). Current concepts and treatments of schizophrenia. *Molecules*, 23(8), 2087.

Thibaudeau, E., Rae, J., Raucher-Chéné, D., Bougeard, A., & Lepage, M. (2023). Disentangling the relationships between the clinical symptoms of schizophrenia spectrum disorders and theory of mind: A meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 49(2), 255-274.

Tsuang, M. T., & Winokur, G. (1974). Criteria for subtyping schizophrenia: Clinical differentiation of hebephrenic and paranoid schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 31(1), 43-47.

Valle, A., Massaro, D., Castelli, I., & Marchetti, A. (2015). Theory of mind development in adolescence and early adulthood: The growing complexity of recursive thinking ability. *Europe's journal of psychology*, 11(1), 112.

van Erp, T. G., Hibar, D. P., Rasmussen, J. M., Glahn, D. C., Pearlson, G. D., Andreassen, O. A., Agartz, I., Westlye, L. T., Haukvik, U. K., Dale, A. M., Melle, I., Hartberg, C. B., Gruber, O., Kraemer, B., Zilles, D., Donohoe, G., Kelly, S., McDonald, C., Morris, D. W., . . . Turner, J. A. (2016). Subcortical brain volume abnormalities in 2028 individuals with schizophrenia and 2540 healthy controls via the ENIGMA consortium. *Mol Psychiatry*, 21(4), 547-553. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.63>

Ventura, J., Ered, A., Gretchen-Doorly, D., Subotnik, K. L., Horan, W. P., Helleman, G. S., & Nuechterlein, K. H. (2015). Theory of mind in the early course of schizophrenia: stability, symptom and neurocognitive correlates, and relationship with functioning. *Psychological medicine*, 45(10), 2031-2043.

Yağcı, Z. G., & Boztaş, M. H. (2022). Examination of the Relationship Between the Theory of Mind, Neurocognitive Functions and Thought-Language Features in the Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder I Groups. *Turkish Journal of Psychiatry*, 34(2), 68.

Zonp, Z., & Bilgin, H. (2022). The effectiveness of metacognitive training on impairments in social cognition in patients

with schizophrenia: mental health nursing practice in a community mental health center. *Nordic Journal of Psychiatry*, 76(4), 295-306.