

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Editörler
Nezihe BULUT UÇURLU
Fatma BİRGİLİ



BİDGE Yayınları

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Editörler: Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU- Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ

ISBN: 978-625-372-318-7

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 28.06.2025

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



ÖNSÖZ

Değerli okurlar; Hemşirelikte teori ve hastalıklarda bakım alanında farklı kategorilerde, “Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar” isimli kitabımız güncel konuları içermektedir. Bu kitabımız ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında uzman akademisyenler tarafından yazılmıştır. Kitapta “Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma, Yakınını Kaybeden Bireylerde Yas Süreci ve Psikiyatri Hemşiresinin Destekleyici Rolü, Acil Psikiyatri Hemşireliği, Evde Bakım ve Bakım Verme Yükü, Beslenme ve Yeme Bozuklukları, İstismara Uğramış Bireylerde Psikiyatri Hemşireliği Bakımı: Travma Odaklı Kuramsal Yaklaşımlar ve Uygulama” başlıklı bölümler yer almaktadır. Her bölümde yazarlar kendi alanındaki teorik bilgilerini kendi çalışmaları ve ayrıntılı bir literatür bilgisiyle oluşturarak sunmuşlar, siz değerli okuyuculara sunmuşlardır. Her bölümde kendi alanı ile ilgili güncel bilgilere ulaşabileceksiniz. İnsan ve toplum sağlığının korunmasında çok önemli sorumlulukları olan hemşirelerin kendi alanında son yıllarda meydana gelen teknolojik ve bilimsel inovatif gelişmeleri takip etmesi gerekmektedir. Bu kitapta hemşirelik bakımında meydana gelen son gelişmelerin sunulması amaçlanmıştır. Bu bilgilerin özellikle yeni adım atmış bilim insanlarına yol gösterici olacağı kanaatindeyiz. Ayrıca, emeği geçen koordinatörler, hakemler, yazarlar ve yayınevine değerli katkılarından dolayı teşekkür ederiz. Kitabın okuyuculara faydalı olması dileğiyle...

Editörler

Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU

Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ

İçindekiler

RUHSAL HASTALIKLARDA DAMGALANMA.....	5
ZAİDE KANAL.....	5
NEZİHE BULUT UĞURLU	5
YAKININI KAYBEDEN BİREYLERDE YAS SÜRECİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN DESTEKLEYİCİ ROLÜ.....	19
ALİ CEYLAN.....	19
PROF. DR. NEZİHE BULUT UĞURLU	19
ACİL PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ.....	43
HATİCE BİRGİ.....	43
NEZİHE BULUT UĞURLU	43
EVDE BAKIM VE BAKIM VERME YÜKÜ.....	58
HİMMET ÖREN.....	58
NEZİHE BULUT UĞURLU	58
BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI.....	79
SEDA NUR GÜLBAHÇE	79
NEZİHE BULUT UĞURLU	79
İSTİSMARA UĞRAMIŞ BİREYLERDE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BAKIMI: TRAVMA ODAKLI KURAMSAL YAKLAŞIMLAR VE UYGULAMA	107
FATMA İLKNUR UZUN	107

RUHSAL HASTALIKLARDA DAMGALANMA

ZAİDE KANAL¹
NEZİHE BULUT UĞURLU²

Genel Bir Bakış

Damgalama; pek çok hastalık durumunda karşımıza çıkan bir gerçek olmasının yanında, toplum tarafından en çok ruhsal hastalık tanısı almış bireylere uygulanmaktadır. Bu durum ruhsal bozukluğu olan bireylerin uygun tedavi ve bakım arayışına girmelerini engellemekte, hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte ve iyileşme sürecini hem zorlaştırmakta hem de geciktirmektedir (Dal & ark., 2018). Yapılan bazı çalışmalar ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalamanın yalnızca toplum tarafından değil, sağlık profesyonelleri tarafından da uygulanabildiğini göstermektedir. Bu durum, hastaların kaliteli bakıma erişimini engellemektedir (Şahin & ark., 2019). Bu nedenle, merkezine insanı alan ve esas rolü bakım vermek olan hemşirelik mesleği açısından bu konunun önemi

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, E-posta: zaidekanal@posta.mu.edu.tr, ORCID: 0009-0005-0063-2547

² Prof. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, E-posta: nugurlu@mu.edu.tr ORCID: 0000-0003-2860-1169

büyüktür. Hemşire; hastası ile güvene dayalı bir ilişki kurmalı, hastasının kendisini ifade etmesine olanak tanımalı, farkındalığını arttırarak etkin baş etme mekanizmalarını kullanmasını sağlamalıdır. Bu yaklaşım; hastanın iyileşmeye yönelik motivasyonunun, tedaviye uyumunun ve aldığı bakıma yönelik memnuniyetinin artmasına zemin hazırlamakla birlikte hemşirenin de istenilen hasta çıktılarına ulaşmasını sağlamaktadır (Cerit & ark., 2019). Tüm bunlar göz önüne alındığında hemşirelerin; incinebilir gruplar içerisinde yer alan ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inançlarının hasta ile iletişim ve etkileşimi olumsuz etkileyeceği, ruhsal sorunları olan bireylerin hem kendilerine dair algılarının kötüleşmesine hem de kendilerini ifade etme cesaretlerinin kırılmasına yol açacağı açıktır. Bu nedenle hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi, elde edilen bulgular doğrultusunda bu inanç ve tutumların nedenlerinin araştırılarak etkili çözüm yollarının bulunması, verilen bakımın kalitesini arttırmaya katkıda bulunacaktır. Aynı zamanda değişim ajanı rolü olan hemşirelerin, toplumun ruhsal hastalıklara ve bu hastalıklara sahip bireylere yönelik olumsuz bakış açısının değiştirilmesinde etkin rol oynayabilmesi açısından, değişime öncelikle kendilerinden başlamaları gerektiği açıktır.

Damgalama Nedir?

Damgalama; bir kişi ya da grubun etnik köken, hastalık, sahip olduğu bir özellik veya yetersizlik nedeniyle kusurlu ve olumsuz olarak değerlendirilmesidir (King et al., 2007). Damgalama ile yapılan, damgalanan kişi ya da grubun sahip olduğu özelliğin normal olmadığını vurgulamak ve bu kişileri toplumdan soyutlamaktır. Geçmişten bugüne dek pek çok birey ve grup farklı durumlar nedeniyle damgalamaya maruz kalmışlardır. Ancak ilk çağlardan beri en çok damgalamaya maruz kalan grup ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerdir (Taşkın, 2007). Geçmişten bugüne

dek ruhsal bozuklukları nedeniyle farklı konuşma biçimlerine, düşünce ve davranış kalıplarına, değişken duyguduruma sahip olan bu bireyler; toplum tarafından tehlikeli, ne zaman ne yapacağı kestirilemeyen kişiler olarak algılanmışlardır (Asan, 2019). Daha dikkat çekici olan durum ise bu bireylere yönelik olumsuz tutum ve davranışların yalnızca toplum tarafından değil; aileleri, yakın çevrelerindeki kişiler ve sağlık profesyonelleri tarafından da uygulanmakta olmasıdır (Bekiroğlu, 2021).

Geçmişten Bugüne Damgalama

Damga kelimesi ilk olarak Yunanlılar tarafından kullanılmıştır. Eski Yunancada “yara, iz, delik, delmek” anlamlarında kullanılan damga kavramı, toplum tarafından kabul görmeyen kişilerin bedenlerinde kazıma ya da dağlama yoluyla birtakım işaretler oluşturmalarıyla birlikte kullanılmaya başlanmıştır. Yaşamları boyunca bedenlerinde taşıdıkları bu simgeler ile onların kaçınılması gereken kişiler olduklarını topluma duyurmak amaçlanmıştır (Goffman, 1963; akt. Özmen & Erdem, 2018). Tarihin derinliklerine baktığımızda birçok hastalığın damgalandığı görülmektedir. Örneğin, cüzzamın Tanrı tarafından insanlara gönderilen bir kötülük olduğu düşünülmüştür (Gary, 2005; akt. Çam & Bilge, 2010). 1300’lü yıllarda veba, günahkâr insanlara Tanrının gönderdiği bir ceza olarak yorumlanmış, toplumun benimsediği ilkelere uygun yaşamayan kişi ve gruplar günah keçisi ilan edilmiştir. 15. yüzyılda frengiye yakalananlar lanetlenmiştir (Oran & Şenuzun, 2008; akt. Çam & Bilge, 2010). 18. yüzyılda tüberküloz, düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerin hastalığı olarak düşünülmüştür. 1900’lü yıllarda kanser hastalarına yönelik ayırıştırıcı davranışlarda bulunulmuş; 1980’li yıllarda AIDS, Tanrının günahkâr kişileri cezalandırmak amacıyla yarattığı bir “homoseksüel hastalığı” olarak adlandırılmıştır. Ruhsal hastalıklar da damgalanmadan payını alan hastalıklardan olmuştur. Ancak diğer

hastalıklardan farklı olarak ruhsal bozuklukların tamamı damgalanmaya maruz kalmıştır (Çam & Bilge, 2010).

Ruhsal Bozukluklar ve Damgalama

Toplum tarafından bir bireyin ruhsal bozukluğa sahip olması zayıflık, eksiklik, yetersizlik, normalden sapma, düşük zekâ ve güvenilmezlik emaresi olarak algılanmaktadır. Ruhsal bozukluğa olan bireylerin şiddete eğilimi olduğu, ne zaman ne yapacaklarının kestirilemediği ve tehlikeli olarak algılandıkları görülmektedir (Hawki, Parikh & Michalak, 2013; akt. Bekiroğlu, 2021). Yapılan çalışmalarda en çok damgalanan ruhsal hastalığın şizofreni olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni, toplum tarafından şizofreni tanısı almış kişilerin tehlikeli ve saldırgan olarak algılanmalarıdır. Yapılan bir çalışmada katılımcıların %46.8'i şizofreni hastası bir birey ile çalışmayacağını, %69.9'u şizofreni hastası bir birey ile evlenmeyeceğini, %33.22'si şizofren biriyle komşu olmaktan rahatsızlık duyacağını, %43'ü bir şizofren hastasına evini kiraya vermeyeceğini, %25.7'si şizofreni hastalarının topluma karışmamaları gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir (Taşkın & ark., 2002; akt. Doğanavşargil-Baysal, 2013). Ayrıca şizofreniye dair damgalama yalnızca hastanın kendisi ile sınırlı değil; hastalık, hastalığa dair tedavi yöntemleri, hastanın yakınları, sağlık profesyonelleri ile de yakından ilişkilidir (Doğanavşargil-Baysal, 2013). Öte yandan ruhsal sorunlar yaşayan kişilere yönelik damgalama yalnızca başkaları tarafından değil, kişinin kendi kendine de uyguladığı bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama olarak adlandırılan bu olgu; toplumun tehlikeli ve yetersiz algısını kişinin özümsemesi ile ortaya çıkmaktadır. Ruhsal bozukluk tanısı alan kişi mevcut durumundan utanç duymakta, toplum tarafından kabul görmeyeceği kaygısı taşımakta, kendisine yönelik olumsuz düşünce ve duygular geliştirmektedir. İçselleştirilmiş damgalamanın boyutu, kişinin

ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik algısının ne kadar olumsuz olduğuna bağlıdır. Kısacası kişi, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik ne kadar olumsuz duygu ve düşünce barındırıyorsa kendisine uyguladığı damgalamanın şiddeti o denli artmaktadır (Çam & Çuhadar, 2011).

Yapılan Araştırmalar ve Sonuçları

İnançlar kişinin yaşam tarzını, dünyaya ve insanlara bakış açısını şekillendirmektedir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik inançların, bu bireyler ile iletişim ve etkileşimi etkilemesi beklenen bir sonuçtur (Doğanavşargil-Baysal, 2013). Kayahan (2009), hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye yönelik tutumlarını incelemek amacıyla Ruh Sağlığı dersi almayan ve önce teorik sonra pratik olmak üzere Ruh Sağlığı dersini alan iki grup öğrenci ile bir çalışma yürütmüş; ruh sağlığı eğitimi almanın şizofreni hastalarına yönelik pozitif tutum geliştirmelerine katkı sağladığı ancak olumsuz tutum geliştirilmesine tam anlamıyla engel olamadığı veya var olan olumsuz algıyı tümüyle değiştiremediği sonucuna varmıştır. Diğer yandan her iki grubun da şizofreni tanısı alan bireyler ile kişisel yakınlık geliştirmeye yönelik olumsuz algılarının olduğu saptanmıştır (Kayahan, 2009).

Günay & ark. (2016)'nın Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini almış öğrenciler ile yürüttükleri çalışma sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumlu inançlarının olduğu saptanmış, öğrencilerin sınıf düzeyleri ve klinik uygulama yapma durumlarına göre anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öte yandan ruhsal hastalık öyküsü olan öğrencilerin olmayanlara göre daha olumlu inançlar taşıdıkları tespit edilmiş, bu durum öğrencilerin konu hakkında empati yapabilmelerine bağlanmıştır (Günay & ark., 2016).

Dal & ark. (2018)'nın 224'ü birinci sınıf ve 86'sı son sınıfta öğrenim görmekte olan hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inançlarının kırsal kesimde yaşayan öğrencilerde kentsel bölgede yaşayanlara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan ailesi veya yakın çevresinde ruhsal bozukluğu olan ve olmayan öğrenciler arasında, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik inanç ve tutumlar açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tehlikelilik algısının düşük olduğu saptanmış; bu durum aldıkları hemşirelik eğitiminde insan, terapötik yaklaşım ve iletişim gibi kavramların üzerinde durulmasına bağlanmıştır. Buna karşın “Hemşire olarak psikiyatri kliniğinde çalışmak ister misiniz?” sorusuna öğrencilerin %40'ı olumlu yanıt vermiş, olumsuz cevap veren öğrencilerin psikiyatri hastalarını tehlikeli ve utanılacak bireyler olarak gördükleri saptanmıştır (Dal & ark., 2018).

Şahin & ark. (2019)'nın hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışma, sınıf düzeylerine göre ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik inanç ve tutumların farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Araştırmaya göre 2. sınıf öğrencilerinin son sınıf öğrencilerine göre anlamlı oranda olumlu inanç ve tutum içerisinde oldukları saptanmış; bu durum 2. sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalara yönelik mesleki dersleri ilk kez alıyor olmalarına ve son sınıf öğrencilerinin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini aldıkları esnada klinik ortamda ekip üyeleri ve hastalar ile olumsuz deneyimler yaşamalarına bağlanmıştır (Şahin & ark., 2019).

Şengün-İnan & ark. (2020) hemşirelik üçüncü sınıf öğrencileri arasından eğitici akran rolünü üstlenmek üzere gönüllü olan bir grup öğrenci ile akran eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını belirlemek amacıyla bir çalışma yürütmüş; eğitici akran rolünü üstlenecek olan öğrencilere

hem kendi hem de etkileşimde olacakları grubun bakış açısını değiştirmelerini sağlayabilecek altı oturumdan oluşan bir eğitim programı uygulanmıştır. Akran eğitiminin uygulanmasının ardından öğrencilerin ruhsal bozukluklara ve ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin görüşlerinin olumlu anlamda değiştiği tespit edilmiş, eğitimin başarılı olmasında eğitici rolünü üstlenen kişilerin çalışmaya katılma konusunda istekli ve motive kişiler olmasının öneminin altı çizilmiştir (Şengün-İnan & ark., 2020).

Uzun & Demir (2020), çalışmalarında ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğine ilişkin hem teorik hem de pratik eğitimi almakta olan hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mezun olduktan sonra psikiyatri servisinde çalışmaya dair fikirlerini tespit etmeyi amaçlamışlardır. Yapılan araştırma sonucunda öğrencilerin; ruhsal bozuklukları olan bireylerin toplum tarafından ötekileştirildiğini düşündükleri, bu bireyleri tehlikeli olarak algıladıkları ve psikiyatrik hastalıkların hem kişi üzerindeki etkisi hem de tanı ve tedavi süreci bakımından fiziksel hastalıklardan farklı olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Öğrencilerin yarısından fazlası mezun olduktan sonra psikiyatri kliniğinde çalışmaya olumlu baktıklarını belirtmiş; psikiyatri hemşireliğini zor, sabır gerektiren ancak mesleki tatmini yüksek bir meslek olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Buna karşın bir grup öğrenci ruhsal bozukluğu olan bireylerle temas halinde olmanın korku ve kaygı yaşamalarına sebep olacağını, hastalarla sağlıklı bir iletişim kuramayacaklarını, bu sebepten ötürü psikiyatri hemşiresi olarak çalışmak istemediklerini bildirmişlerdir (Uzun & Demir, 2020).

Evli (2021)'nin hemşirelik bölümü son sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmanın sonuçlarına baktığımızda öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik inançlarının bu bireylere yönelik tutumlarını etkilediği ancak öğrencilerin psikiyatri dersi alma durumunun tutum ve davranışları üzerinde bir etkisi olmadığı tespit

edilmiştir. Çalışmada bu sonuç öğrencilerin tamamının psikiyatri servislerinde uygulama yapma fırsatı bulamamasına bağlanmış, psikiyatri alanında uygulama yapmanın ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik algı ve tutumları pozitif etkileyeceği düşünülmüştür (Evli, 2021).

Ulutaşdemir, Kulakaç & Uzun (2021); sağlık bilimleri alanında kullanımına oldukça az rastlanan “bilimsel tartışma odaklı eğitim” tekniğinin, hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin damgalamaya yönelik davranışlarının farkına varmaları ve bu davranışları terk etmeleri üzerine etkisini incelemiştir. Kişilerin seçilen bir konu veya kavram üzerine fikirlerini ortaya koymaları esasına dayanan bilimsel tartışma odaklı eğitim ile öğrencilerin hem kendi görüşlerine yönelik farkındalık kazanmalarının hem de diğer öğrencilerin inanç ve tutumlarını öğrenmelerinin sağlanması amaçlanmıştır. Araştırmada Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini alan öğrenciler ile çalışılmış, çalışmaya katılacak öğrenciler seçilirken daha önce damgalamaya yönelik bir eğitim almamış olmaları şartına uyulmuştur. Sonrasında çalışmaya katılan öğrenciler müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmış, müdahale grubuna damgalama hakkında bilimsel tartışma odaklı eğitim tekniğine dayalı 6 haftalık bir eğitim verilmiştir. Yapılan ön test ve son test sonuçlarına bakıldığında kontrol grubunun damgalama eğilimlerinde bir değişiklik olmadığı, müdahale grubunda ise anlamlı düzeyde bir değişiklik olduğu saptanmıştır (Ulutaşdemir, Kulakaç & Uzun, 2021).

Açıl & Öztürk (2024)’ün hemşirelik öğrencilerinin psikolojik yardım arama konusunda yakın çevreleri tarafından damgalanmaya dair tutumlarını araştırdıkları çalışmada, katılımcıların cinsiyetlerinin damgalanma algısını etkilediği saptanmıştır. Kadınların erkeklere oranla yardım arama davranışının daha yüksek olduğu, erkek üniversite öğrencilerinin psikolojik

yardıma ihtiyaç duyduklarında gizledikleri tespit edilmiştir (Açıl & Öztürk, 2024). Erkeklerin geleneksel toplumun cinsiyetlere yüklediği rol ve anlam doğrultusunda ruhsal sorunlar yaşamayı kadınsı olarak nitelendirdiği, bu nedenle yardım arayışından kaçındıkları görülmektedir (Tarsuslu & ark., 2018; akt. Açıl ve Öztürk, 2024).

Demir-Küçükköseler & Ünal (2025)'ın Psikiyatri Hemşireliği dersini almış ve klinik ortamda uygulama yapmış olan 4. sınıf öğrencileri ile yürüttüğü çalışmada öğrencilerin psikiyatrik hastalıklara dair negatif inançlarının orta seviyede olduğu saptanmış, uygulamaya çıkmadan öncesi ve sonrasında ruhsal hastalıklara yönelik inançlarında anlamlı bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Buna ek olarak öğrencilerin ruhsal hastalık tanısı almış bir bireyle etkileşim sürecine girdiklerinde utanç duydukları, kendilerini kısıtlanmış ve çaresiz hissettikleri görülmüştür. Öte yandan klinik uygulama sonrasında ruhsal hastalıkların ve ruhsal hastalık tanısı bulunan bireylerin tehlikeli olduklarına dair inançlarında azalma olduğu anlaşılmıştır (Demir-Küçükköseler & Ünal, 2025).

Araştırmalar Işığında Değerlendirme

Yapılan çalışmaların sonuçlarına bakıldığında bulguların benzerlik gösterdiği görülmektedir. Odak noktası insan olan, insana holistik bir bakış açısıyla yaklaşmayı ilke edinen hemşirelik mesleğini icra etmeyi seçmiş kişilerin de ruhsal hastalıklara ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inançlarının olduğunu görmek gerek ruhsal bozukluğu olan bireyler açısından, gerek hemşirelik etiği açısından yaralayıcıdır. Bu nedenle ruhsal bozukluklara ve ruh sağlığı bozulmuş kişilere yönelik damgalama konusuna gereken önem verilmelidir. İlk olarak göz önünde bulundurulması gereken gerçek şudur: Hemşirelik öğrencileri hemşirelik mesleğini uygulayacak kişiler olmalarının ötesinde, bulundukları toplumun bir ferdidir. Dolayısıyla içinde yaşadıkları toplumun normlarından,

bakış açılarından, inanışlarından ve tutumlarından etkilenmeleri son derece doğaldır. Bu sebepten asıl mücadele edilmesi gereken toplumun ruhsal bozukluklara ilişkin bakış açısıdır. Sağlığın yalnızca fiziksel iyilik halinden ibaret olmadığı, ruh sağlığının sağlık kavramının en önemli tamamlayıcılarından biri olduğu; öte yandan ruhsal bozuklukların yalnızca bireylerin kendi duygu ve düşüncelerinden ileri gelen hastalıklar değil, tıpkı fiziksel bazı hastalıklar gibi fizyolojik ve genetik temellerinin olduğunun toplum tarafından benimsenmesine ihtiyaç vardır. Bu da ancak eğitim ile mümkündür. Ruhsal hastalıkların ve ruhsal bozuklukları olan kişilerin anlaşılmasında medyanın doğru ve etkin kullanılması kitlelere ulaşmanın iyi ve hızlı bir yolu olabilir. Diğer yandan toplumun olumsuz bakış açısıyla mücadele etmede en önemli rol sağlık profesyonellerine düşmektedir. Zira sağlık profesyonelleri ruhsal hastalıklara daha fazla şahitlik etmekte, ruhsal bozukluğu olan kişilerle daha fazla temas halinde bulunmaktadır. Kısacası bu bir kısır döngüyü meydana getirmektedir. Ancak unutulmaması gereken şey hemşirelerin eğitici ve değişim ajanı rollerinin olduğudur. Buradan yola çıkıldığında toplumun bakış açısını değiştirmek için hemşirelere düşen pay büyüktür. Ama toplumsal bakış açısını değiştirebilmek için önce kendi olumsuz inançlarını olumluya dönüştürmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda hemşirelik eğitimi sürecine göz atılmalı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersinin içeriğine ve dersin nasıl işlendiğine dikkat edilmelidir. Öğrencilerin derslere aktif olarak katılmaları, ruhsal hastalıklara ve ruhsal bozuklukları olan kişilere yönelik hem kendilerinin hem de arkadaşlarının bakış açılarını keşfetmeleri, kendilerinin de ruh sağlığına ilişkin sorunlar yaşayabileceklerinin bilincinde olmaları farkındalık kazanmalarına katkıda bulunabilir. Bunun yanında klinik uygulamaya çıkmadan önce öğrencilere ruhsal bozuklukları ele alan belgesel ve filmlerin izletilmesi, ardından izledikleri içeriklere dair beyin fırtınası yapmaları hastalarla

iletişime daha hazır hissetmelerine olanak sağlayabilir. Ayrıca hemşirelik eğitimi boyunca öğrencilerin empati kavramını iyice özümsemeleri ve bu anlayışı yaşamlarına entegre etmeleri ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik bakış açılarını iyileştirmelerine ve ruhsal sorunlar yaşayan bireyleri daha iyi anlayabilmelerine zemin hazırlayabilir.

Kaynakça

Açıl, D. & Öztürk, M. (2024). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Belirtileri İle Psikolojik Yardım Aramada Yakın Çevreleri Tarafından Damgalanmaya İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 25, 54-62.

Asan, Ö. (2019). Ruhsal Hastalıklar ve Damgalama; Toplumda, Medyada, Sağlık Çalışanlarında, Her Yerde.... *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(2), 199-205.

Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere Yönelik Damgalama: Etkileyen Faktörlere ve Bireyler Üzerindeki Etkilerine Dair Kavramsal Bir Çalışma. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 33(17), 595-618.

Bilge, A. & Çam, O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama İle Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78.

Büyükbayram-Arslan, A. Baysan-Arabacı, L. Taş, G. & Kurt, A. (2020). Psikiyatri Hemşireliği Dersi Alan ve Almayan Öğrenci Hemşirelerin Psikiyatrik Damgalamaya İlişkin Görüşleri. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 263-275.

Cerit, B. Çıtak-Bilgin, N. Coşkun, S. & Yorgun, S. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin ve Hemşirelerin Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 727-733.

Çam, O. & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.

Dal, Ü. Güteryüz, İ. O. Ülker, E. & Demiray, T. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 14-18.

Demir-Küçükköseler, A. & Ünal, E. (2025). Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hemşireliği Dersi Klinik Uygulama Öncesi ve Sonrasında Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 8(1), 64-71.

Doğanavşargil-Baysal, G. Ö. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.

Evli, M. (2021). Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum İlişkisinde Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminin Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(1), 64-74.

Günay, S. Bekitkol, T. Beycan-Ekitli, G. & Yıldırım, S. (2016). Bir Hemşirelik Fakültesindeki Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(3), 129-134.

Kayahan, M. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Drgisi*, 6(1), 27-34.

King, M. Dinos, S. Shaw, J. Watson, R. Stevens, S. Passetti, F. Weich, S. Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190, 248-254.

Özmen, S. & Erdem, R. (2018). Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.

Şahin, G. Amancalı, M. Sayın, S. A. Yakar, A. & Buzlu, S. (2019). Bir Hemşirelik Bölümündeki Öğrencilerin Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Karşı Tutumları ve İlişkili Faktörler. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 218-224.

Şengün-İnan, F. Günüşen, N. Çelik-İnce, S. & Çetinkaya-Duman, Z. (2020). Hemşirelik Öğrencileri Tarafından Uygulanan

Akran Eğitim Programının Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarına Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3), 142-147.

Taşkın, E. O. (2007). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. E. Oryal-Taşkın içinde, *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* (s. 17-30). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.

Ulutaşdemir, N. Kulakaç, N. & Uzun, S. (2021). Bilimsel Tartışma Odaklı Eğitimin Hemşirelik Öğrencilerinde Stigmayı Anlama ve Önleme Üzerine Etkisi. *Icontech International Journal of Surveys, Engineering, Technology*, 5(2), 25-31.

Uzun, S. & Demir, S. (2020). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Kliniğinde Çalışmaya İlişkin Görüşleri: Nitel Bir Çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 172-185.

YAKININI KAYBEDEN BİREYLERDE YAS SÜRECİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN DESTEKLEYİCİ ROLÜ

**ALİ CEYLAN³
PROF. DR. NEZİHE BULUT UĞURLU⁴**

Yas Nedir?

Yas, bireyin yaşamında önemli bir kayıp yaşaması sonucu ortaya çıkan hem duygusal hem davranışsal tepkiler bütünüdür. En yaygın biçimiyle, sevilen bir yakının ölümünden sonra yaşanan psikolojik süreç olarak tanımlanır (Özel & Özkan, 2020). Ancak yas yalnızca ölüm kayıplarında değil; boşanma, iş kaybı, ciddi hastalık tanısı alma, göç veya önemli yaşam değişiklikleri gibi diğer anlamlı kayıplar karşısında da görülebilir .

Yas, sadece bir “üzüntü hali” değil, çok katmanlı ve karmaşık bir süreçtir. Bu süreçte birey, kaybın gerçekliği ile yüzleşir, kayıpla

³ Yüksek Lisans Öğrencisi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, Muğla, E-posta: Aliceylan4@posta.mu.edu.tr ORCID: 0009-0003-2742-0603

⁴ Prof. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, E-posta: nugurlu@mu.edu.tr ORCID: 0000-0003-2860-1169

başı çıkma yolları arar ve hayatını yeniden yapılandırmaya çalışır (Worden, 2009). Yas sürecindeki tepkiler genellikle duygu, düşünce, beden ve sosyal alanlarda kendini gösterir:

- **Duygusal tepkiler:** Üzüntü, özlem, öfke, suçluluk, şaşkınlık, yalnızlık hissi
- **Bilişsel tepkiler:** Kayıp gerçekliğinin inkârı, yoğun düşünceler, konsantrasyon bozukluğu
- **Fizyolojik tepkiler:** Uyku ve iştah değişiklikleri, enerji azalması, baş ağrısı, mide problemleri
- **Davranışsal tepkiler:** Sosyal çekilme, günlük aktivitelerden kopma, ağlama, ritüellere başvurma

Yas, bireyin kişisel özellikleri, yaş, kültürel arka plan, kayıpla ilgili koşullar ve sosyal destek yapısı gibi faktörlerden etkilenecek farklı şekillerde ortaya çıkar (Arslan, 2024) Bu nedenle, yas deneyimi kişisel ve benzersizdir.

Yas süreci çoğunlukla “normal” ve “komplike” (patolojik) olarak ikiye ayrılır. Normal yas, kişinin zamanla duygusal yoğunluğunu azaltarak, yeni yaşamına uyum sağlamasıdır. Komplike yas da ise, kaybın üzerinden aylar veya yıllar geçmesine rağmen birey yoğun yas tepkileri ile boğuşur, işlevsellik bozulur ve psikiyatrik destek gerekebilir (Worden, 2009).

Yas Sürecinin Evrenselliği ve Bireyler Üzerindeki Etkisi

Yas, tüm insanlık için ortak ve evrensel bir deneyimdir. İnsanların hayatında kayıp yaşadıkları zaman ortaya çıkan bu süreç, kültürel farklılıklara rağmen temel psikolojik ve fizyolojik tepkilerde benzerlik gösterir. Yas sürecinin evrenselliği, kaybın ardından yaşanan acının tüm bireylerde benzer biçimde hissedilmesinden kaynaklanır (Stroebe & Stroebe, 2010)

Kültürel farklılıklar, yasın dışı vurumu ve ritüellerin şekillenmesinde rol oynar. Bazı toplumlarda yasın açıkça ve toplumsal törenlerle ifade edilmesi beklenirken, diğerlerinde bireysel ve içsel yaşanması daha yaygındır. Bu bağlamda yas hem bireysel hem de toplumsal bir olgudur ve sosyal destek mekanizmaları yasın sağlıklı işlemesine katkı sağlar (Pickett,1998).

Yas sürecinde duygusal tepkilerin yanı sıra fiziksel ve bilişsel belirtiler de yaygın olarak görülür. Uyku düzeninde bozulmalar, iştah değişiklikleri, enerji düşüklüğü gibi fiziksel belirtiler sıkça rapor edilmektedir. Bilişsel işlevlerde ise konsantrasyon güçlüğü ve karar verme problemleri yaşanabilir (Özel & Özkan, 2020)Uzun süreli veya komplike yas durumlarında ise bireylerin psikolojik sağlığı ciddi şekilde etkilenebilir. Depresyon, anksiyete bozuklukları ve sosyal izolasyon gibi riskler artar. Bu nedenle yas sürecine profesyonel destek sunulması, bireylerin yaşam kalitesini koruması açısından önemlidir (Yılmaz & Demir, 2021).

Psikiyatri Hemşiresinin Yas Sürecindeki Önemi

Yas süreci, bireylerin yaşamlarında derin değişimlere yol açan, psikolojik, fiziksel ve sosyal etkilerle kendini gösteren çok katmanlı bir deneyimdir. Bu sürecin yönetiminde psikiyatri hemşirelerinin rolü kritik bir öneme sahiptir. Psikiyatri hemşireleri, kaybın yarattığı duygusal karmaşayı anlamak, kişisel başa çıkma mekanizmalarını desteklemek ve gerektiğinde profesyonel müdahalede bulunmakla sorumludur (Dülgerler, Engin & Çam, 2005).

Psikiyatri hemşireliği, yas sürecindeki bireylerin hem duygusal hem de fiziksel durumlarını değerlendirerek kişiselleştirilmiş bakım planları oluşturur. Bu bakım, hastanın kendini ifade edebilmesini, yasın evrelerini anlamasını ve uyum sağlamasını kolaylaştırır. Hemşireler, aynı zamanda hastanın aile

üyeleriyle iletişimi destekleyerek sosyal destek ağının güçlenmesine katkı sağlar.

Yasın komplike hale gelmesini önlemek için psikiyatri hemşireleri, erken dönemde psikiyatrik belirtilerin fark edilmesi ve uygun yönlendirilmesi konusunda önemli bir görev üstlenir. Bu süreçte hemşireler, depresyon, anksiyete gibi sorunların ortaya çıkması durumunda multidisipliner bir yaklaşımla tedavi sürecini destekler.

Sonuç olarak, psikiyatri hemşireleri yas sürecinde bireyin psikososyal sağlığının korunmasında temel bir rol oynar. Empati, profesyonel bilgi ve sosyal destek becerileriyle yasın daha sağlıklı atlatılmasına yardımcı olurlar.

Derlemenin Amacı ve Kapsamı

Yas, bireyin bir kayıp karşısında verdiği doğal ve evrensel bir tepkidir. Ancak bu sürecin bireyler üzerindeki etkileri; psikolojik, fiziksel, sosyal ve kültürel faktörlerle şekillenerek karmaşık bir hal alabilir. Yas süreci kimi zaman doğal seyrinde ilerlerken, bazı durumlarda müdahale gerektiren komplike bir hal alabilir. Özellikle yakınıni kaybeden bireylerde bu sürecin sağlıklı bir şekilde yönetilmesi, bireyin psikososyal iyilik halini sürdürmesi açısından büyük önem taşır. İşte bu noktada, psikiyatri hemşireleri önemli bir destek unsuru olarak devreye girer.

Bu derlemenin amacı; yakınıni kaybeden bireylerde yas sürecinin psikolojik dinamiklerini anlamak, bu sürecin evreleri, bireyler üzerindeki etkileri ve kültürel boyutlarını ele almak ve özellikle psikiyatri hemşirelerinin bu süreçteki destekleyici rollerini literatür ışığında değerlendirmektir. Psikiyatri hemşiresinin müdahaleleri, danışmanlık rolleri, kriz yönetimi ve psikoeğitim gibi uygulamalar kapsamında değerlendirilmiş; bireyin yas sürecini

sağlıklı biçimde geçirmesini destekleyecek hemşirelik yaklaşımlarına odaklanılmıştır.

Yas Sürecine Genel Bakış

Yas, bir kişinin önemli bir kaybın ardından yaşadığı doğal, bireysel ve evrensel bir duygusal tepkidir. En sık karşılaşılan yas türü, bir yakınını kaybetme durumunda görülür. Yas; sadece üzüntü değil, aynı zamanda öfke, suçluluk, kaygı, boşluk hissi ve fiziksel belirtilerle de kendini gösterebilir (Jeffreys & Doka, 2020) Dünya Sağlık Örgütü yas sürecini, "kayba karşı verilen psikolojik bir uyum çabası" olarak tanımlamaktadır (WHO, 2020).

Yas süreci bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte genel olarak birkaç evreyi içerir: inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme. Ancak bu süreç her bireyde aynı sırayla veya aynı yoğunlukta ilerlemeyebilir (Özel, Y. & Özkan, B. 2020).

Yas Türleri

Yas süreci her zaman normal bir seyir izlemeyebilir. Bu bağlamda yas, türlerine göre şu şekilde sınıflandırılabilir.

1. Normal Yas

Kişinin sevdiği birini kaybettikten sonra yaşadığı doğal ve beklenen duygu süreçlerini kapsar. Bu süreçte kişi zamanla acısını kabul eder ve günlük yaşamına adapte olur. Normal yas; üzüntü, öfke, suçluluk, kabullenme gibi duyguları içerir (Worden, 2009).

2. Komplike Yas

Normal yas sürecinin aşırı uzaması veya kişinin yaşadığı acıyı aşırı yoğunlaştırmasıdır. Bu durumda birey, yas sürecinden toparlanmakta zorlanır ve işlevselliği ciddi şekilde etkilenir. Komplike yas, tedavi gerektiren patolojik bir durum olarak kabul edilir (Shear, 2012).

3. Gecikmiş Yas

Gecikmiş yas, bireyin çeşitli içsel ya da dışsal nedenlerle kaybın hemen ardından yas tepkisi verememesi, ancak bastırılan duyguların ilerleyen zamanlarda yoğun biçimde açığa çıkması durumudur. Genellikle sosyal rollerin baskısı, ailevi sorumluluklar veya travmatik bir ortamda kaybın yaşanması gibi durumlar yasin ertelenmesine neden olabilir. Bu tür yas, bireyin duygularını uzun süre bastırması sonucu daha yoğun ruhsal belirtilerle kendini gösterebilir (Worden, 2009) .

4. Maskelenmiş Yas

Birey kaybın ardından yas belirtileri yaşar fakat bu belirtiler fiziksel ya da başka psikolojik sorunlar şeklinde ortaya çıkar. Örneğin, baş ağrısı, mide rahatsızlıkları ya da sinirlilik gibi belirtiler yasla ilişkilendirilmeyebilir (Worden, 2009) .

5. Kronik Yas

Yas süreci normalden uzun sürer ve kişi bu durumdan çıkamaz. Sürekli olarak kayba odaklanma, sosyal ilişkilerden uzaklaşma ve işlev kaybı gibi belirtiler gösterir (Shear, 2012).

Yasın Evreleri

Yas, bireyin bir kayıp karşısında yaşadığı psikolojik, duygusal ve sosyal tepkilerin bütünüdür. Bu süreci anlamlandırmak amacıyla çeşitli teorik modeller geliştirilmiştir. En yaygın ve klinik uygulamalarda da referans alınan modellerin başında Elisabeth Kübler-Ross'un Beş Evre Modeli ile J. William Worden'ın Dört Görev Modeli gelmektedir.

Kübler-Ross'un Beş Evre Modeli

Kübler-Ross (1969), terminal hastalarla yaptığı çalışmalar sonucunda insanların ölüm sürecinde yaşadığı beş psikolojik evreyi tanımlamıştır: inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme (*denial, anger, bargaining, depression, acceptance*) (Kübler-Ross, 1969).

Evreler şunlardır:

1. **İnkâr (Denial):** Kayıp gerçeğinin reddedilmesi, bireyin kendini koruma amacıyla gerçekliği kabullenememesidir.
2. **Öfke (Anger):** Birey, yaşadığı kaybın nedenini sorgular ve çevresine ya da kendisine öfke duyabilir.
3. **Pazarlık (Bargaining):** Kayıp yaşanmamış olsaydı düşüncesiyle geçmişe yönelik keşkeli iç konuşmalar yapılır.
4. **Depresyon (Depression):** Yoğun üzüntü, umutsuzluk ve yalnızlık hissiyle birey içe kapanabilir.
5. **Kabullenme (Acceptance):** Kayıp artık kabul edilir ve birey, yaşamına devam etme yönünde adımlar atmaya başlar

Bu evreler her bireyde aynı sırayla ya da sürede yaşanmayabilir. Yas, dinamik ve bireysel bir süreçtir (Pulat, Akyüz, & Akçakaya, 2019)

Worden’ın Yasın Dört Görevi Modeli

J. William Worden (2009), yas sürecini bireyin aktif olarak üstlenmesi gereken psikolojik görevler dizisi olarak tanımlar. Bu model, bireyin kaybı yalnızca yaşamakla kalmayıp, aynı zamanda onunla baş etmesi ve yaşamını yeniden düzenlemesi gerektiğini vurgular (Kara, E. 2009).

- 1. Kaybın gerçekliğini kabul etmek:** Bireyin, kaybın olduğunu zihinsel ve duygusal düzeyde anlaması gerekir.
- 2. Yasın acısını yaşamak:** Bastırmadan, sağlıklı yollarla duyguların ifade edilmesi önemlidir.
- 3. Kaybedilen kişi olmadan yaşamı düzenlemek:** Yeni rollerin geliştirilmesi ve günlük işlevselliğin geri kazanılması beklenir.
- 4. Kaybedilen kişiye duygusal olarak yeni bir yer bulmak ve yaşamı sürdürmek:** Kişi, kaybı hayatında anlamlı bir yere yerleştirir ve yaşamını sürdürebilir hale gelir

Worden’ın modeli, klinik hemşirelikte bireyin yas sürecine yönelik müdahalelerde yapılandırılmış bir yaklaşım sunması açısından oldukça değerlidir (Gizir, C. A. 2006).

Yas Sürecinde Bireysel Farklılıklar

Yas süreci, her birey için öznel ve benzersiz bir deneyimdir. Kayıp yaşayan kişiler aynı acıyı yaşamış gibi görünse de verdikleri tepkiler büyük ölçüde bireysel farklılıklara bağlı olarak değişiklik gösterir. Bu farklılıklar; yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, bireyin inanç sistemi ve sahip olduğu sosyal destek düzeyi gibi çeşitli faktörlerden etkilenir (Çolak Çiçek Hocaoğlu, 2021).

1. Yaş

Yaş, yas sürecinin deneyimlenmesinde önemli bir belirleyicidir. Çocuklar, kayıp durumunu anlamlandırmakta zorlanabilirken; yaşlı bireylerde kayıplar, yaşamın doğal bir parçası olarak görülebilir ancak bu, süreci kolaylaştırmaz (Ersoy & Toptaş, 2021). Yaşlı bireylerde artan yalnızlık hissi, depresyon riskini artırabilir .

2. Cinsiyet

Cinsiyet de yas sürecinin duygusal ifadesini ve başa çıkma yöntemlerini etkileyen önemli bir faktördür. Kadınların duygularını daha açık şekilde ifade ettikleri ve yardım aramaya daha yatkın oldukları bulunmuştur. Erkekler ise duygularını bastırma eğiliminde olabilir, bu da patolojik yas riskini artırabilir .Bu durum, toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanabilir.

3. Kişilik Özellikleri

Kişilik yapısı, yas sürecine verilen tepkilerde belirleyici olabilir. Özellikle duygusal olarak içe dönük, anksiyeteye yatkın veya geçmişte psikiyatrik öyküsü olan bireylerde yas süreci daha yoğun ve uzun sürebilir. Olgun ve esnek kişilik yapısına sahip bireyler ise daha sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirebilir.

4. İnanç Sistemi

Bireyin dini inançları ve ruhsal bakış açısı, kaybı anlamlandırmada ve kabullenmede yardımcı olabilir. İnanç sistemi güçlü olan bireylerin yas sürecine daha dayanıklı olduğu görülmüştür. Ölümün bir son değil geçiş olduğu inancı, psikolojik dayanıklılığı artırabilir .

5. Sosyal Destek

Sosyal destek, yasla baş etmede en etkili dışsal faktörlerden biridir. Aile, arkadaşlar ve profesyonel destek sistemleri, bireyin

duygusal yükünü hafifletebilir. Destek sistemi yetersiz olan bireylerde ise izolasyon ve umutsuzluk görülebilir, bu da komplike (patolojik) yas riskini artırır (Balcı & Korkmaz, 2020).

Yakınının Kaybeden Bireylerde Psikolojik ve Fizyolojik Etkiler

Yakın birini kaybetmek, bireyin yaşamında ciddi bir dönüm noktasıdır. Yas süreci yalnızca duygusal değil, aynı zamanda psikolojik, davranışsal ve fizyolojik düzeyde değişimlere neden olabilir. Bu etkiler kişiden kişiye değişmekle birlikte, sıklıkla anksiyete, depresyon, travma tepkileri, somatik belirtiler ve komplike yas gibi uzun dönemli sonuçlarla ilişkilidir (Keser & Işıklı, 2020).

1. Psikolojik Etkiler

a. Anksiyete ve Depresyon

Yakınının kaybeden bireylerde en yaygın gözlenen psikolojik belirtiler, depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. Kaybın ardından yaşanan yoğun üzüntü, çaresizlik, ilgi kaybı, enerji eksikliği gibi semptomlar, majör depresyon ile benzerlik gösterebilir. Özellikle sosyal destekten yoksun bireylerde depresif belirtilerin daha belirgin olduğu görülmüştür (Prigerson ve ark., 2011).

b. Travma Tepkileri

Travmatik yas, özellikle ani ölümler (kaza, intihar, felaket gibi) sonrası ortaya çıkan bir durumdur. Bu tür kayıplar yaşayan bireylerde, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gelişebilir. TSSB belirtileri arasında kabuslar, travmatik anıların tekrar yaşanması, kaçınma davranışları ve sürekli tetikte olma hali bulunur (Avcı, 2023).

2. Fizyolojik (Somatik) Etkiler

Yas sürecinin fizyolojik yansımaları da göz ardı edilemez. Bireylerde uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri, bağışıklık sisteminde zayıflama, baş ağrısı, mide bulantısı, kas ağrıları, yorgunluk ve kalp çarpıntısı gibi semptomlar gelişebilir . Bu somatik belirtiler, özellikle kronikleştiğinde, bireyin yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürmektedir.

Fizyolojik tepkilerin nedeni, stres hormonlarındaki artış ve otonom sinir sistemi dengesizliğidir. Yoğun stres altında salgılanan kortizol gibi hormonlar, uzun vadede beden sağlığını olumsuz etkiler (Aydın, 2008).

3. Uzun Dönem Etkiler: Komplike Yas

Komplike yas, bireyin yas sürecini sağlıklı şekilde tamamlayamaması sonucu gelişen, işlevselliği bozan patolojik bir durumdur. Normal yas sürecinde zamanla azalan duygusal belirtiler, komplike yasta aylarca, hatta yıllarca devam edebilir. Birey, ölen kişiye takıntılı biçimde bağlı kalabilir, suçluluk ve kendine zarar verme düşünceleri gelişebilir. Komplike yas; travmatik geçmişi olan, sosyal destekten yoksun, psikiyatrik öyküsü bulunan bireylerde daha sık görülmektedir. Bu durumda profesyonel psikolojik destek şarttır. (American Psychiatric Association, 2022).

Psikiyatri Hemşiresinin Destekleyici Rolü

Yas süreci, bireyin ruhsal bütünlüğünü derinden etkileyen bir dönemdir ve bu süreçte psikiyatri hemşiresi hem bireyin hem de ailesinin iyileşme yolculuğunda çok önemli bir destek kaynağıdır. Psikiyatri hemşiresi, yalnızca bakım veren değil, aynı zamanda danışman, eğitici, gözlemci ve terapötik iletişimi sürdüren profesyonel bir rehberdir.

1. Terapötik İletişim Becerileri

Yas sürecindeki bireylerle kurulan terapötik iletişim, empati, aktif dinleme, yargılamadan yaklaşma ve duygulara duyarlı olma gibi temel hemşirelik becerilerini içerir. Hemşire, bireyin yas duygularını ifade edebilmesine olanak tanırken, aynı zamanda duygusal destek sağlar. Bu süreçte empatik anlayış ve güven temelli bir iletişim, bireyin duygusal yükünü hafifletmede etkili bir araçtır (Surat, 2024).

Terapötik iletişim ayrıca bireyin kendini güvende hissetmesini sağlar ve yasın sağlıklı bir şekilde işlenmesine olanak tanır.

2. Danışmanlık ve Eğitim Verme

Psikiyatri hemşireleri, yas sürecindeki bireylere ve ailelerine duygusal danışmanlık, yasın doğası hakkında bilgi verme ve baş etme stratejilerini öğretme gibi konularda eğitim ve rehberlik sunar. Bu süreçte hemşire, bireyin hangi evrede olduğunu değerlendirdikten sonra bilgi düzeyine uygun bir yaklaşım sergiler.

Eğitim kapsamında bireye;

- Yas evreleri,
- Normal ve patolojik yas ayrımı,
- Destek kaynakları,
- Gerekğinde profesyonel yardım alma yolları anlatılır (Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2018).

Bu danışmanlık süreci, bireyin kontrol duygusunu yeniden kazanmasına katkı sağlar.

3. Yas Sürecinde Hemşirelik Girişimleri

(Gözlem, Değerlendirme, Müdahale, Yeniden Değerlendirme)

Psikiyatri hemşiresinin klinik rolü, dört temel aşamada ele alınır:

- Gözlem: Bireyin davranışları, sözlü ve sözsüz mesajları gözlemlenir. Uyku, iştah, sosyal etkileşim düzeyi değerlendirilir.
- Değerlendirme: Bireyin yas sürecindeki evresi, risk faktörleri (intihar düşünceleri, sosyal izolasyon) belirlenir (Sarı, 2016)
- Müdahale: Destekleyici görüşmeler, kriz müdahalesi, stres yönetimi eğitimi gibi teknikler kullanılır.
- Yeniden değerlendirme: Müdahalenin etkililiği gözden geçirilir, bireyin ilerlemesi izlenir ve gerekirse yeni stratejiler planlanır (Sarı, 2016)

Bu süreçte hemşire, bireyin mevcut kaynaklarını harekete geçirmesine yardımcı olur.

4. Psiko-eğitim Programları ve Aile/Birey Katılımı

Psikiyatri hemşireleri tarafından yürütülen psiko-eğitim programları, bireylerin yas sürecine dair bilgi edinmelerini ve baş etme mekanizmalarını geliştirmelerini hedefler. Bu programlara bireylerin yanı sıra ailelerin de katılımı önemlidir. Çünkü aile üyelerinin bilgi ve farkındalığı arttıkça, bireye olan destekleri de güçlenmektedir.

Program içeriğinde şu başlıklar bulunabilir:

- Yas evreleri ve duygu düzenleme,
- Travma sonrası stresle başa çıkma,

- Sosyal destek mekanizmalarının kullanımı,
- Gevşeme ve nefes egzersizleri gibi pratik teknikler.

Bu tür yapılandırılmış psiko-eğitim çalışmaları hem bireyin hem de çevresinin adaptasyon sürecine katkı sağlar.

Müdahale Modelleri ve Klinik Uygulamalar

Yakınını kaybeden bireylerde yas süreci, yalnızca duygusal değil, bilişsel ve davranışsal boyutları da içeren çok yönlü bir kriz durumudur. Psikiyatri hemşireleri bu süreçte bireyin yaşadığı krizi değerlendirmek ve uygun müdahalelerde bulunmak için çeşitli kuramsal modeller ve terapötik uygulamalar kullanır.

1. Psikiyatri Hemşireliğinde Kullanılan Modeller: Roy Adaptasyon Modeli

Roy Adaptasyon Modeli (RAM), psikiyatri hemşireliğinde sıklıkla kullanılan bütüncül bir yaklaşımdır. Bu model, bireyin çevresel uyaranlara karşı gösterdiği uyum tepkilerini değerlendirerek, bireyin adaptasyon kapasitesini artırmayı hedefler. Yas sürecindeki birey, bu modele göre psikolojik, fizyolojik, rol ve bağımsızlık alanlarında etkilenmektedir (İşler & Demir, 2021).

RAM kapsamında hemşire:

- Bireyin yaşadığı iç ve dış uyaranları belirler (örneğin ölüm haberi, sosyal destek yoksunluğu),
- Bu uyaranlara verdiği tepkileri gözlemler (örneğin anksiyete, izolasyon),
- Müdahale planlarını bireyin adaptasyonunu artıracak şekilde yapılandırır.

Model, hemşireye sistematik bir değerlendirme ve müdahale çerçevesi sunar ve yas sürecinde bireyin dengeyi yeniden

kazanmasına yardımcı olur (Kacaroglu & Gulseven Karabacak, 2014).

2. Grup Terapileri ve Bireysel Destek Uygulamaları

Yas sürecindeki bireylerin duygularını paylaşabilecekleri, yalnız olmadıklarını fark edebilecekleri grup terapileri, etkili bir psikososyal müdahale yöntemidir. Grup terapileri, bireylerin normalleşme süreçlerini hızlandırmakta ve baş etme becerilerini güçlendirmektedir (Maass, et. al. 2022).

Aynı zamanda psikiyatri hemşiresi, bire bir görüşmelerle bireysel destek uygulamaları yürütür. Bu görüşmeler:

- Duyguların tanımlanması,
- Uyarılara yönelik tepki analizi,
- Baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi,
- Gerektiğinde psikiyatrik yönlendirme yapılması gibi işlevleri kapsar.
- Grup terapileri özellikle benzer kayıpları yaşamış bireylerde empati düzeyini artırır. Örneğin “Yas Destek Grupları”nda bireyler, birbirlerine duygusal destek sunarak yalnızlık hissini azaltabilir (Vlasto, 2010).

3. Olgu Örnekleri (Vaka İncelemesi)

Vaka	Örneği	1
<i>Danışan: 42 yaşında kadın hasta. Eşi ani bir trafik kazasında vefat etmiştir.</i>		

- İlk görüşmede ağır depresif belirtiler, uyku bozukluğu, suçluluk duyguları tespit edilmiştir.

- Roy Adaptasyon Modeli ile yapılan değerlendirmede fizyolojik, rol ve bağımsızlık alanlarında ciddi bozulmalar olduğu saptanmıştır.
- M¼dahale: Bireysel destek g¼r¼řmeleri, psiko-eğitim, uyaran y¼netimi eğitimi ve sosyal destek kaynaklarına y¼nlendirme uygulanmıştır.
- Sonuç: 6 haftalık s¼reç sonunda birey duygularını daha ačík ifade edebilmekte, işlevselliği artmış ve sosyal yaşantıya yeniden uyum sağlamıştır (Karakaya & Yıldız, 2023).

Vaka

¼rneęi

2

Danışan: 17 yaşında erkek ¼ęrenci. Kardeşini kanser nedeniyle kaybetmiştir.

- Grup terapisine katılmış, diğer katılımcılarla yas evrelerini paylaşmıştır.
- Terap¼tik grup s¼reci sonunda yalnızlık hissinde azalma, akademik işlevlerde toparlanma g¼zlenmiřtir (Kaya & Çetin, 2022).

Bu t¼r vakalar, hemşirenin bireyin iç d¼nyasına duyarlı yaklaşımlar sergilemesinin ve doğru model se¼iminin ne kadar etkili olduğunu g¼stermektedir.

K¼lt¼rel Farklılıkların Yas S¼recine Etkisi

Yas s¼reci yalnızca bireysel psikolojik bir deneyim değil; aynı zamanda toplumun k¼lt¼rel yapısı, dini inançları ve sosyal normlarıyla da derinden ilişkilidir. K¼lt¼r, bireyin ¼l¼m¼ algılayış bi¼imini, yas tutma y¼ntemlerini ve bu s¼rece verdiği tepkileri şekillendirir (¼zt¼rk & Bayraktar, 2021).

Örneğin, bazı toplumlarda yas tutma sessizlikle ve içe kapanmayla gerçekleşirken, bazı kültürlerde ise yüksek sesle ağlamak, ağıt yakmak gibi dışa dönük tepkiler olağandır. Bu nedenle hemşirelik bakımının kültürel duyarlılıkla planlanması, bireyin süreci sağlıklı yaşaması açısından büyük önem taşır (Soyanıt & Mumcu, 2023).

Kültürel farklılıklar sadece bireyin yas sürecindeki davranışlarını değil, aynı zamanda yasın süresi, kabullenme biçimi, cenaze ritüellerine katılım düzeyi ve sosyal destek kaynaklarını da etkilemektedir. Psikiyatri hemşiresi, bireyin kültürel geçmişini dikkate alarak, bakım planını bireye özel yapılandırmalıdır (Yalçiner & Çam, 2015).

Örnek: Anadolu kültüründe kırkı çıkana kadar yoğun yas yaşanması ve ardından mevlit gibi ritüellerin yapılması, bireyin iyileşme sürecinde önemli bir işlev görmektedir (Dikmen, 2015).

Ölüm ve Yas Konusunda Hemşirenin Etik Sorumlulukları

Psikiyatri hemşireleri, yas sürecinde bireylerle çalışırken çok yönlü etik sorumluluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorumlulukların temelini şu ilkeler oluşturur:

- **Saygı ve Özerklik:** Yas tutan bireyin kararlarına, duygularına ve inanç sistemine saygı göstermek temel etik yükümlülüktür.
- **Mahremiyet:** Kayıp yaşayan bireyin duygusal durumu ve kişisel bilgileri gizli tutulmalı, mahremiyet koşulsuz korunmalıdır.
- **Zarar Vermeme (Nonmaleficence):** Hemşirenin yaklaşımı, bireyi yeniden travmatize etmeyecek, suçluluk hissini artırmayacak şekilde planlanmalıdır.

- **Adalet:** Tüm bireyler eşit ve adil bir biçimde bakım alma hakkına sahiptir; hemşirelik hizmeti, dini, etnik ya da sosyoekonomik farklılıklara göre ayırım yapmaksızın sunulmalıdır.

Etik ilkeler ışığında hareket eden hemşireler, bireyin sadece fiziksel değil, duygusal, sosyal ve kültürel gereksinimlerini de gözeterek bütüncül bir bakım sağlayabilirler (Avcı, 2007)

Sonuç ve Öneriler

Genel Değerlendirme

Yas, yaşamın doğal bir parçası olmakla birlikte, birey üzerinde psikolojik, fiziksel, sosyal ve ruhsal düzeyde önemli etkiler yaratabilen karmaşık bir süreçtir. Yakınını kaybeden bireylerde yaşanan yas, çoğu zaman yalnızca duygusal bir tepkiden ibaret olmayıp; depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, somatik belirtiler ve sosyal işlevsellikte bozulma gibi ciddi sonuçlara da yol açabilmektedir. Bu sürecin sağlıklı şekilde atlatılabilmesi; bireyin kişilik özellikleri, sosyal destek kaynakları, kültürel inançları ve sağlık profesyonellerinin sunduğu destekle doğrudan ilişkilidir.

Psikiyatri hemşiresi, yas sürecinde bireyin yalnızca belirtilerine değil, aynı zamanda duygularına, inanç sistemine ve sosyal bağlamına da bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşmak durumundadır. Özellikle terapötik iletişim becerileri, danışmanlık hizmetleri, bireysel destek görüşmeleri, grup terapileri, psiko-eğitim programları ve sistematik hemşirelik yaklaşımlarıyla bireyin adaptasyon süreci desteklenebilir. Ayrıca kültürel duyarlılık, etik ilkelere bağlılık ve profesyonel sınırlar içerisinde empatik tutum, psikiyatri hemşirelerinin yas sürecine müdahalede temel taşıdır.

Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi ve Uygulamaları Açısından Öneriler

1. Yas süreci ve kriz müdahalesi hemşirelik eğitim müfredatlarında daha fazla yer almalıdır. Lisans ve lisansüstü programlarda yasin evreleri, patolojik yas, kültürel yaklaşımlar ve etik sorumluluklar gibi konular ayrıntılı şekilde ele alınmalıdır.
2. Psikiyatri hemşirelerine yönelik hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir. Özellikle travma sonrası yas, komplike yas ve ölümcül hastalıklarla çalışan bireylerin desteklenmesine yönelik spesifik girişimlerin öğretilmesi önemlidir.
3. Uygulamalarda Roy Adaptasyon Modeli, Kübler-Ross ve Worden modelleri gibi teorik çerçeveler etkin kullanılmalıdır. Bu modeller hem değerlendirme hem de müdahale süreçlerini yapılandırmada yol gösterici olabilir.
4. Multidisipliner çalışmalara ağırlık verilmelidir. Psikolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı ve din görevlileriyle birlikte çalışan hemşireler, bireyin ihtiyaçlarına daha etkili şekilde yanıt verebilir.
5. Kültürel çeşitlilik ve bireysel farklılıklara duyarlı hemşirelik bakımı önceliklendirilmelidir. Bu doğrultuda kültürlerarası hemşirelik eğitimi teşvik edilmelidir.
6. Vaka temelli öğrenme ve simülasyon yöntemleri kullanılarak hemşire adaylarının klinik karar verme becerileri güçlendirilmelidir. Yas yaşayan bireylerle iletişim kurma ve destek olma süreçlerinin uygulamalı olarak öğretilmesi mesleki yeterliliği artırır.

7. Yas sürecinde yaşanan psikiyatrik belirtiler ile ilgili erken tanı ve yönlendirme becerileri geliştirilmelidir. Bu durum, patolojik yasin kronikleşmesini önlemeye katkı sağlar.

Sonuç olarak, yas sürecinde bireyin duygusal, sosyal ve ruhsal dengesinin yeniden sağlanmasında psikiyatri hemşirelerinin rolü çok yönlü ve kritiktir. Hem eğitimsel hem de uygulama alanlarında yapılacak geliştirmeler, bu alandaki hemşirelik bakımının niteliğini artıracak, bireylerin iyilik haline daha etkili katkı sağlayacaktır.

Kaynakça

American Psychiatric Association. (2022). *Prolonged Grief Disorder*. www.psychiatry.org: <https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder> adresinden alındı

Arslan, A. (2024). Çocuklarda Karmaşık ve Travmatik Yasın Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkililiği: Sistematik Derleme. *Klinik ve Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, 4(2), 1-21.

Avcı, K. (2007). Pediatri Alanında Hemşirelerin Etik Sorunların Çözümüne Yönelik Yaklaşımlarının İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Avcı, M. (2023). Travmatik Yas Yaşayan ve Yaşamayan Bireylerde Suçluluk: Psikodinamik Bakış Açısı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 25(48), 123-140.

Aydın, A. (2008). Stres, Ruh Sağlığı ve Stres Yönetimi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 15(3), 215-224.

Balcı, B. B. (2020). Yas Sürecine İlişkin Sosyal Temsiller Üzerine Niteliksel Bir Çalışma. *Nesne*, 8(16), 95-111.

Çolak, G. V. (2021). Kayıp ve Yas: Bir Gözden Geçirme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(3), 56-62.

Dikmen, A. (2015). Değişik Din ve Mezhep Müntesiplerinin Ölümle Gelen Sosyal Birliktelik Algıları ve Ölümü İçselleştirme Uygulamaları (Diyarbakır Örneği). *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(40), 309-318.

Dülgerler, Ş. E. (2005). Çocuklarda Ölüm Kavramı ve Yas Sürecinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(21), 197-209.

Gizir, C. A. (2006). Bir Kayıp Sonrasında Zorluklar Yaşayan Üniversite Öğrencilerine Yönelik Bir Yas Danışmanlığı Modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(2), 58-71.

Jeffreys, D. D. (2020). Yasın Aile Üzerine Etkilerini Azaltmak İçin Uygulanan Yas Destek Programının Etkililiği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(3), 45-58.

Kacaroglu, V. A. Gülseven-Karabacak, B. (2014). Hemşirelik Modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 255-259.

Kara, E. (2009). Worden'ın Yasın Dört Görevi Modeli: Psikolojik Danışmanlık Perspektifi. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 8(16), 185-188.

Keser, A. I. (2020). Kayıp, Yas ve Duygu Düzenleme. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 1-12.

Maass, U. H. (2022). Effects of Bereavement Groups—A Systematic Review and Meta-analysis. *Death Studies*, 3(46), 708-718.

Özel, Y. Ö. (2020). Kayıp ve Yas: Psikososyal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(3), 352-367.

Pickett, M. (1998). The Cultural Context of Death Rituals and Mourning Practices. *Oncology Nursing Forum*, 25(10), 1752-1756.

Prigerson, H. G. (2011). Traumatic Grief as a Disorder Distinct from Bereavement-Related Depression and Anxiety: A Replication Study with Bereaved Mental Health Care Patients. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1339-1345.

Pulat, F. A. (2019). Yas Bahçesinde Beş Gün: Levla'nın Hikayesi (Bir Borderline Kişilik Yapılanmasının Yas Süreci). *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 2(3), 1-13.

Russo, S. B.-W. (2019). A Comparison of Two Case Studies Using the Roy Adaptation Model: Parents of Opioid-Dependent Adults and Bariatric Surgery. *Nursing Science Quarterly*, 32(1), 61-67.

Sarı, A. (2016). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalar İçin Hemşire Gözlem Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Shear, M. K. (2012). Grief and Mourning Gone Awry: Pathway and Course of Complicated Grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119-128.

Soyanıt, Ş. M. (2023). Palyatif Bakımda İyi Ölüm ve Yas Sürecinde Hemşirelik Bakımı. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 77-87.

Stroebe, W. S. (2010). Is Grief Universal? Cultural Variations in the Emotional Reactions to Loss. R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. Thornton içinde, *Grief and Bereavement in Contemporary Society: Bridging Research and Practice*. Routledge.

Surat, A. Ç.-K. (2024). Hemşirelerin Empatik Eğilim Düzeylerinin ve İletişim Becerilerinin Eleştirel Düşünmeye Etkisi. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi*, 5(1), 95-104.

Türk Psikiyatri Derneği. (2023). *Depresyon ve Yas: Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2. Baskı*. Psikiyatri Yayınları.

Vlasto, C. (2010). Therapists' Views of the Relative Benefits and Pitfalls of Group Work and One-to-One Counselling for Bereavement. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10, 60-66.

Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner* (Cilt 4th ed.). Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2020). *Mental Health and Psychosocial Considerations During the COVID-19 Outbreak*.

Yıldırım, S. K.-E. (2018). Psikiyatrik Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Hemşirelik Süreci. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 130-155.

Yılmaz, M. D. (2021). Pandemi Süreci ve Sonrası Ruhsal Durum ve Davranışsal Değerlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 13(4), 512-525.

Yalçın, N. Ç. (2015). Psikiyatride Çalışan Hemşirelerin Kültürlerarası Bakım Konusundaki Görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(3), 20-36.

ACIL PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

HATİCE BİRGİ⁵
NEZİHE BULUT UĞURLU⁶

Acil Psikiyatri Hemşireliği Nedir?

Acil psikiyatri hemşireliği, bireylerde ruhsal bozukluklar veya madde kullanımına bağlı olarak gelişen ani ve şiddetli psikiyatrik krizlerde, hızlı ve güvenli müdahaleyi sağlayan uzmanlık alanıdır. Bu hemşirelik dalı, bireyin hem kendisine hem de çevresine zarar verme riski taşıdığı durumlarda, etkili değerlendirme ve müdahale süreçlerini yürütmeyi amaçlar (Townsend, 2015; Varcarolis, 2019).

Bu alanda görev yapan hemşireler, akut ruhsal durum değişikliklerinde, bireyin davranışlarını gözlemleyerek; mental durum değerlendirmesi yapar, güvenlik önlemlerini alır ve gerekli ise farmakolojik ve fiziksel müdahaleleri uygular. Uygulamaların

⁵ Yüksek Lisans Öğrencisi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, Muğla, E-posta: haticebirgi@posta.mu.edu.tr ORCID: 0009-0001-7965-8424

⁶ Prof. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, E-posta: nugurlu@mu.edu.tr ORCID: 0000-0003-2860-1169

temelinde; insan haklarına saygı, etik sorumluluk bilinci ve profesyonel yargı yer alır (Kılıç & Polat, 2021; Türk Hemşireler Derneği, 2019).

Acil psikiyatri hemşireliği, yalnızca semptomların baskılanmasını değil, aynı zamanda bireyin yaşadığı kriz durumunu anlayarak ona uygun psikososyal destek sunulmasını da kapsar. Bu bağlamda hemşire, yalnızca sağlık çalışanı değil, aynı zamanda bir kriz yöneticisi, destekleyici figür ve hak savunucusudur (Townsend, 2015).

Bu hemşirelerin sahip olması gereken nitelikler arasında; hızlı ve doğru karar verme, empati ve iletişim becerisi, psikiyatrik bozukluklar hakkında klinik bilgi sahibi olma, kriz ve ajitasyon yönetimi konusunda klinik tecrübe ve ekiple işbirliği becerisi olmalıdır.

Acil psikiyatri hemşireliği, ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir bileşeni olarak hem hasta güvenliği hem de hizmet kalitesi açısından kritik bir rol üstlenmektedir. İzleyen bölümlerde, bu alanda sık karşılaşılan acil psikiyatrik durumlara ve hemşirelik müdahale yaklaşımlarına ayrıntılı şekilde değinilecektir.

Acil Psikiyatri Nedir?

Acil psikiyatri, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında ani ve ciddi bozulmaların meydana geldiği, kişinin kendisine ya da çevresine zarar verme riski taşıdığı, tıbbi ve psikiyatrik müdahalenin ertelenmeden yapılması gereken ruhsal sağlık krizlerini kapsayan bir alandır (Türk Psikiyatri Derneği, 2023). Bu durumlar; bireyin zihinsel işlevlerini, sosyal ilişkilerini ve yaşam kalitesini hızla bozan, genellikle hayati tehlike oluşturan psikiyatrik belirtilerle karakterizedir.

Acil psikiyatrik durumlar, çoğunlukla aniden ortaya çıkar ve hızlı şekilde kötüleşebilir. Bu nedenle birey, yaşadığı ruhsal krizin farkında olmayabilir veya durumu kontrol etme kapasitesini kaybetmiş olabilir. Böyle anlarda bireyin güvenliği kadar çevresindekilerin de güvenliği risk altındadır (Büyükbayram, 2018).

Bu durumlar yalnızca kronik psikiyatrik hastalıkların alevlenmesiyle sınırlı değildir. Psikososyal stresörler, ani travmatik yaşam olayları, madde ve alkol kullanımı, bazı tıbbi durumlar, ilaç yan etkileri veya ilaç-ilac etkileşimleri gibi birçok farklı etken de akut psikiyatrik krizlere yol açabilir. Dolayısıyla, her acil ruhsal duruma yaklaşımda multidisipliner bir değerlendirme gereklidir (Büyükbayram, 2018).

Acil psikiyatri, bireyin yalnızca psikiyatrik semptomlarına değil; aynı zamanda kriz sürecini tetikleyen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlere odaklanır. Böylece bireyin yalnızca semptomlarının değil, bütüncül işlevselliğinin onarılması hedeflenir.

Bu bağlamda acil psikiyatri birimleri, şu gibi durumların yönetiminde önemli rol oynar: intihar düşüncesi veya girişimi, şiddet eğilimi veya saldırgan davranışlar, psikotik epizodlar, madde ve alkol kullanımı, ajitasyon, anksiyete ve panik bozukluklar, deliryum gibi vakalar çoğu zaman ilk olarak acil servislerde karşılaşıldığı için, sağık personelinin ruh sağılığına dair temel bilgiye ve doğıru yaklaşım becerilerine sahip olması büyük önem taşımaktadır. Ancak bu müdahale yalnızca hekim sorumluluğunda değildir; hemşireler, özellikle acil psikiyatri hemşireleri, bu süreçte ön saflarda yer alır.

Acil Psikiyatrik Durumlar ve Tanımları

1.İntihar Düşüncesi ve Girişimi

İntihar davranışı, akut psikiyatrik krizlerin en ciddi ve yaşamı tehdit eden biçimlerinden biridir. Birey kendi yaşamına son vermeyi düşünmekte, planlamakta ya da bu düşünceyi eyleme dökmüş olabilmektedir. İntihar düşüncesi tek başına bile ciddi bir risk faktörüdür. Genellikle depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), madde kullanımı ya da kişilik bozuklukları ile ilişkilidir (Ata et al., 2021).

Hemşirelik yaklaşımı: İntihar riski taşıyan birey hemen izole edilmeli, sürekli gözlem altına alınmalı ve silah, kesici-delici alet gibi nesnelerden uzak tutulmalıdır. Hemşire, bireyin duygularını yargılamadan dinlemeli ve güven verici iletişim kurmalıdır. İntihar niyetine dair açıkça sorular sormaktan kaçınılmamalı, tersine bu tür sorular doğrudan yöneltilmelidir.

2.Ajitasyon ve Saldırganlık

Ajitasyon, bireyin çevresine zarar verme olasılığı taşıyan, huzursuzluk, sinirlilik, uyarıcılara aşırı tepki gibi semptomlarla seyreden bir kriz hâlidir. Saldırganlıkla birleştğinde hem kendisi hem de çevresi için acil tehlike arz eder. Ajite bireylerde hızlı hareket, bağırma, tehditkâr bakışlar, paranoid düşünceler ve dürtüsel davranışlar sık görülür (Bilici, 2013).

Hemşirelik yaklaşımı: Öncelikle çevresel güvenlik sağlanmalı, hasta kışkırtılmadan konuşulmalı, sözel yatıştırma teknikleri uygulanmalı ve gerektiğinde fiziksel ya da farmakolojik müdahaleye başvurulmalıdır. Personel, potansiyel şiddet riskini tanımayı öğrenmeli ve kendini koruma eğitimi almalıdır.

3.Psikoz ve Manik Atak

Psikoz, bireyin gerçeklikten koptuğu; halüsinasyonlar, sanrılar, dağınık konuşma ve davranışlarla belirginleşen ağır psikiyatrik bir tablodur. Manik ataklar ise aşırı enerji, uyku ihtiyacında azalma, abartılı öz güven, dürtüsel harcamalar, cinsel dürtü artışı gibi belirtilerle kendini gösterir (Weiss et al., 2016).

Hemşirelik yaklaşımı: Psikotik bireylerde güvenli bir ortam sağlanmalı, bireyin gerçeklikle bağlantısı yavaş yavaş kurulmalı, halüsinasyon veya sanrılara doğrudan karşı çıkılmamalıdır. Manik bireylerde sınırlar net şekilde belirlenmeli, aşırı uyarandan kaçınılmalı ve uyku düzeni desteklenmelidir.

4.Konversiyon Bozukluğu

Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu olarak da adlandırılan bu durumda birey, psikolojik strese karşı fiziksel semptomlar geliştirir. Bu belirtiler arasında bayılma, felç, görme kaybı, konuşamama gibi organik temeli olmayan ama gerçekte yaşanan bulgular yer alır (Nicholson et al., 2016). Hasta hemen sedyeye alınmalı, vital bulguları takip edilmelidir.

Hemşirelik yaklaşımı: Belirtilerin bilinçli şekilde üretilmediği unutulmamalı, hasta suçlanmamalı ve dikkat çekme amacıyla yaptığı düşünülmemelidir. Stres faktörleri sorgulanmalı, psikiyatrik konsültasyon planlanmalı ve gerekirse kısa süreli gözlem yapılmalıdır.

5.Panik Atak

Panik atak, çoğunlukla aniden ortaya çıkan, bireyde ölüm korkusu, çıldırma hissi ve yoğun fiziksel belirtilerle (çarpıntı, titreme, nefes darlığı, baş dönmesi vb.) seyreden bir krizdir. Kişi, kalp krizi geçirdiğini veya öleceğini düşünebilir (Demiryürek, 2022). Panik atak ortaya çıktığında hastalar öleceğini düşündüğü

için ilk olarak acil servise başvururlar. Bu hastalarda kan testleri ve ekg çekimi yapılmalı, diğer hastalıklarla durumun açıklanamayacağı kesinleşmelidir. Panik atak için en başarılı tedavi yöntemi bilişsel davranışçı terapidir.

Hemşirelik yaklaşımı: Panik atağı olan bireyin bulunduğu ortam sakinleştirilmeli, yavaş nefes alıp vermesi teşvik edilmeli ve kriz geçene kadar yanında kalınmalıdır. Gerekirse kısa etkili anksiyolitik ilaçlar uygulanabilir.

6.Deliryum

Deliryum, genellikle yaşlı bireylerde, enfeksiyon, metabolik bozukluk ya da ilaç toksisitesine bağlı olarak gelişen bilinç değişikliğidir. Dikkat dağınıklığı, uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma, yer-zaman karışıklığı, halüsinasyonlar görülebilir (Özer et al., 2022).

Hemşirelik yaklaşımı: Deliryumda neden hızla belirlenmeli, hasta zarar vermeyecek şekilde izole edilmeli ve ajitasyona karşı ortam sadeleştirilmelidir. Uyarıcılar azaltılmalı ve hemşire birey ile sık sık yönlendirme konuşmaları yapılmalıdır.

7.Alkol ve Madde Kullanımına Bağlı Gelişen Psikiyatrik Bozukluklar

Alkol ve maddelere bağlı gelişen psikiyatrik bozukluklar; ajitasyon, sanrı, bilinç bozukluğu, yoksunluk sendromu, tremor, konvülsiyon ve deliryum tremens gibi acil durumlarla kendini gösterebilir (Örüm, 2020).

Hemşirelik yaklaşımı: Vital bulgular sık takip edilmeli, birey izole bir ortamda gözlem altına alınmalı, sıvı-elektrolit dengesi sağlanmalı ve hekim order'ına göre farmakolojik tedavi uygulanmalıdır.

8.Anksiyete

Anksiyeteyi genel olarak tanımlarsak, bireyin günlük yaşamında karşılaştığı bir durumu olduğundan tehlikeli görme ve durumdan gereğinden fazla kaygı duyması durumudur. Kaygı, korku ile sıklıkla karıştırılmaktadır. Korku; o an var olan tehditlerle ilgili duyulan histir. Örneğin doğal afete maruz kalan insanlar korku yaşarlar. Kaygı ise; kişinin yaşadığı anda veya gelecekte nasıl gerçekleşeceği belli olmayan; belki de hiç gerçekleşmeyecek bir durum için tedirgin olma ve endişe duyma durumu olarak tanımlanabilir. Anksiyete sürecinde fizyolojik düzene bakıldığında; sempatik sistem devreye girmektedir. Organizmanın; savaş veya kaç prensibi ile harekete geçtiği; kalp atımlarının, kan basıncının, solunum sayısının arttığı, adrenalin seviyesinin arttığı, tükürük salgısının azaldığı ve ağzının kuruduğu görülür (Şanlı, 2022).

Hemşirelik yaklaşımı: Hastayla empatik iletişim kurulmalı, kaygının tanımlanması sağlanmalı ve gevşeme teknikleri öğretilmelidir. Kronikleşen anksiyete bozukluklarında psikiyatrik danışma yönlendirmesi yapılmalıdır.

Sonuç

Tüm bu acil psikiyatrik durumlar, klinik olarak farklılık gösterse de ortak noktaları, hızlı değerlendirme, güvenli müdahale ve insan haklarına saygı çerçevesinde ele alınmaları gerekliliğidir. Acil psikiyatri hemşireleri, bu durumlarda bireyin hem fiziksel güvenliğini sağlamak hem de psikolojik destek sunmakla yükümlüdür.

Acil Psikiyatri Hemşiresi Rol ve Sorumlulukları

Acil psikiyatri hemşiresi; akut ruhsal kriz geçiren bireylere yönelik hızlı, etkili ve multidisipliner bir bakım süreci yürüten, özel donanım ve klinik sezgi gerektiren bir uzmanlık alanının temsilcisidir. Bu hemşireler, bireyin ruhsal bütünlüğünü korumak,

hayati riskleri önlemek, kriz anında işlevselliği yeniden kazandırmak amacıyla hem terapötik hem de güvenlik temelli müdahaleleri aynı anda uygulamak zorundadır (Townsend, 2015; Varcarolis, 2019).

1) Klinik Değerlendirme ve Sürekli İzlem

a) Mental Durum Muayenesi

Acil psikiyatri hemşiresi, bireyin ruhsal durumunu tanımaya yönelik sistematik bir mental durum değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme; oryantasyon durumu, düşünce içeriği, algı bozuklukları, dikkat ve bellek düzeyi, intihar düşüncesi ya da saldırganlık eğilimi gibi kritik belirtileri kapsar. Bu bilgiler, bireye özgü müdahale planının temelini oluşturur ve tedavi sürecinde önemli bir rehberdir (Stuart, 2020; Halter, 2018).

b) Dinamik İzlem ve Risk Yönetimi

Mental bozuklukların doğası gereği tablo aniden kötüleşebilir. Bu nedenle hemşire yalnızca başlangıçta değil, tedavi süreci boyunca da davranışsal ve bilişsel değişimleri izlemelidir. Ajitasyon, halüsinasyon, paranoid tepkiler gibi belirtiler erken fark edildiğinde hem bireyin hem de çevresinin güvenliği sağlanabilir (Townsend, 2015).

2) Kriz Müdahalesi ve Stabilizasyon Süreci

Kriz; bireyin psikolojik uyum becerilerini aşan, acil müdahale gerektiren bir süreçtir. Bu süreçte hemşirenin görevi bireyin duygusal bütünlüğünü yeniden kurmak, davranışsal krizleri kontrol altına almak ve bireyin işlevselliğini mümkün olan en kısa sürede geri kazandırmaktır (Büyükbayram, 2018).

a) Çevresel Düzenleme

Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması, diğer hastaların zarar görmesini engelleme ve hem

fiziksel hem de psikolojik olarak güvenli bir ortam oluşturma, hemşirenin öncelikli sorumluluğudur. Gürültü düzeyi, hasta yoğunluğu, bekleme süresi gibi faktörler, ajitasyon riskini artırabilir ve bu nedenle dikkatle yönetilmelidir (Bilici, 2013). Burada acil psikiyatri hemşiresi hastaların tehlikeli nesneler açısından aranmasına yardımcı olmalı, hastanın yanında tehlikeli bir nesne varsa hemen uzaklaştırmalıdır. Görüşme yapacağı odanın düzenli ve güvenli olmasını sağlamalı, görüşme yapılırken kapıyı açık tutmalı ve kapıya yakın oturmalıdır. Ayrıca nasıl yardım isteyeceğini bilmeli, alarm düğmelerinin nerede olduğunu bilmeli ve bu konular hakkında ekip arkadaşlarına eğitim vermelidir.

b) Sakinleştirici İletişim Teknikleri

Sözsüz iletişim, göz teması, beden dili ve ses tonu gibi faktörler, hasta ile terapötik bir bağ kurmada oldukça önemlidir. Hemşire, öfke, korku, panik gibi duygularla baş etmeye çalışan bireylere güven verici ve yargılamayan bir dille yaklaşmalı, hastanın anlatımına aktif şekilde kulak vermelidir (Kurtz, 2017). Hemşire bireye hiçbir şekilde kendi duygularını hissettirmemelidir. Soğukkanlı yaklaşmalı, hasta ile açık bir iletişimde olmalıdır. Örneğin ‘Size yardımcı olmak için buradayım, şuan burada güvendesiniz, lütfen yardım etmeme izin verin.’ gibi cümleler kullanılmalıdır. Eğer hastanın intihar düşüncesi veya girişimi varsa bu konu hakkındaki sorular açıkça sorulmalı, hastanın düşünceleri ve söylemleri kayıt altına alınmalıdır.

c) Fiziksel Tespit Uygulaması

Bedensel kısıtlama, yalnızca hasta ciddi anlamda kendine ya da başkalarına zarar verme riski taşıdığında ve diğer yöntemler yetersiz kaldığında tercih edilmelidir. Bu süreçte hasta hakları, mahremiyet ve etik ilkeler ön planda tutulmalı, tespitin süresi ve şekli detaylı şekilde belgelendirilmelidir (Eşer & Hakverdioğlu, 2006; Kılıç & Polat, 2021). Fiziksel tespit yapılırken hastanın benlik

saygısına zarar vermeden, mümkünse hasta ile iletişim halinde iken uygulanmalıdır. Uygulamayı yapan sağlık personellerinin bilgili ve tecrübeli olması tercih edilmelidir. Uygulama yapılırken hastaya zarar verilmemelidir. Hastanın dolaşım sistemi ve solunumu sürekli gözlenmelidir. Eğer tespit yerlerinde bir dolaşım bozukluğu gözlemlenirse tespit hemen değiştirilmelidir. Hastanın tedaviye uyumu sağlandığında tespit uygulamasına hemen son verilmelidir. Tüm uygulama ve gözlem süreci kayıt altına alınmalıdır.

d) Farmakolojik Müdahale

Farmakolojik müdahaleler kriz yönetiminin temel bileşenlerindendir. Ajitasyon, psikotik atak, anksiyete gibi durumlarda acil etki gösteren ilaçlar uygulanabilir. Hemşire, ilaçların doğru dozda ve uygun yol ile uygulanmasından, olası yan etkilerin izlenmesinden ve ilaca karşı gelişebilecek komplikasyonların erken fark edilmesinden sorumludur (Varcarolis, 2019).

Ajitasyon tedavisinde genellikle haloperidol grubu ilaçlar kullanılır. Bu ilaç dozu günde maksimum 20 miligramdır. İntramüsküler veya intravenöz yolla uygulanabilir ancak intravenöz uygulamada torsades de pointes riskini arttırdığı için intravenöz uygulanması önerilmez. Madde ve alkol kullanımı olan hastalarda diazepam grubu ilaçlar kullanılır. Bu ilaçların günlük maksimum dozu 10 miligramdır. İntramüsküler ve intravenöz olarak uygulanabilir. Emilimi kararsız olduğu için intravenöz kullanımı daha yaygındır.

3) İletişim ve Psikososyal Destek

Acil psikiyatrik müdahalelerde iletişim, yalnızca bilgi aktarma aracı değil, aynı zamanda iyileşmenin başlangıç noktasıdır. Hemşire, bireyin yaşadığı duygusal çöküşü anlayarak empatik yaklaşmalı ve psikolojik destek sunmalıdır. Aynı zamanda aile

üyeleriyle de sağlıklı bir iletişim kurarak sürece dâhil edilmeleri sağlanmalıdır. Bu durum, hem bireyin güven duygusunu pekiştirir hem de tedaviye uyumu artırır (THD, 2019; Kurtz, 2017). Psikososyal destek, bireylerin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını bütüncül bir şekilde ele alarak, stres, travma, hastalık veya kriz durumlarıyla baş etmelerine yardımcı olmayı amaçlayan bir destek türüdür. Psikolojik (zihinsel-duygusal) ve sosyal (çevresel-ilişkisel) unsurlar birlikte değerlendirilir. Burada hasta ve ailesine duygusal destek sağlamak onların sosyal uyumlarını artırır. Hemşire hasta ve ailesinin anlama düzeylerini incelemeli ve daha sonra onların anlayabileceği düzeyde hasta ve ailesine hastalık ve tedavi hakkında bilgi vermelidir. Bu süreçte hasta ve ailesinin tüm sorularını yanıtlamak, onlara yalnız olmadıklarını hissettirmek, onların güven duydukları biri olmak, tedaviye uyumlarını arttırmak için çok önemlidir.

4) Yasal Sorumluluklar ve Etik İlkeler

a) Hasta Hakları ve Onam Süreci

Her türlü girişim, bireyin bilgilendirilmiş onamı doğrultusunda yapılmalıdır. Yasal zorunluluklar, özellikle kriz anında etik ikilemlere yol açabileceğinden, hemşirenin hukuki düzenlemelere hâkim olması zorunludur (T.C. Resmî Gazete, 2007).

i) Fiziksel Kısıtlama ve Belgelendirme

Uygulanan tüm müdahaleler, yasal yükümlülükler doğrultusunda detaylı olarak kayıt altına alınmalıdır. Bu belgeler, hemşirenin etik ve hukuki sorumluluğunu yerine getirdiğini ispatlar nitelikte olmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2016; Delaney & Johnson, 2014).

b) Mesleki Yetki Sınırlarına Uyum

Hemşire, yalnızca kanunla tanımlanmış yetki ve görevler çerçevesinde işlem yapmalı, hekim onayı gerektiren uygulamalardan kaçınmalıdır (T.C. Resmî Gazete, 2007).

5) Multidisipliner Ekip İş Birliği

Acil psikiyatri hemşiresi; psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, güvenlik görevlisi ve acil servis personeliyle birlikte çalışarak etkin bir kriz yönetimi sağlar. Takım içinde koordinasyonu yürütmek, bilgi paylaşımını sürdürmek ve bakımın sürekliliğini sağlamak, hemşirenin ekipteki en temel rollerindendir (Townsend, 2015; Stuart, 2020).

Sonuç

Acil psikiyatri hemşireliği, bireyin ruhsal kriz anlarında hayat kurtarıcı rol oynayan, yüksek düzeyde profesyonellik, klinik sezgi ve etik duyarlılık gerektiren bir uzmanlık alanıdır. Ruhsal bozuklukların ani alevlenmeleri, intihar girişimleri, ajitasyon ve saldırganlık gibi yüksek riskli durumlarda, hemşirelerin anlık karar verme ve kriz yönetimi becerileri büyük önem taşımaktadır. Acil psikiyatri hemşiresi yalnızca semptomlara müdahale eden değil, aynı zamanda bireyin duygusal dengesini yeniden kurmasına rehberlik eden terapötik bir rol üstlenmektedir.

Psikiyatrik krizlerin doğası gereği öngörülemezliği ve hızlı müdahale gereksinimi, bu alanda çalışan hemşirelerin mesleki yeterliliklerinin sürekli geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Etik ilkelere uygun davranmak, hasta haklarına saygılı olmak, hukuki sorumlulukları gözetmek ve ekip içi iş birliği yürütmek, kaliteli bakımın temel yapı taşlarıdır. Bireyin ruhsal durumunun doğru değerlendirilmesi, güvenli çevre düzenlenmesi, empatik iletişim ve doğru farmakolojik müdahale gibi faktörler, acil psikiyatrik bakımın etkinliğini artıran temel unsurlardır.

Kaynakça

Ata, E. E.-Y. (2021). İntihar Girişimi Nedeniyle Acil Servise Başvuran Olguların İncelenmesi: Bir Yıllık Retrospektif Bir Çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 4(46), 1675-1686.

Bilici, R. (2013). Psikiyatrik Hastalarda Saldırganlık ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26(2), 190-198.

Büyükbayram, A. (2018). Acil Psikiyatrik Bakım ve Ruh Sağlığı Triyajı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 45-56.

Delaney, K. R. (2014). Safety and Restraint in Psychiatric Settings. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(3), 179-185.

Demiryürek, E. (2022). Panik Bozukluk. R. Akkaya, & B. Akkaya içinde, *Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar*. Ankara: Bilgin Kültür Sabat Yayınları.

Eşer, İ. H. (2006). Fiziksel Tespit Uygulamaya Karar Verme. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 37-42.

Güneysu, İ. Ç. (2025). Acil Servise İntihar Davranışı İle Başvuran Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Kesitsel İnceleme. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 26-34.

Halter, M. J. (2018). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach. *Elsevier*, 8th ed.

Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.

Kılıç, G. P. (2021). Yoğun Bakımda Tartışmalı Bir Uygulama: Fiziksel Kısıtlama. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 2(1), 66-76.

Kurtz, A. (2017). Communication and Interpersonal Skills in Nursing. *Learning Matters, 3rd ed.*

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Violence and Agression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings.

Nicholson, T. R. (2016). Life Events and Escape in Conversion Disorder. *Psychological Medicine, 46*(12), 2617-2626.

Örüm, M. H. (2020). Acil Servise Başvuran Psikiyatrik Olgular ve Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi: Bir Derleme. *Afet ve Acil Tıp Derneği Dergisi, 1*(2), 31-52.

Özer, K. B. (2022). Deliryum. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi, 1*(2), 61-68.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company.

Sağlık Bakanlığı. (2016). *Fiziksel Kısıtlama Uygulama Rehberi*. T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Stuart, G. W. (2020). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. *Elsevier, 11th ed.*

Şanlı, M. E. (2022). Çocuk ve Ergen Psikiyatrik Acillerinde Hemşirelik Yaklaşımı. E. Ed. Keten-Edis, & E. Keten-Edis (Dü.) içinde, *Sağlık&Bilim 2022 Hemşirelik-IV*. İstanbul: Efe Akademik Yayıncılık.

Şimşek, Y. (2023). Psikiyatrik Aciller. F. Ed. Bektaş içinde, *Acil Tıpta Güncel Çalışmalar* (s. 41-56). Livre de Lion.

Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing; Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (Cilt 8th ed.). F. A. Davis Company.

Türk Hemşireler Derneği. (2019). Etik İlkeler ve Hemşirelik Uygulama Standartları.

Türkiye Psikiyatri Derneği. (2023). Psikiyatrik Acil Müdahale Kılavuzu.

Varcarolis, E. M. (2019). Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care. *Elsevier, 4th ed.*

Weiss, A. J. (2016). Trends in Emergency Department Visits Involving Mental and Substance Use Disorders, 2006-2013. *Agency for Healthcare Research and Quality.*

EVDE BAKIM VE BAKIM VERME YÜKÜ

HİMMET ÖREN⁷
NEZİHE BULUT UĞURLU⁸

Evde Bakımın Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Evde bakım, sağlık alanında uzman kişiler tarafından, bireyin ve ailesinin kendi yaşam alanında ihtiyaç duyduğu desteklerin sağlanmasıdır. Bu hizmet; kişinin sosyal, duygusal, zihinsel ve tıbbi gereksinimlerini kapsayacak şekilde bütüncül bir yaklaşımla sunulmaktadır. Amaç, yalnızca hastalıkla mücadele değil, aynı zamanda bireyin yaşam kalitesini artırmak ve aile bireylerinin üzerindeki yükü hafifletmektir. Bu hizmet, evde yaşayan çocuklardan yaşlılara kadar her bireyi kapsamaktadır (Karadağ, 2006).

⁷ Yüksek Lisans Öğrencisi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, Muğla, E-posta: orenh@posta.mu.edu.tr ORCID: 0009-0000-5013-4806

⁸ Prof. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, E-posta: nugurlu@mu.edu.tr ORCID: 0000-0003-2860-1169

Evde bakım uygulamaları, bireyin kendi ev ortamında desteklenerek sosyal hayata katılımını kolaylaştırmayı, huzurlu ve sağlıklı bir yaşam sürdürmesini sağlamayı hedefler. Aynı zamanda bakıma muhtaç bireylerin yakınlarına psikolojik, sosyal ve tıbbi destek sunularak aile üzerindeki bakım yükü azaltılır (Danış, 2006).

Bu hizmetler tarihsel açıdan yeni bir olgu değildir. Evde bakım uygulamaları ilk olarak 18. yüzyılın sonlarına doğru İngiltere’de başlamış, ardından Amerika Birleşik Devletleri’nde yaygınlık kazanmıştır. Her yaş grubuna yönelik olarak sunulan bu hizmetler zamanla gelişmiştir (Karahan & Güven, 2002). Orta Çağ Avrupa’sında ise evde bakım, daha çok bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla uygulanmıştır. Bu dönemde asıl amaç, hastanın tedavisinden çok toplumdan izole edilerek başkalarını korumaktır (Sobel, 2000).

Amerika’da evde bakım hizmeti veren ilk kuruluş, 1796 yılında faaliyete geçen Boston Dispanseri olmuştur (Cimete, 1998). Resmi anlamda evde bakımın kurumsallaşması ise 19. yüzyıla dayanmaktadır. 20. yüzyılın başlarında İngiltere’de, eğitilmiş ziyaretçiler aracılığıyla bu hizmetler yürütülmüş; çoğu zaman kiliseler ve gönüllü bireylerin desteğiyle sürdürülebilir hale gelmiştir. Bu dönemde evde bakımın kurumsallaşmasına öncülük eden isimlerden biri, yoksul hastalara yönelik hizmet başlatan William Rathbone olmuştur. Ayrıca, Florence Nightingale, Mary Robinson ve Lillian Wald gibi öncü figürler de evde bakım alanının gelişmesinde önemli rol oynamışlardır. Özellikle Florence Nightingale, modern evde bakım anlayışının temel taşlarından biri olarak kabul edilir (Konak & Soysal, 2016).

20.yüzyılın ortalarına doğru, tıp teknolojisinin ve sağlık kurumlarının gelişmesiyle birlikte bakım hizmetleri hastanelere yönelmiştir. Ancak sağlık kuruluşlarının, özellikle kronik hastalığı olan bireyler için yeterli kapasiteye sahip olmaması, evde bakım

hizmetlerini yeniden gündeme getirmiştir. Günümüzde ise evde bakım; geniş bir yaş ve hastalık yelpazesinde, profesyonel ekipler tarafından sunulan kapsamlı bir hizmet alanı haline gelmiştir (Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2016).

Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye'de evde bakım hizmetlerine yönelik ilk yasal düzenleme, 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile gerçekleştirilmiştir. Bu kanun kapsamında, bulaşıcı hastalıkların ev ortamında teşhis ve tedavisi, anne-çocuk sağlığı takibi ve hekimlerin ev ziyaretleri gibi uygulamalara yasal dayanak sağlanmıştır. (Ünlüoğlu & Saatçı, 2015)

1946 yılı itibarıyla sağlık ekipleri – doktor, hemşire, ebe ve sağlık memurlarından oluşan gruplar – kırsal bölgelerde belirli aralıklarla ev ziyaretleri yaparak temel sağlık hizmetlerini ulaştırmayı amaçlamıştır. Bu, Türkiye'de evde sağlık hizmetlerinin sahaya ilk yansması olarak kabul edilebilir.

Cumhuriyet döneminde, yaşlı bireylerin korunması ve desteklenmesine yönelik sosyal politikalar çeşitli yasalarla güvence altına alınmıştır. Bu yasalar arasında Medeni Kanun, 1580 sayılı Belediyeler Kanunu, 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu, 1005 ve 202 sayılı Kanunlar yer almaktadır.

1978 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, Konya'da evde yaşlı bakımına ilişkin bir pilot projeyi başlatmıştır. Ancak uygulama beklenen başarıyı sağlayamadığı için devam ettirilmemiştir (Çavuş, 2013).

1953'te yapılan düzenlemelerle, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu kapsamında evde bulaşıcı hastalıkların tedavisi ve izlenmesine dair hükümler pekiştirilmiştir. 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası, kronik hastalığı olan bireylerin evde takibinin

halk sağlığı hemşireleri tarafından yürütülmesini ngrmştır. Ardından gelen 1963 Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ise hastane temelli, maliyeti yüksek sağlık hizmetleri yerine, evde ve ayakta tedaviye öncelik verilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Fauziana vd., 2018).

1993 yılında Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu, İstanbul, Ankara, İzmir ve Adana’da evde bakım uygulamalarını hayata geçirmiştir. Ancak bu girişimler yaygınlaştırılamamış, beklenen verim elde edilememiştir (Altuntaş vd., 2010).

Türkiye’de evde bakım alanında önemli bir dönüm noktası, 10 Mart 2005’te yayımlanan 25751 sayılı Resmî Gazete ile olmuştur. "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik", bu tarihte yürürlüğe girerek sağlık kurumlarının evde bakım hizmeti sunmasına yönelik esasları ve denetim mekanizmalarını düzenlemiştir. Yönetmelikte, evde bakım; doktor önerisiyle hastanın yaşadığı ortamda sağlık ekiplerince tıbbi bakım, fizyoterapi, psikolojik destek ve rehabilitasyon gibi hizmetlerin sunulması olarak tanımlanmıştır (Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği, 2005; Fauziana vd., 2018).

Evde bakım hizmetlerine ilişkin idari yapı 2017 yılında yeniden düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın 25 Nisan 2017 tarihli resmi yazısına göre, daha önce Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde sürdürülen evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, Bakanlık onayı ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na devredilmiştir. Bu kapsamda ilgili birimlerde görev yapan personelin de yeni kuruma aktarılması kararlaştırılmıştır (Evde Bakım Hizmetleri, 2017).

Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamına, Süresine ve Bakım Veren Kişilere Göre Sınıflandırılması

1) Hizmetin Kapsamına Göre Sınıflandırma

a) Evde Sağlık Hizmetleri:

Bu tür hizmetler, bireylerin akut ya da kronik hastalık durumlarında, hastaneden taburcu olduktan sonra ya da evde tedavi sürecinde ihtiyaç duydukları sağlık desteğini kapsamaktadır. Hekimlik ve hemşirelik hizmetlerinin yanı sıra fizyoterapi uygulamaları, tıbbi cihaz ve ilaç temini, psikolojik danışmanlık gibi hizmetler bu kapsamda sunulmaktadır. Temel hedef, hastanın sağlığının düzeltilmesi, iyileşme sürecinin desteklenmesi ve hastaneye tekrar yatışların önlenmesidir (Altuntaş ve ark., 2010).

b) Evde Sosyal Destek Hizmetleri:

Yaşlı ya da engelli bireylerin yaşadıkları ortamda sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik hizmetleri kapsar. Bunlar arasında; ulaşım ve transfer, kişisel bakım, ev temizliği, beslenme, hemşirelik hizmetleri, gündüz-gece bakım desteği, ev işlerinde yardım, ev ortamının bireyin yaşamına uygun hâle getirilmesi ve danışmanlık gibi destekler yer alır (Ünlüoğlu & Saatçı, 2015).

2) Hizmet Süresine Göre Sınıflandırma

a) Kısa Süreli Hizmetler:

Genellikle hastaneden taburcu edilen bireylerin kısa dönemli bakım ihtiyacını karşılamak amacıyla sunulur. Bu hizmetler genellikle en fazla 30 gün süreyle verilir. Amaç, kişinin hızlı bir şekilde iyileşmesini sağlamak, temel tedavi ve rehabilitasyon sürecini desteklemek ve bireye ya da ailesine gerekli eğitim ve danışmanlığı sunarak sağlık sorunlarıyla başa çıkma becerilerini kazandırmaktır.

b) Uzun Süreli Hizmetler:

Kronik hastalığı olan, ileri yaşta ya da engelli bireylerin uzun vadede ihtiyaç duyduğu hem tıbbi hem sosyal bakım hizmetlerini içerir. Bu tür hizmetlerin süresi genellikle 6 ayı geçer. Hedef, bireylerin bağımsızlıklarını mümkün olduğunca koruyarak yaşam kalitelerini artırmak ve bakım sürecini sürekli hale getirmektir (Ünlüoğlu & Saatçı, 2015).

3) Bakımı Üstlenen Kişiye Göre Sınıflandırma

a) Profesyonel Sağlık Çalışanları:

Hemşireler, fizyoterapistler, psikologlar, beslenme uzmanları gibi alanında eğitim almış kişiler tarafından verilen hizmetlerdir. Bu hizmetler sadece tıbbi bakım değil, aynı zamanda sosyal destek, danışmanlık, ev işlerine yardım gibi alanları da kapsar (Özlü ve ark., 2009; Zarit, 2004).

b) Aile Bireyleri:

Hem Türkiye'de hem de dünyada evde bakım çoğunlukla aile bireyleri tarafından sağlanmaktadır. Aile üyeleri tarafından sunulan bakım; ilaç takibi, beslenme, kişisel hijyen, giyinme, tuvalet ihtiyaçları gibi temel sağlık hizmetlerinden, ev işleri, alışveriş ve birlikte yaşama gibi sosyal destek alanlarına kadar geniş bir yelpazeye sahiptir (Özlü ve ark., 2009; Zarit, 2004).

Bakım Verme Süreci

Türkçede "bakım" kelimesi, bir şeyin sağlıklı, düzenli ve iyi durumda kalmasını sağlamak için yapılan çabaları ifade eder. Bu bağlamda bakım vermek, yalnızca fiziksel bir destek sağlamaktan öte; duygusal, sosyal ve bazen de maddi katkılarla şekillenen çok yönlü bir ilişkidir. Bu ilişkide bakım alan kişi, en savunmasız hâliyle kendisini bakım verene emanet eder. Dolayısıyla bu süreç, güç

denge-sizliğine rağmen karşılıklı güven temelli bir ilişki biğimidir (Din , 2010).

Bakım vermek; sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, kişisel hijyenin sağlanması, günlük yaşam aktivitelere yardım, ulaşım ve alışveriş gibi işleri üstlenme, maddi konularda destek sunma ve yaşam alanını paylaşma gibi çeşitli görevleri içerebilir (Özyeşil ve ark., 2014).

Ancak bu görevi üstlenen herkes, bu rolü gönüllü olarak ya da en uygun kişi olduğu için  stlenmeyebilir. Çoğu zaman toplumsal roller, kültürel normlar ve aile içindeki rol dağılımı, bakım sorumluluğunun kim tarafından  stlenileceğini belirler. Aynı zamanda bireylerin dini inançları, etik değerleri ve yaşadıkları toplumun kültürel yapısı da bakım algısını ve uygulamasını doğrudan etkileyebilmektedir (Erdem, 2005; Orak & Sezgin, 2015).

Bakım Veren Yükü

Tanımı, Boyutları ve Etkileri

Bakım veren yükü kavramı, literatürde ilk kez 1963 yılında Grad ve Sainsbury tarafından kullanılmıştır. Bu kavram, bakım sürecinde bakım sağlayan kişinin yaşadığı bedensel ve ruhsal etkilerin yarattığı zorlanmaları ifade etmektedir ( zcan, 2019). Diğer bir ifadeyle bu durum, bireyin bakım sürecinden kaynaklanan stres ve olumsuz değerlendirmelere karşı verdiği çok yönlü tepkilerin bütünüdür (Işıl & Onan, 2016).

Bu yük, yalnızca fiziksel bir çaba değil; aynı zamanda psikolojik, duygusal, sosyal, ilişkisel ve ekonomik sorunların toplamıdır (Pruchno, 2018). Sürekli bakım veren kişilerde zamanla fiziksel tükenmişlik, ruhsal çöküntü, depresyon ve kaygı gibi ruhsal bozukluklar gelişebilmektedir (Işıl & Onan, 2016).

Her ne kadar bakım süreci kimi zaman bireysel gelişime, aile içi ilişkilerin güçlenmesine, sosyal destek alınmasına ve kişinin kendine olan saygısının artmasına olanak tanısa da; aynı zamanda yoğun stres, yorgunluk, sosyal izolasyon ve duygusal tükenmişlik gibi zorluklara da yol açabilmektedir (Konak & Soysal, 2016).

Bakım yükü ifadesi, kimi zaman bakım veren kişiler ya da hasta yakınları tarafından yanlış anlaşılabilir. Bu kavram, bakım verilen kişiye karşı duyulan olumsuz bir tutumu değil; bakım sürecinde ortaya çıkan zorlukları tanımlamaktadır. Ancak bu tür yanlış anlaşılmalara, bakım verenlerde suçluluk, çaresizlik, korku, öfke ve yalnızlık gibi duyguları tetikleyebilir (Atagün ve ark., 2011).

Bakım Yükünün Boyutları

Montgomery ve arkadaşları, bakım yükünü iki ana başlık altında değerlendirmiştir:

1.Nesnel (Objektif) Yük:

Bu boyut, bakım verenin hastanın gereksinimlerini karşılamak için harcadığı fiziksel çaba, zaman ve kaynakları kapsamaktadır. Nesnel yük, doğrudan gözlemlenebilen faaliyetlere dayanır ve genellikle fiziksel sağlıkta bozulma, sosyal hayatın kısıtlanması, iş yaşamının aksaması gibi durumlarla ilişkilidir (Atagün ve ark., 2011; Koçak, 2011).

2.Öznel (Subjektif) Yük:

Bakım verenin, içinde bulunduğu durumdan dolayı yaşadığı duygusal tepkileri ve içsel zorlanmaları ifade eder. Suçluluk, utanma, kaygı, üzüntü gibi duygular bu kapsama girer. Öznel yük, kişinin bakım sürecine ilişkin algısı ve hissettikleriyle ilgilidir (Montgomery ve ark., 1985).

Nesnel yük; maddi kaynakların yetersizliği, aile içi dengenin bozulması, diğer aile bireylerinin ihtiyaçlarının ihmal edilmesi,

sosyal yaşantının sekteye uğraması, kariyer planlarının ertelenmesi gibi birçok durumu içerebilir.

Birincil (Primer) Bakım Verenler

Primer bakım veren kavramı, bir kişiye sürekli ya da düzenli bakım sağlayan ve bu sürecin yönetiminden sorumlu olan birey anlamına gelir (Cheng, 2005). Genellikle bu rolü eşler üstlenmekte olup, eşin mevcut olmaması ya da uygun koşulları taşınamaması halinde, yetişkin çocuklar ya da profesyonel destek sağlayan ücretli kişiler (hasta bakıcılar, hemşireler) bu sorumluluğu paylaşabilir (Bar-David, 1999).

Yapılan araştırmalarda, yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun kurumsal bakım yerine evde bakım hizmetlerini tercih ettiği görölmektedir. Örneğin, Onat (2004) tarafından yürütölen bir çalışmada, yaşlı bireylerin %91.7'sinin huzurevlerinde yaşamayı istemediği belirlenmiştir. Bu tercihin temel nedeni olarak, kişinin kendi ev ortamında daha huzurlu, güvende ve bağımsız hissetmesi gösterilmektedir.

Aynı zamanda yaşlının kendi yaşam alanında kalması; aidiyet hissini güçlendirmekte, sosyal ilişkilerini korumasına olanak sağlamakta ve ruhsal açıdan kendini daha değerli hissetmesini sağlamaktadır. Ev ortamı, yaşlı bireyin toplumsal dışlanma riskini azaltmakta ve sosyal kayıpların önüne geçmektedir (Aksöllu & Doğan, 2004)

Bakım Yöünün Boyutları

Bakım yükü, bireyin bir başkasına bakım sunarken maruz kaldığı fiziksel, duygusal ve sosyal zorlukların bütününe kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Bu yükün bireyden bireye değişiklik göstermesinde yaş, sosyal destek, bireysel başa çıkma kaynakları ve ekonomik durum gibi birçok faktör etkilidir.

Gordon ve Perrone (2004) tarafından yapılan araştırmada, bakım veren bireyin yaşı ile algılanan bakım yükü arasında ters bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya göre, genç bakım verenlerin yaşlılara kıyasla daha fazla yük hissettikleri, bakım sürecinde daha fazla zorlandıkları ve bu nedenle bakım verdikleri kişiyi kurumsal bakım hizmetlerine yönlendirme olasılıklarının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Tariot, 2003; Chumbler ve ark., 2003). Genç bireylerin, bakım verme sürecinde hem fiziksel hem de duygusal olarak daha kırılgan oldukları, bu nedenle stresle baş etmede yaşça daha büyük olanlara göre daha fazla zorlandıkları ifade edilmektedir (Aşiret & Kapucu, 2012).

Stresle etkili bir şekilde başa çıkabilmek için Lazarus ve Folkman tarafından geliştirilen modele göre bireylerin dört temel kaynağa sahip olması gerekmektedir: fiziksel, sosyal, psikolojik ve maddi kaynaklar.

- **Fiziksel kaynaklar**, bireyin sağlık durumu, enerji düzeyi, direnç kapasitesi ve olumlu düşünce yapısıdır.
- **Sosyal kaynaklar**, bireyin sahip olduğu sosyal destek ağı, arkadaşlık ve aile ilişkileri gibi kişiler arası bağları içerir.
- **Psikolojik kaynaklar**, bireyin benlik saygısı, morali ve umut düzeyi ile ilgilidir.
- **Maddi kaynaklar** ise ekonomik imkanlar, gelir düzeyi ve maddi güvence olarak tanımlanabilir (İlerisoy, 2012).

Bu kaynakların yeterli düzeyde olması, bakım veren bireyin karşılaştığı stres faktörleriyle baş etmesini kolaylaştırmakta ve daha sağlıklı bir bakım süreci yürütmesine olanak tanımaktadır. Bu nedenle, bakım sürecinin başlangıcında bireyin risk faktörleri belirlenmeli ve buna uygun destek sistemleri devreye sokulmalıdır. Bakım veren bireylerin günlük yaşamda en çok

zorlandığı alanlardan biri de kendi kişisel zamanlarının azalmasıdır. Bakım süreci, zaman ve enerji gerektiren bir sorumluluk olduğundan dolayı, bireyin eğlence, dinlenme ve sosyalleşme gibi aktiviteler için ayırabileceği zaman büyük ölçüde kısıtlanmaktadır. Yapılan birçok araştırma, bu durumun zamanla sosyal izolasyona yol açtığını göstermektedir. Günlük yaşamla bağların zayıflaması, sosyal ilişkilerin azalması, çevresel uyarıcılara olan ilginin kaybı, bireyde anksiyete, kaygı, öfke, çaresizlik ve depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Aşiret & Kapucu, 2012).

Sonuç olarak, bakım veren bireylerin yaşadığı yük, yalnızca fiziksel değil aynı zamanda duygusal, sosyal ve ekonomik alanlarda da derin etkiler yaratmaktadır. Bu sürecin sağlıklı yürütülebilmesi için, bakım verenlerin desteklenmesi ve bu kişilere yönelik psikososyal müdahalelerin planlanması büyük önem taşımaktadır

Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler

Aile içinde bir bireye bakım vermek, hem fiziksel hem de duygusal açıdan büyük bir sorumluluk gerektirir. Bu süreç; iş, ev yaşantısı ve sosyal çevreyle ilgili sorunlarla birleştiğinde, bakım veren kişinin ciddi bir yük hissetmesine neden olabilir. “Bakım veren yükü” kavramı, bakım süreci boyunca bireyin yaşadığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlanmaları tanımlamak için kullanılır. Ancak bu yükün algılanma biçimi hem araştırmacılara hem de bakım veren bireylere göre farklılık gösterebilir. Özellikle bakım veren kişilerle yapılan görüşmelerde "yük" ifadesi, kimi zaman bakım sürecini reddetmek olarak algılanmakta, bu da suçluluk, çaresizlik, öfke ve sosyal izolasyon gibi olumsuz duyguları tetikleyebilmektedir (Atagün ve ark., 2011).

Bakım yükünü etkileyen unsurlar genel olarak iki ana başlık altında toplanabilir: Bakım verene ait faktörler ve hastaya ait faktörler.

1.Bakım Verene Ait Faktörler: Bakım veren bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim düzeyi, gelir durumu ve bakım verilen kişiyle olan yakınlık ilişkisi yükü doğrudan etkileyen unsurlardır. Ayrıca bireyin toplumsal rolleri, beklentileri, stresle başa çıkma yetisi, sahip olduğu sosyal destek ağı, inanç yapısı ve kültürel değerleri de yükü şekillendiren diğer önemli etkenlerdir (Atagün ve ark., 2011).

Kadın olmak ve düşük eğitim seviyesine sahip olmak, bireyin kendini çaresiz ve boyun eğici bir rolde hissetmesine neden olabilir (Yıldırım ve ark., 2017). Bu faktörler üç ana başlık altında ele alınabilir:

a)Fiziksel Problemler:

Bakım süreci bireyin fiziksel sağlığını olumsuz etkileyebilir. Hazımsızlık, iştah değişiklikleri, düzensiz beslenme, baş ağrısı, kronik yorgunluk, kas ağrıları ve uyku düzensizlikleri sık görülen fiziksel belirtilerdendir. Bu durumlar, bireyin kendi öz bakımını ihmal etmesine ve sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına yol açabilir.

b)Psikolojik Etmenler:

Kültürel olarak bakım verme davranışı genellikle olumlu bir sorumluluk olarak görülse de uzun vadeli bakım süreçleri psikolojik baskı yaratabilir. Özellikle sosyal destekten yoksun olan, kendine zaman ayıramayan veya başka sorumluluklar altında olan bireylerde depresyon ve anksiyete riski artmaktadır. Bu durumlar, sadece bakım verenin ruhsal sağlığını değil, aynı zamanda bakımın kalitesini de olumsuz etkiler (Arkın, 2017).

c)Sosyal ve Ekonomik Güçlükler:

Aile yapısı gereği, bakım verilen bireyin varlığı sadece bakım vereni değil, tüm aile bireylerini etkiler. Özellikle tedavi masrafları, özel eğitim ihtiyaçları, ulaşım ve beslenme gibi temel gereksinimler aile bütçesinde ciddi zorlanmalara yol açabilir. Ayrıca aile üyelerinin sosyokültürel etkinliklere ayırdığı zamanın azalması,

sosyal ilişkilerde zayıflama, yalnızlık hissi ve sosyal izolasyona neden olabilir (Danış, 2006; Sivrikaya & Tekinarslan, 2013).

2.Hastaya Ait Faktörler: Bakım verilen bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali ve rol beklentileri bakım yükünü belirlemede önemli rol oynar. Özellikle bireyin bilişsel ve fiziksel yetersizlikleri, davranışsal sorunları ya da hastalığının karmaşıklığı, bakım sürecini daha zorlu hale getirebilir. Ayrıca hastanın aile içindeki konumu, aile üyeleriyle ilişkileri ve hastalığın getirdiği maliyet gibi etkenler de bu yükü artırabilir (Yıldırım ve ark., 2017).

Bakım Yükünü Şekillendiren Diğer Etkenler

Bakım veren bireyin yük düzeyi, sadece yukarıdaki faktörlerle değil, aynı zamanda şu koşullarla da ilişkilidir:

- Bakım verme konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması,
- Kişilik yapısı ve duygusal dayanıklılığı,
- Bakım vermeye başlamadan önce hasta ile olan ilişkisinin niteliği,
- Aynı anda başka sorumluluklar üstlenmesi,
- Bakım sürecinin çok yönlü (fiziksel, maddi, duygusal) olması,
- Hastanın bakım verenin kararlarını etkileyici davranışları,
- Bakım verenin kendi sağlık sorunlarının bulunması,
- Karar alma süreçlerinde bakım verenin görüşlerinin dikkate alınmaması,
- Sürekli aynı evi paylaşmak zorunda kalma,

- Hastanın aşırı ilgi beklemesi veya çevresinden soyutlanmış olması,
- Bilişsel ya da davranışsal sorunları bulunan hastaya bakım verme zorunluluğu,
- Bakım verilen kişinin ilgisiz ve duyarsız davranması (Kuzu, 2018).

Sonuç olarak; bakım veren yükü, bireylerin sadece fizyolojik sağlığını değil, aynı zamanda sosyal yaşamlarını ve ruhsal dengelerini de etkileyen çok yönlü bir durumdur. Bu nedenle bakım sürecinin sağlıklı ilerleyebilmesi için hem bakım verene hem de bakım alana yönelik destekleyici müdahalelerin planlanması ve uygulanması büyük önem taşır.

Bakım Yükünün Azaltılmasında Hemşirenin Rolü

Evde bakım sürecinde bakım veren bireylerin yaşadığı fiziksel, duygusal ve sosyal yükün azaltılmasında hemşirelerin üstlendiği rol oldukça önemlidir. Hemşireler yalnızca bakım hizmetinin uygulanmasında değil, aynı zamanda bakım verenin güçlendirilmesinde de aktif bir görev üstlenmektedir.

1)Ev Ziyaretleri ve Bilgilendirme: Hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretleri, bakım verene yönelik rehberlik ve bilgilendirme açısından büyük önem taşır. Bu ziyaretler sırasında bakım sürecine ilişkin doğru bilgi aktarımı, bakım verenin bilinç düzeyini artırarak stres ve belirsizlik kaynaklı yükün azalmasına katkı sağlar. Aynı zamanda, bakımın uygulanmasında karşılaşılan sorunlara yönelik anında çözüm önerileri sunulması, bakım sürecinin daha sağlıklı yürütülmesine destek olur (Cingil & Gözüm, 2016).

2)Eğitim ve Psikososyal Destek: Hemşirelerin verdiği bireysel ya da grup temelli eğitimler, bakım verenlerin bakım

becerilerini geliştirmelerini sağlar. Ayrıca, psikolojik danışmanlık, duygusal destek ve bakım sürecine kısa süreli ara verilmesini sağlayacak geçici bakım hizmetleri gibi müdahaleler, bakım verenin tükenmişlik yaşamasının önüne geçer. Bu destek mekanizmaları, hem bakım verenin kendine zaman ayırmasını sağlar hem de yaşam kalitesini artırır.

3)Sağlıklı Yaşam Alışkanlıklarının Geliştirilmesi:

Hemşireler, bakım veren bireylere sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırmak amacıyla fiziksel aktivite, beslenme, uyku düzeni gibi konularda rehberlik edebilir. Bu tür alışkanlıkların kazandırılması, hem bakım vericinin kendi sağlığını korumasına hem de bakım sürecini daha etkin yönetmesine katkıda bulunur.

4)Yaşlı Bireylerin Bakımı ve İlaç Yönetimi: Özellikle yaşlı bireylerin bakımında hemşirelerin rolü çok yönlüdür. Kronik hastalıkların yönetimi, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin izlenmesi, ilaçların düzenli ve doğru kullanımı, hemşirelik hizmetlerinin temel alanlarından biridir (Fadıloğlu & Aksu, 2013). Bu alanlarda sağlanan profesyonel destek, hem bakım alan kişinin sağlığını hem de bakım verenin iş yükünü doğrudan etkiler.

5)Sosyal ve Teknolojik Destek Sistemlerine Yönlendirme:

Hemşireler, bakım veren kişilere sosyal destek sistemlerinden nasıl yararlanabilecekleri konusunda bilgi verebilir. Ayrıca, dijital sağlık uygulamaları, uzaktan danışmanlık hizmetleri ve teknolojik destek araçları konusunda yönlendirme yaparak bakım sürecini daha pratik ve erişilebilir hale getirebilirler.

Sonuç olarak, hemşireler, sadece sağlık hizmeti sunan kişiler olmanın ötesinde, bakım verenin yaşam kalitesini yükselten ve bakım yükünü hafıfleten çok yönlü profesyonellerdir. Eğitim, destek ve danışmanlık hizmetleri ile hem bakım vereni hem de bakım alanı

güçlendiren bu rol, evde bakım hizmetlerinin başarısında kritik öneme sahiptir.

Kaynakça

Aksüllü, N. & Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.

Altuntaş, M. Yılmaz, T. T. Güçlü, Y. A. & Öngel, K. (2010). Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 20(3), 153-158.

Arkın, S. (2017). *Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi* (Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi), İzmir.

Aşiret, G. D. & Kapucu, S. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 73-80.

Atagün, M. İ. Balaban, Ö. D. Atagün, Z. Elagöz, M. & Yılmaz-Özpolat, A. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.

Balaban, B. B. (2021, Ağustos). *Evde Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü ve Bunun Etkileyen Faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli.

Bar-David, G. (1999). Three Phase Development of Caring Capacity in the Primary Caregivers for Relatives with Alzheimer's Disease. *J Aging Stud*, 13(2), 177-198.

Cheng, Y. C. (2005). Caregiver Burnout: A Critical Review of the Literature. *Faculty of the California School of Professional Psychology at Alliant International University Degree Doctor of Psychology*. San Diego.

Chumbler, N. R. (2003). Gender, Kinship and Caregiver Burden: The Case of Community Dwelling Memory Impaired Seniors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 722-732.

Cimete, G. (1998). Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakımda Hemşirenin Yeri. *1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı* (s. 24-26). içinde İstanbul: Marmara Üniversitesi.

Cingil, D. G. (2016). Hastasına Evde Bakım Veren Aile Bakım Vericilerinin Güçlendirilmesi: Sistematik Derleme. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(3), 60-72.

Çavuş, F. Ö. (2013). *Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

Danış, M. Z. (2006). Toplum Temelli Bakım Anlayışı. *Özveri Dergisi*, 3, 44-47.

Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 74-82.

Erdem, M. (2005). Yaşlıya Bakım Verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(8), 101-106.

Fadıloğlu, Ç. & Aksu, T. (2013). Solunum Sistemi Hastalığı Olan Bireylerin Evde Bakım Gereksinimi ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(29), 1-12.

Fauziana, R. Sambasivam, R. Vaingankar, J. A. Abdin, E. Ong, H. L. Tan, M. E. Chong, S. A. Subramaniam, M. (2018). Positive Caregiving Characteristics as a Mediator of Caregiving Burden and Satisfaction With Life in Caregivers of Older Adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 6(31), 329-335.

Işıl, Ö. & Onan, N. (2016). Yaşlı ve Demanslı Bireye Bskım Verenlerde Bakım Yüğü ve Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 1(2), 74-80.

İlerisoy, M. (2012, Eylül). *Aile Sistemleri Kuramı Çerçevesinde İnfertilite Tedavisi Gören Ailelerde Aile Yaşam Döngüsünün Nitel Yöntemlerle Araştırılması* (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı, İstanbul.

Karadağ, M. (2006). *Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara.

Karahan, A. & Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4), 155-159.

Koçak, G. (2011). *İnmeli Hastalarda Bakım Vericini Yüğü* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Konak, Ş. (2017). *Sosyal, Ruhsal ve Medikal Yönleriyle Evde Bakım*. Ankara: Kongre Kitabevi.

Kuzu, F. (2018). *Yaşlı Bireylerin Bakım Vericilerine Yapılan Ev Ziyaretlerinin Depresyon, Stresle Başetme, Yaşam Kalitesi ve Bakım Yüğüne Etkisi* (Doktora Tezi). Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas.

Montgomery, R. J. Gonyea, J. G. & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burde. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 34(1), 19-26.

Onat, Ü. (2004). *Yaşlanma ve Sosyal Hizmet. Yaşlılık Gerçeği*. (H. Ü. Merkezi, Dü.) Ankara: H. Ü. Hastaneleri Basımevi.

Orak, O. S. & Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 33-39.

Özcan, E. B. (2019). *Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Ailelerin Bakım Yüküne Olan Etkisinin Değerlendirilmesi* (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Özlü, A. Yıldız, M. & Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(1), 38-42.

Özyeşil, Z. Oluk, A. & Çakmak, D. (2014). Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk-Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 39-44.

Pristavec, T. (2019). The Burden and Benefits of Caregiving: A Latent Class Analysis. *The Gerontologist*, 6(59), 1078-1091.

Robison, J. Fortinsky, R. Kleppinger, A. Shugrue, N. & Porter, M. (2009). A Broader View of Family Caregiving: Effects of Caregiver Conditions on Depressive Symptoms, Health, Work and Social Isolation. *The Journals of Gerontology*, 6(64B), 788-798.

Sivrikaya, T. & Çiftçi-Tekinarslan, İ. (2013). Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Annelerde Stres, Sosyal Destek ve Aile Yüğü. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2(14), 17-31.

Sobel, D. (2000). *Galileo'nun Kızı (bilim, inanç ve sevgi üstüne tarihsel bir inceleme)*. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları.

Tariot, P. N. (2003). Medical Management of Advanced Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 5s2(51), 305-313.

T. C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Evde Bakım Hizmetleri konulu 58454586 sayılı resmi yazı*. Ankara. www.saglik.gov.tr:https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9868,2017-05-05-2-1pdf.pdf adresinden alındı

T. C. Sağlık Bakanlığı. (2005, Mart 10). Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, 25751.

Türk Tabipler Birliği. (2016, Nisan). Evde Bakım Hizmetlerimizle İlgili Sağlık Emek ve Meslek Örgütlerinin Görüş ve Yaklaşımları. *Türk Tabipler Birliği Yayınları*. Ankara: Türk Tabipler Birliği.

Türkiye Aile Hekimliği Vakfı. (2015). *Aile Hekimliğinde Evde Bakım*. (İ. Ünlüoğlu, & E. Saatçi, Dü) İstanbul: Akademi Yayınevi.

Yıldırım, S. Yalçın, N. & Güler, C. (2017). Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakımveren Yükü: Sistemik Derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(3), 165-171.

Yacı, Ö. (2011). *Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması* (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Zarit, S. H. (2004). Family Care and Burden at the End of Life. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1811-1812.

BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI

SEDA NUR GÜLBAHÇE⁹
NEZİHE BULUT UĞURLU¹⁰

Beslenme, bireyin sağlığının korunması, yaşam kalitesinin artırılması ve yaşamın sürdürülebilmesi için temel bir gereksinimdir. Sağlıklı beslenme yalnızca alınan besin öğeleriyle değil, bireyin beslenmeye ilişkin tutum ve davranışlarıyla da doğrudan ilişkilidir. Bu tutum ve davranışlar; yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, kültürel yapı, psikolojik durum ve yaşam tarzı gibi birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Bireyin yaşamının farklı dönemlerinde, özellikle büyüme-gelişme çağında, ergenlikte, yetişkinlikte veya hastalık dönemlerinde beslenme alışkanlıklarında belirgin değişiklikler görülebilir.

Sağlıksız beslenme davranışları zamanla çeşitli fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açabileceği gibi, yeme bozukluklarına da zemin hazırlayabilir. Bu nedenle, bireylerin beslenme durumunun

⁹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, Muğla, E-posta: sedanurgulbahce@posta.mu.edu.tr ORCID: 0009-0007-4287-9470

¹⁰ Prof. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, E-posta: nugurlu@mu.edu.tr ORCID: 0000-0003-2860-1169

izlenmesi, yeme bozukluklarının erken dönemde saptanması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve gerekli önleyici ya da iyileştirici müdahalelerin yapılması hem fiziksel sağlığın korunması hem de ruhsal iyilik halinin sürdürülebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda, topluma yönelik beslenme eğitimi, psikososyal destek programları ve multidisipliner yaklaşımlar, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesinde ve yeme davranış bozukluklarının önlenmesinde önemlidir.

Yeme bozuklukları; bireyin beden algısı, vücut ağırlığı ve fiziksel görünümüne yönelik olumsuz düşüncelerine bağlı olarak gelişen, yeme davranışlarında kalıcı bozulmalar ve buna eşlik eden duygusal sıkıntılarla karakterize psikopatolojik durumlardır. Literatürde tanımlanan ilk yeme bozukluğu anoreksiya nervozadır. Bu bozukluk ilk kez 1689'da Richard Morton tarafından "deriyle kaplanmış bir iskelet" olarak betimlenmiş, 1874'te ise Sir William Gull tarafından "anoreksiya nervoza" olarak adlandırılmıştır.

Yeme bozuklukları (YB), yaygın, küresel ölçekte görülen ve her yaş ile cinsiyet grubunu etkileyen ciddi ruh sağlığı sorunlarıdır. Aynı zamanda önemli düzeyde mali ve sağlık yüküyle ilişkilidirler. Qian ve ark. (2022) yaptığı sistematik derlemede, yeme bozukluklarının birleştirilmiş yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı sırasıyla %0,91 (95% GA: 0,48–1,71) ve %0,43 (95% GA: 0,18–0,78) olarak bulunmuştur. Tüm yeme bozukluğu türlerini kapsayan alt grup analizlerinde ise herhangi bir yeme bozukluğunun yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı sırasıyla %1,69 ve %0,72 olarak saptanmıştır. Alt türler açısından değerlendirildiğinde; anoreksiya nervoza (AN) için yaşam boyu yaygınlık %0,16 (95% GA: 0,06–0,31), bulimiya nervoza (BN) için %0,63 (95% GA: 0,33–1,02) ve tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) için %1,53 (95% GA: 1,00–2,17) olarak bildirilmiştir. Batı ülkelerinde YB'lerinin yaşam boyu yaygınlığı %1,89 iken, kadınlar arasında bu oran %2,58'e kadar çıkmaktadır.

Bu bölümde beslenme ve yeme bozukluklarının sınıflandırılması, epidemiyolojisi, etiyolojisi, tanı ve tedavi sürecinden bahsedilecek ve yeme bozukluğu olan bireylere yönelik profesyonel yaklaşıma değinilecektir.

Beslenme ve Yeme Bozukluklarında Sınıflandırma

Yeme bozuklukları (YB), yetersiz ya da aşırı besin alımı gibi anormal yeme davranışlarının yanı sıra beden ağırlığı ve şekline ilişkin çarpıtılmış algılarla karakterize edilen psikiyatrik bozukluklardır. Tedavi edilmedikleri takdirde, ciddi biyopsikososyal sorunlara yol açabilmekte; aynı zamanda önemli düzeyde sağlık riskleri ve ekonomik maliyetlerle ilişkilendirilmektedir. Nitekim, yeme bozuklukları tüm ruhsal hastalıklar arasında en yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip bozukluklar arasında yer almaktadır (Bulut, 2019). Yeme bozukluklarının temel ve ortak özellikleri incelendiğinde; bireyin yeme alışkanlıklarında, kilo kontrolünde ve beden algısında belirgin bozulmaların bulunduğu, ayrıca kiloya veya beden şekline ilişkin aşırı değer atfetme davranışlarının ön planda olduğu görülmektedir.

Yeme bozuklukları, ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (*American Psychiatric Association-APA*) tanı ve sınıflandırma kılavuzu olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-DSM-III'te (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM*) "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" başlığı altında tanı kriterleriyle birlikte yer almıştır. DSM-III'te yeme bozuklukları, bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan bozukluklar kategorisi altında sınıflandırılmış; anoreksiya nervoza yalnızca 30 yaş altındaki bireyler için tanılanabilmiştir. DSM-IV'te yeme bozuklukları üç ana kategori altında sınıflandırılmıştır; anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (APA, 2000). Bu sürümde adet gören kadınlar için anoreksiya nervoza tanısı koymada amenore (adet görmeme) kriteri

zorunlu tutulmuştur. Bu durum, menopozda ya da menopoz sonrasında olan kadınlarda tanının gözden kaçmasına neden olmuştur (Mulchandani ve ark., 2021). Bu sınıflandırma kapsamında, tıkinircasına yeme bozukluğu, ayrı bir tanı olarak değil, "başka türlü adlandırılamayan yeme bozuklukları" grubunun bir parçası olarak ele alınmıştır. Ayrıca, bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar kategorisinde pika, ruminasyon bozukluğu ve çocukluk dönemine özgü beslenme bozukluklarına da yer verilmiştir (Yücel et al., 2013, s. 10). DSM-V ile yapılan güncellemeler sonucunda, yeme bozuklukları sekiz alt başlık altında yeniden düzenlenmiştir. Bu alt gruplar şunlardır: anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkinircasına yeme bozukluğu, pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alımı bozukluğu, başka türlü adlandırılmış beslenme ve yeme bozuklukları ile tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları (Mulchandani ve ark., 2021).

Epidemiyoloji

Yeme bozukluklarının sıklık ve yaygınlık oranları yeme bozukluğunun türüne, kültürel ve toplumsal özelliklere, yaş ve cinsiyet gruplarına göre değişiklik göstermektedir. Son yıllarda yeme bozuklukların giderek daha genç yaş gruplarında görülmeye başlaması hem prevalans hem de mortalite oranlarının yıllar içinde artış göstermesi, konunun önemini artırmıştır (Çaka et al., 2017; Treasure, 2020). Ayrıca yeme bozukluklarının çoğu zaman depresyon, anksiyete bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte seyretmesi, prevalansın net bir biçimde belirlenmesini güçleştirmektedir (Treasure, 2020).

Bu bozukluklar en sık ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde başlamakla birlikte, zamanla kronikleşerek yetişkinlik sürecine de taşınabilir ya da yaşlılıkta nüks edebilir veya geç başlangıçlı yeme bozukluğu aniden ortaya çıkabilir. Toplum temelli

çalışmalarda yeme bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranının kadınlarda, erkeklere kıyasla 3 ila 8 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yeme bozukluklarının, özellikle ince beden imajının idealize edildiği toplumlarda daha yüksek oranda görüldüğu bildirilmektedir (Mandelli et al., 2020).

Qian ve ark. (2022) yaptığı sistematik derlemede, yeme bozukluklarının birleştirilmiş yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı sırasıyla %0,91 (95% GA: 0,48–1,71) ve %0,43 (95% GA: 0,18–0,78) olarak bulunmuştur. Tüm yeme bozukluğu türlerini kapsayan alt grup analizlerinde ise herhangi bir YB’nun yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı sırasıyla %1,69 ve %0,72 olarak saptanmıştır. Alt türler ačíısından değerlendirildiğinde; anoreksiya nervoza (AN) için yaşam boyu yaygınlık %0,16 (95% GA: 0,06–0,31), bulimiya nervoza (BN) için %0,63 (95% GA: 0,33–1,02) ve tıknırcasına yeme bozukluğu (BED) için %1,53 (95% GA: 1,00–2,17) olarak bildirilmiştir. Batı ölkelerinde ED’lerin yaşam boyu yaygınlığı %1,89 iken, kadınlarda arasında bu oran %2,58'e kadar çıkmaktadır. Bununla birlikte, DSM-5 tanı kriterlerini esas alan yaygınlık çalışmaları oldukça sınırlıdır (Qian et al., 2022).

Hay ve ark. (2023) yaptığı sistematik derleme ve meta analiz çalışmasına göre; herhangi bir yeme bozukluğunun küresel yaşam boyu prevalansı erkeklerde %0,74 ile %2,2 arasında, kadınlarda ise %2,58 ile %8,4 arasında değiştiğini ve yeme bozukluklarının gençlerde ve ergenlerde, özellikle kadınlarda daha yaygın görüldüğünü bulunmuştur (Hay et al., 2023).

Etiyoloji

Yeme bozukluklarının gelişiminde bilinen net bir etiyolojik faktör olmamakla birlikte genetik, biyolojik, sosyoköltürel ve psikolojik faktörler birlikte rol oynamaktadır (Sharan & Sundar, 2015). Ayrıca kilo alımı üzerine yapılan yorumlar, toplumsal damgalamalar ve yaygın diyet költürlü gibi unsurlar, yeme

bozukluklarının gelişiminde spesifik risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Treasure, 2020).

Yeme bozukluklarının etiyolojisinde en çok vurgulanan alanlardan biri genetik yatkınlıktır. Bu bozukluklara sahip bireylerin birinci derece akrabalarında benzer semptomlara daha sık rastlanması, kalıtsal geçişin rolünü desteklemektedir. Özellikle ikiz çalışmaları, genetik duyarlılığın etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Tek yumurta ikizlerinde yeme bozukluğu görülme oranı, çift yumurta ikizlerine göre yaklaşık üç kat daha yüksek bulunmuştur (Kaye et al., 2004; Sharan & Sundar, 2015). Genetik yatkınlığın yanı sıra, ebeveynlerin yeme ve beslenme tutumlarının da hastalığın gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sosyokültürel faktörler de yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. 20. yüzyıldan itibaren yapılan araştırmalar, kadın bedenine ilişkin "zayıflık" idealinin ön plana çıktığını ve bu durumun beden algısında bozulmalara yol açarak yeme bozukluklarının gelişimine katkıda bulunduğunu göstermiştir (Yılmaz, 2019). Medyanın artan etkisiyle birlikte topluma dayatılan güzellik standartları giderek daha ulaşılmaz hale gelmiş; bu da bireylerde beden memnuniyetsizliğini tetikleyen önemli bir etken haline gelmiştir (Morry & Staska, 2001).

Yeme bozukluklarının psikososyal boyutları incelendiğinde, özellikle aile yapısının belirleyici bir unsur olduğu görülmektedir. Diğer birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, bireyin erken dönemde kurduğu ebeveyn ilişkileri, yaşamının ilerleyen dönemlerindeki kişilerarası ilişkileri ve benlik gelişimini doğrudan etkileyebilmektedir (Garner & Garfinkel, 1997). Araştırmalar, güvensiz bağlanma stiline sahip kadınlarda yeme bozukluklarının daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu bireylerde katı kurallar, duygusal mesafe, sınır sorunları ve karmaşık aile yapılarının yaygın olduğu belirtilmektedir (Troisi et al., 2005).

Bireysel faktörler de yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle mükemmeliyetçilik gibi kişilik özelliklerinin yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Holland et al., 2013). Düşük benlik algısı, depresif belirtiler ve duygularla başa çıkma güçlüğü de risk faktörleri arasında yer almaktadır (Allen et al., 2013; Sonnevile et al., 2015). Bireyler, olumsuz duygularını düzenleyemediklerinde, baş etme stratejisi olarak aşırı yeme davranışlarına yönelebilmektedirler (Yıldız, 2018). Ayrıca, erken çocukluk döneminde istismara veya travmatik yaşantılara maruz kalan bireylerde ergenlik ve yetişkinlik döneminde yeme bozukluklarına yatkınlığın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Johnson et al., 2002). Yeme bozukluklarının etiyolojisinde yer alan risk faktörleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

(Demirer B, Yardımcı H. Güncel DSM-5 kılavuzuna göre yeme bozukluklarının incelenmesi. In: Sağlık biliminde multidisipliner araştırmalar (Ed A Dinç):275-300. Efe Akademi Yayınevi, 2020.)

Tablo 1. Yeme bozukluklarının risk faktörleri

Bireysel Faktörleri	Risk	Ailesel Faktörleri	Risk	Sosyo-Kültürel Risk Faktörleri
Biyolojik Erken maturasyon Şişmanlık		Ebeveynler Şişmanlık Aşırı koruyuculuk Dışlanma Kayıp ya da yokluk Fiziksel ya da cinsel istismar		Çevresel Ağırlık kaygısı Alay konusu olma Grup içinde zayıf olma idealistliği Spor takımında olmak için ideal ağırlığa ulaşma çabası
Kişilik Düşük benlik algısı Tepkisizlik Mükemmeliyetçilik Olaylarla baş etmede yetersizlik Beden memnuniyetsizliği		Ailesel Yapı Aile içi çatışma Beden şekli üzerinde kaygı Yeme bozukluğu olan kişilerle akrabalık		Toplumsal Cinsiyet rolü çatışması Medya baskısı Başarı için fiziksel görünümün önemi Baskın kültürün güzellik zayıflık ideali
Davranışsal Diyetsel kısıtlama Flörte başlama Ağırlık kaygısı				

Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervosa, tarihsel olarak ilk kez 1689 yılında Richard Morton tarafından sistematik bir şekilde tanımlanmıştır. Morton, bu durumu; iştah kaybı, bilinçli gıda alımından kaçınma, ciddi kilo kaybı ve regl döngüsünün durması gibi semptomlarla ilişkilendirmiştir. Ayrıca hastalığın sinir sistemi kaynaklı olabileceğini ileri sürmüştür (Pearce, 2004). Ancak anoreksiya

nervozanın günümüzde bilinen klinik tanımı, 19. yüzyılın sonlarına doğru Sir William Gull ve Charles Laségue'in katkılarıyla şekillenmiştir. Bu araştırmacılar, hastalığın yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve davranışsal boyutlarına da odaklanarak modern tıbbî anlayışın temelini atmışlardır (Pearce, 2004).

Terimsel olarak "anoreksiya", Latince kökenli olup "iştah kaybı" anlamına gelmektedir. Ancak anoreksiya nervoza, yalnızca iştahsızlık durumunu değil, kişinin bilinçli olarak aç kalma davranışını da içerdiği için, bu adlandırma zaman zaman yanıltıcı olabilmektedir. Bugünkü tanımıyla anoreksiya nervoza, bireyin beden algısındaki bozulmaya bağlı olarak yoğun kilo alma korkusu yaşaması ve buna karşılık yeme davranışını ciddi ölçüde kısıtlaması ile karakterize edilen psikiyatrik bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir.

DSM-5'e göre anoreksiya nervoza, bireyin beden ağırlığı, şekli ve kontrolü ile ilgili yoğun kaygılar nedeniyle enerji alımını ciddi şekilde kısıtladığı, psikolojik ve fiziksel belirtilerle seyreden bir yeme bozukluğudur. Bu bozukluk, aşağıdaki üç temel tanı kriterine dayanarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association):

- 1. Enerji alımının kısıtlanması:** Kişi, yaşına, cinsiyetine, gelişim düzeyine ve fiziksel sağlığına göre anlamlı derecede düşük vücut ağırlığına sahip olacak şekilde enerji alımını sınırlar.
- 2. Kilo alma korkusu:** Birey, düşük kiloya sahip olmasına rağmen kilo almaktan ya da şişmanlamaktan yoğun bir korku duyar. Bu korku, sürekli kilo verme çabaları ve kilo artışına karşı gösterilen dirençle kendini gösterir.
- 3. Vücut algısında bozulma:** Kişi, beden ağırlığını ya da şeklini algılamada belirgin bir çarpıklık yaşar; özsaygısını büyük ölçüde beden algısına dayandırır ya da düşük kilo durumunu inkâr edebilir. Özellikle karın, kalça ve uyluk

bölgelerine yönelik yoğun kaygılar yaygındır. Bu bireyler sıklıkla tartılma, ayna karşısında vücut kontrolü yapma ve beden ölçme davranışlarında bulunurlar (World Health Organization [WHO], 1998).

Yemekle ilgili takıntılı düşünceler, yiyecekleri küçük parçalara bölerek yeme, uzun süre çiğneme gibi alışılmadık yeme davranışları geliştirme şeklinde kendini gösterebilir. Ayrıca birey, yemekli ortamlardan kaçınarak sosyal ilişkilerinde geri çekilme eğilimi gösterebilir (Hay & Mitchison, 2015). Bu belirtiler, bireyin işlevselliğini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkileyebilir. Anoreksiya nervoza, hem fiziksel sağlık hem de psikiyatrik iyilik hâli açısından ciddi sonuçlar doğurabilir.

DSM-5'e göre AN'nın kısıtlayıcı ve tıknırcasına yeme/çıkarma olmak üzere iki alt tipi bulunmaktadır.

5. Kısıtlayıcı Tip:

Kısıtlayıcı tip anoreksiya nervoza, bireyin kilo kaybını esas olarak **katı diyet uygulamaları, uzun süreli aç kalma** ya da **yoğun fiziksel egzersiz** yoluyla sağladığı durumu tanımlar. Bu alt tipte birey, son üç ay içerisinde tekrar eden tıknırcasına yeme ya da çıkarma (kusma veya laksatif kullanımı gibi) davranışları sergilemez. Kilo kontrolü amacıyla yeme davranışını sistematik biçimde kısıtlaması bu klinik tabloyu karakterize eder (American Psychiatric Association ,2013).

Bu alt tipte yer alan bireyler, günlük yaşamlarında düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da yeme sonrası çıkarma (kusma, laksatif ya da diüretik kullanımı) gibi davranışlarla uğraşmazlar. Kilo kaybı, daha çok kısıtlı kalori alımı, uzun süreli açlık dönemleri ya da aşırı egzersiz ile sağlanmaktadır. Bu nedenle tıknırcasına yeme ya da çıkarma davranışları, bu klinik tabloya özgü bir belirti değildir.

5. Tıkanırcasına Yiyen/Çıkartan Tip:

Bu alt tipte yer alan bireyler, düzenli olarak **tıkanırcasına yeme, çıkarma** ya da her iki davranışı birlikte sergilemektedir. Tıkanırcasına yeme, kişinin kısa sürede normalden belirgin şekilde fazla miktarda yiyecek tüketmesi ve bu sırada yeme davranışı üzerindeki kontrolünü kaybetmesiyle tanımlanır. Bu epizodların ardından birey, **kilo alımını engellemek amacıyla** kendi isteğiyle **kusma** veya **laksatif, diüretik ya da lavman** gibi maddeleri **uygunsuz şekilde kullanarak** telafi edici davranışlarda bulunabilir.

Tıkanırcasına yeme/çıkarma tipindeki bireylerin çoğunun bu davranışlarla **haftada en az bir kez** uğraştığı gözlemlenmektedir (American Psychiatric Association).

Tıkanırcasına yeme/çıkarma davranışlarına kronik olarak başvuran bireylerde **dehidrasyona bağlı baş dönmesi, bayılma, kırılğan saç ve tırnak yapısı, soğuğa karşı hassasiyet, kas gücünde azalma, kusma kaynaklı mide yanması ve reflü, yemek sonrasında şiddetli kabızlık, şişkinlik ve dolgunluk hissi** gibi sindirim sistemi rahatsızlıkları, ileri düzey vakalarda, kalp ritminde yavaşlama (bradikardi), düşük tansiyon (hipotansiyon) gibi tıbbi komplikasyonlar gelişebilir (Westmoreland, Krantz, & Mehler, 2016).

Ayrıca, **kompulsif egzersiz** davranışı sonucunda **stres kırıkları** meydana gelebilir; **kemik mineral yoğunluğundaki düşüş**, uzun vadede **osteopeni** ya da **osteoporoz** gibi ciddi kemik sağlığı sorunlarına yol açabilir. Bu tabloya sıklıkla eşlik eden psikiyatrik belirtiler arasında **depresyon, anksiyete, irritabilite (sinirlilik), dikkat ve konsantrasyon güçlükleri** ile birlikte **kronik yorgunluk** yer almaktadır. Kadın bireylerde bu durum, **menstrüel döngünün düzensizleşmesine** veya tamamen kesilmesine (amenore) neden olabilir (Okumuş, 2021).

Anoreksiya nervozanın ciddiyeti genellikle **vücut kitle indeksi (VKİ)** üzerinden değerlendirilmekte olup DSM-5'e göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır :

- **Hafif düzey:** $VKİ \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- **Orta düzey:** $VKİ = 16.0-16.99 \text{ kg/m}^2$
- **Ağır düzey:** $VKİ = 15.0-15.99 \text{ kg/m}^2$
- **Aşırı düzey:** $VKİ < 15 \text{ kg/m}^2$

Anoreksiya nervoza, özellikle çıkarma davranışlarının eşlik ettiği alt tiplerde son derece yüksek **mortalite (ölüm) oranı** ile dikkat çekmektedir. Ölüm, genellikle **açlığa bağlı gelişen tıbbi komplikasyonlar** ya da **intihar** sonucunda meydana gelmektedir. Nitekim, intihar anoreksiya nervoza tanısı alan bireyler arasında **en çok görülen yaşam sonlanma nedenlerindendir**. (Himmerich et al., 2018). Özellikle sürekli kusma veya laksatif kullanımı, **kalp ritmi düzensizlikleri, böbrek işlev bozuklukları ve nöbetlere** neden olabilmektedir (Yücel, 2013).

AN'nin yaşam süresince yaygınlığı kadınlarda yaklaşık **%1 ile %4** arasında değişmektedir (Himmerich et al., 2018). **En sık başlangıç yaşı 14 ila 17 yaşları arasındadır**. Yaş ilerledikçe yeni vakaların görülme olasılığı azalmakla birlikte, bazı bireylerde anoreksiya nervozanın **40 yaş ve sonrasında** da başlayabildiği bildirilmiştir (Okumuş, 2021). Genç kadınlar arasında yapılan çalışmalarda, **12 aylık süre zarfında anoreksiya nervoza prevalansı yaklaşık %0.4** olarak saptanmıştır. Anoreksiya nervoza erkeklerde de görülebilmekle birlikte, kadınlara kıyasla daha düşük oranlarda rastlanır. Klinik örneklemelerde **kadın-erkek oranı yaklaşık 10:1** düzeyindedir. Ancak erkeklerdeki yaygınlığa ilişkin veriler hâlen sınırlıdır. Ayrıca, genetik yatkınlık da hastalığın gelişiminde etkili bir faktördür. **Tek yumurta ikizlerinde** anoreksiya nervoza gelişme oranı, **çift yumurta ikizlerine** kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu, biyolojik/genetik etmenlerin hastalığın oluşumundaki rolünü desteklemektedir.

Anoreksiya nervozanın gelişiminde **genetik yatkınlık, mizaç özellikleri, çevresel stresörler, psikolojik yapı ve sosyokültürel baskılar** öne çıkmaktadır (American Psychiatric Association . Aile ve ikiz çalışmaları, hastalığın **birinci derece akrabalarda daha yaygın** olduğunu ve **kalıtım oranlarının %28 ile %74** arasında değiştiğini göstermektedir (Okumuş, 2021). Tek yumurta ikizlerinde anoreksiya nervoza görülme sıklığının, çift yumurta ikizlerine kıyasla daha yüksek olması, genetik etkenlerin belirleyici rolüne işaret etmektedir. Anksiyete, obsesyonel kişilik özellikleri ve **çocukluk dönemine ait psikolojik yapılar**, ilerleyen yaşlarda anoreksiya nervoza gelişim riskini artırmaktadır. Özellikle **katı mizaç özelliklerine** sahip bireylerde, mükemmeliyetçilik, kendine yönelik eleştirel tutumlar ve düşük benlik saygısı anorektik davranışları besleyici faktörlerdendir. Sosyokültürel kuramlar, anoreksiya nervozanın gelişiminde **zayıf bedenin idealize edilmesini** temel bir risk faktörü olarak ele alır. Medyada, sosyal çevrede ve aile ortamında öne çıkan zayıflık temsilleri, özellikle ergenlik çağındaki bireyler üzerinde yoğun baskı oluşturabilir. Bu durum, **vücut algısında bozulmalar** ve kilo alma korkusunu tetikleyerek yeme davranışlarında patolojik örüntülerin gelişmesine neden olabilir (Okumuş, 2021).

Hemşirelik Girişimleri

- **Vücut ağırlığı, hayati bulgular ve laboratuvar değerleri** düzenli olarak takip edilmelidir.
- **Refeeding sendromu** gibi komplikasyonlara karşı dikkatli olunmalı, kilo artışı kademeli planlanmalıdır.
- **Kalp ritmi bozuklukları, hipotansiyon, elektrolit dengesizlikleri** gibi durumlar erken fark edilmelidir (Mehler & Brown, 2015; Westmoreland et al., 2016).
- Yeme sırasında hastalar gözlemlenmeli, yemek sonrası **kusma veya egzersiz gibi telafi edici davranışlara** karşı önlem alınmalıdır.

- Tuvalet kullanımı gibi bazı davranışlar kontrollü bir şekilde düzenlenmelidir (Perry et al., 2018).
- Hastanın **beden algısına** yönelik düşünceleri anlaşılmalı, empatik ve yargılamayan bir iletişim sürdürülmelidir.
- Duygusal destek verilerek hastanın **tedaviye uyumu** artırılmalıdır (Björk, 2019).
- Hasta ve ailesi, hastalığın etkileri, tedavi süreci ve sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmelidir.

Hastaya **baş etme becerileri, öz bakım ve stresle başa çıkma yolları** öğretilmelidir (Lock & Le Grange, 2015; Treasure et al., 2010).

Bulimiya Nervosa

Bulimiya Nervosa (BN), ilk kez 1979 senesinde İngiliz psikiyatrist **Gerald Russell** tarafından klinik bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (Demirer & Yardımcı, 2020, s. 288). Bu yeme bozukluğu, kişinin kısa sürede **kontROLSÜZ biçimde büyük miktarda besin tüketmesi** (tıkınırcasına yeme) ve ardından oluşan **pişmanlık, suçluluk ya da kilo alma korkusu** nedeniyle bu durumu telafi etmeye yönelik davranışlar sergilemesiyle karakterizedir. Bu telafi davranışları arasında **kendi kendini kusturma, aşırı spor yapma, laksatif ya da diüretik alınımları** gibi seçenekler yer alır (Işık, 2009).

BN hastalarında, yeme krizleri genellikle gizli gerçekleşir ve kişi bu ataklar üzerinde kontrol sağlayamaz. Bu durum, psikolojik gerilimlerle başa çıkma yöntemi olarak da ortaya çıkabilir. Telafi edici davranışlar ise geçici bir rahatlama sağlasa da, uzun vadede hem fiziksel sağlığı hem de psikolojik dengeyi olumsuz etkiler.

Bulimiya nervosa genellikle **ergenlik döneminde** ya da **erken yetişkinlikte** başlar. Ergenlik öncesi dönemde ya da **40 yaş sonrasında** başlaması ise oldukça nadirdir (Demirer & Yardımcı, 2020). Yapılan araştırmalar, 12 aylık dönem içinde BN prevalansının

genç kadınlarda **%1 ile %1,5** arasında değiştiiğini göstermektedir (American Psychiatric Association, 2013). Erkeklerdeki görölme sıklığı hakkında ise sınırlı veri bulunmakla birlikte, kadınlara kıyasla **daha düşük** olduğu bildirilmektedir. Bu bozukluk, bireyin dış görünüşünden bağımsız olarak farklı beden kitle indekslerinde görölabilir. Yani BN tanısı almış kişiler **zayıf, normal kilolu, kilolu** ya da hatta **obez** olabilirler. Ancak, ileri derecede zayıf bireylerde **aşırı yeme ve ardından çıkarma davranışları** gözlemleniyorsa, bu vakalar genellikle **tıkınırcasına yeme/çıkarma tipinde anoreksiya nervoza** olarak değerlendirilir (Işık, 2009).

Bu nedenle klinik değerlendirmede yalnızca fiziksel görünüm değil, kişinin yeme davranışları, zihinsel süreçleri ve telafi edici davranışları da bütüncöl olarak ele alınmalıdır.

DSM-5 kriterlerine göre BN tanı ölçütleri aşağıda yer almaktadır.

1.Tıkınırcasına Yeme Atakları

Bu ataklar, aşağıdaki iki durumu içerir:

- Kısa sürede (örneğin iki saat içinde) pek çok insanın yiyemeyeceğı miktarda yiyeceğın tüketilmesi.
- Bu süreçte, yeme davranışı üzerinde kontrol kaybı yaşanması (örneğin ne yediğini ya da ne ölçüde yediğini denetleyememe).

2.Telafi Edici Davranışlar

Kişi, kilo alımını önlemek için **kusma, laksatif ya da diüretik kullanımı, aç kalma** ya da **aşırı egzersiz yapma** gibi uygunsuz davranışlara tekrar tekrar başvurur.

3.Sıklık

Tıkınırcasına yeme ve ardından gelen uygunsuz telafi davranışları, **son üç ay içinde, haftada en az bir kez** gerçekleşmiş olmalıdır.

4.Beden Algısında Bozulma

Bireyin kendilik değeri, büyük ölçüde **vücut ağırlığı** ve **beden şekli** tarafından belirlenir.

5.Ayırıcı Tanı

Bu davranışlar yalnızca **anoreksiya nervoza** dönemleri ile sınırlı olmamalıdır.

DSM-5 ayrıca telafi edici davranışların sıklığına göre BN'yi şiddet düzeyine ayırır:

- **Hafif:** Haftada 1–3 kez telafi edici davranış
- **Orta:** Haftada 4–7 kez telafi edici davranış
- **Ağır:** Haftada 8–13 kez telafi edici davranış
- **Aşırı:** Haftada 14 veya daha fazla kez telafi edici davranış

Bulimiya Nevrozanın Alt Tipleri

1. **Çıkartma Olan Tip:** Çıkartma tipi Bulimiya Nervoz'a'da, birey hastalığın aktif epizodu sırasında sıklıkla kendi kendine kusma davranışında bulunur ya da laksatif, diüretik ve lavman gibi ajanları uygunsuz şekilde kullanır (American Psychiatric Association, 2013).
2. **Çıkartma Olmayan Tip:** Birey, hastalığın mevcut epizodu süresince kendi kendine kusma ya da laksatif, diüretik ve lavman kullanımına başvurmamış; bunun

yerine hiç beslenmeme ya da aşırı spor yapma gibi diğer uygunsuz telafi edici davranışlarda bulunmuştur (American Psychiatric Association, 2013).

Ölüm oranları çoğunlukla **anoreksiya nervoza** ile ilişkilendirilmiş olsa da, bulimiya nervozanın da **genel popülasyona kıyasla artmış bir mortalite riski** taşıdığı vurgulanmaktadır (Pisetsky ve ark., 2015). Bu durum, BN'nin yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda ciddi tıbbi sonuçlara da yol açabileceğini göstermektedir.

Hemşirelik Girişimleri

Bulimiya Nervoza tanısı alan bireylerde hemşirelik girişimleri; fiziksel sağlığın korunması, psikolojik destek sağlanması ve tedavi sürecine uyumun artırılması amacıyla planlanır. Güncel rehberlere göre temel hemşirelik girişimleri şunlardır:

1. Durum Değerlendirmesi:

Vital bulguların, vücut ağırlığının, elektrolit düzeylerinin ve kardiyak ritmin düzenli takibi yapılır. Yeme davranışları ve beden algısı değerlendirilir.

2. Psikososyal Destek:

Bilişsel davranışçı terapiye uyumun artırılması, motivasyonel görüşmeler yapılması ve bireyin duygusal ihtiyaçlarının karşılanması sağlanır.

3. Beslenme Eğitimi:

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmak için eğitim verilir. Öğün düzeni takip edilir, gerektiğinde diyetisyenle iş birliği yapılır.

4. Komplikasyonların Önlenmesi:

Kusma, laksatif ve diüretik kullanımına bağlı gelişebilecek elektrolit dengesizlikleri ve kardiyak sorunlara karşı hemşirelik izlemi sağlanır.

5. Aile Katılımı:

Aile terapisine yönlendirme yapılır, hasta yakınlarına hastalık ve bakım süreci hakkında bilgi verilir.

6. Eğitim ve Danışmanlık:

Hastalık hakkında bilgilendirme yapılır, başa çıkma becerileri desteklenir ve tedaviye uyum güçlendirilir.

Tıkınırcasına Beslenme Bozukluğu

Tıkınırcasına beslenme bozukluğu (binge eating disorder), bireyin sınırlı bir zaman dilimi içerisinde, benzer koşullardaki bireylerin tüketebileceğinden belirgin biçimde fazla miktarda yiyecek tüketmesiyle karakterize edilen bir yeme bozukluğudur. Bu durumun tanısal açıdan anlam kazanabilmesi için, kişinin yeme davranışı üzerinde kontrolünü kaybettiğine dair subjektif bir deneyim yaşaması gerekir. Kontrol kaybı, yemeğe başlayınca duramama ya da başlamadan önce kendini engelleyememe şeklinde ortaya çıkabilir.

Tıkınırcasına beslenme epizodları genellikle; olağandışı hızda yemek yeme, fiziksel açlık hissi olmadan büyük miktarlarda yiyecek tüketme, yalnızken yemek yeme (utanma duygusu nedeniyle) ve sonrasında yoğun pişmanlık, suçluluk ya da tiksinti gibi duyguların eşlik etmesiyle tanımlanır. Bu davranışlar, bireyin psikososyal işlevselliğini olumsuz etkileyebilir ve belirgin bir duygusal sıkıntıya neden olabilir.

Tıkınırcasına beslenme bozukluğunun temel özelliği, yaklaşık üç aylık bir süre boyunca haftada en az bir kez yineleyen aşırı yeme epizodlarının görülmesidir. Bu epizodlar sırasında birey, fiziksel açlık durumundan bağımsız olarak, kontrolsüz bir şekilde büyük miktarlarda yiyecek tüketir.

Bu bozukluk, yalnızca yeme davranışı üzerinden değerlendirildiğinde obezite ile benzerlik gösterebilse de, klinik tanı

açısından farklılık taşır. Tıkınırcasına beslenme bozukluğu tanısında kontrol kaybı, duygusal sıkıntı ve tekrarlayıcı yeme krizleri gibi psikolojik bileşenler esastır. Obezite ise esasen fizyolojik bir durumdur ve her obez bireyde tıkınırcasına yeme bozukluğu görülmez.

Klinik seyir açısından değerlendirildiğinde, tıkınırcasına yeme bozukluğu sıklıkla kalıcı bir nitelik taşır ve şiddet, süre ve duygusal etkiler bakımından bulimiya nervoza ile benzerlik gösterebilir. Olumsuz duygudurum, bu yeme davranışını tetikleyen en yaygın psikolojik etkidir; bireyler çoğu zaman stres, anksiyete ya da depresif duygulanım sonrasında bu tür yeme epizodlarına yönelirler.

Belirtiler

TYB'nin temel belirtileri şunlardır:

1. **Kontrol kaybı hissi:** Yeme davranışı üzerinde denetimin kaybolması, kişinin yemeyi durduramama veya ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu yaşaması (American Psychiatric Association, 2013).
2. **Hızlı yeme:** Normalden daha hızlı bir şekilde yemek yeme eğilimi (American Psychiatric Association, 2013).
3. **Rahatsızlık verici tokluk:** Fiziksel olarak rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene kadar yeme (American Psychiatric Association, 2013).
4. **Fiziksel açlık olmadan yeme:** Açlık hissi olmaksızın büyük miktarda yiyecek tüketme (American Psychiatric Association, 2013).
5. **Yalnız yeme:** Yediği miktardan utandığı için yalnız başına yeme (American Psychiatric Association, 2013).

6. **Olumsuz duygular:** Yeme epizodları sonrasında kendini beğenmeme, çöküntü yaşama veya büyük bir suç işlemiş gibi hissetme (American Psychiatric Association, 2013).

Bu belirtiler, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve sosyal ilişkilerinde bozulmalara yol açabilir. TYB, obeziteyle ilişkili tıbbi komplikasyonlar ve diğer ruhsal bozukluklarla da ilişkilendirilmektedir

Hemşirelik Girişimleri

1. **Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi:** Kilo geçmişi, öğün düzeni ve yeme davranışları gözden geçirilerek bireye özgü bakım planı oluşturulur (Fairburn, 2013).
2. **Duygusal Tetikleyicilerin Tanımlanması:** TYB genellikle stres veya olumsuz duygularla tetiklendiğinden, hemşireler bireyin duygusal farkındalığını artıracak müdahalelerde bulunur.
3. **Farkındalık ve Davranışsal Destek:** Mindfulness ve yeme farkındalığı teknikleri bireye öğretilerek yeme ataklarıyla baş etmesi desteklenir (Kristeller & Wolever, 2011).
4. **Eğitim ve Danışmanlık:** Sağlıklı beslenme alışkanlıkları, düzenli öğünler ve duygusal açlık ayrımı gibi konularda bireye rehberlik edilir.
5. **Aile ve Sosyal Destek:** Aile bireyleri bilgilendirilerek tedavi sürecine dahil edilir (Santonastaso et al., 2012).
6. **İzlem:** Müdahalelerin etkisi değerlendirilir, bireyin ilerlemesi düzenli aralıklarla takip edilir.

Pika

Pika, bireyin sürekli olarak besin değeri taşımayan maddeleri yeme davranışıyla karakterize edilen bir yeme bozukluğudur. Bu maddeler arasında toprak, kil, saç, buz, kağıt gibi öğeler yer alabilir. Bozukluğun adı, Latince’de “saksağan” anlamına gelen *pica*

kelimesinden türemiştir; çünkü saksagan kuşları da besin niteliği taşımayan nesnelere karşı ilgi göstermeleriyle tanınır.

Pika bozukluğu, uzun yıllar boyunca yalnızca çocukluk dönemine özgü bir davranış biçimi olarak değerlendirilmiştir. DSM-5 ile birlikte bu sınıflama gözden geçirilmiş; pika, yalnızca çocuklukla sınırlı olmayan ve tüm yaş gruplarında görülebilen bir bozukluk olarak yeniden tanımlanmıştır. Bu kapsamda pika, "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" başlığı altına dahil edilmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu (Arfid)

Kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu, DSM-IV'te "bebeklik veya erken çocukluk döneminde beslenme bozukluğu" olarak tanımlanan durumun daha kapsamlı bir biçimde yeniden ele alınmasıyla DSM-5'te güncellenmiştir. Bu değişiklikte birlikte tanı yalnızca çocukluk dönemine özgü olmaktan çıkarılmış; ergenlik ve yetişkinlik dönemini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

Bozukluğun temel özelliği, bireyin yaşına, fizyolojik gereksinimlerine ya da sağlık durumuna uygun düzeyde besin alımını sürdürememesidir. Bu durum, bireyin yiyecek tüketimini kısıtlaması ya da belirli besinleri bilinçli olarak reddetmesiyle kendini gösterir. Kısıtlayıcı yeme davranışı sonucunda aşağıdaki belirtilerden biri ya da birkaçı ortaya çıkabilir:

- Belirgin kilo kaybı ya da çocuklarda büyüme hızında azalma,
- Beslenme yetersizlikleri (örneğin vitamin ve mineral eksiklikleri),
- Enteral (tüp) beslenmeye veya oral besin desteklerine bağımlılık,

- Sosyal ortamlarda yemek yememe gibi psikososyal işlevsellikte belirgin bozulma.

Ruminasyon Bozukluğu

Ruminasyon bozukluğu, kişinin en az 30 gün boyunca, yemekten sonra yuttuğu yiyecekleri tekrar ağıza getirmesiyle karakterizedir. Bu davranış sırasında çıkarılan yiyecekler genellikle mide bulantısı, istemsiz öğürme ya da tiksinti gibi belirtiler olmaksızın geri gelir. Geri getirilen yiyecek yeniden çiğnenebilir, tükürülebilir veya yeniden yutulabilir. Bu durum, haftada en az birkaç kez, çoğunlukla her gün tekrarlanır. Genellikle yemekten 10-15 dakika sonra başlar ve bazen 1-2 saate kadar devam edebilir. Ruminasyon bozukluğu, fizyolojik veya psikolojik farklılıklarla ilişkilendirilebilir ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Vachhani ve ark., 2020).

Tanımlanmış Diğer Beslenme Bozuklukları

DSM-5’te yer alan “tanımlanmış diğer beslenme bozuklukları”, belirgin işlevsel bozulmaya yol açan ancak majör yeme bozuklukları için tam tanı kriterlerini karşılamayan klinik tabloları kapsamaktadır. Bu bozukluklar, klinik değerlendirme ve tedavi gereksinimi açısından önemli olup, aşağıdaki alt başlıklar olarak sınıflandırılmaktadır. (Thomas, Eddy & Franko, 2017)

1. Atipik Anoreksiya Nervosa

Birey, **anoreksiya nervosa için tüm tanı ölçütlerini** karşılar; ancak kilo kaybına rağmen vücut ağırlığı hâlen normal aralıktadır. Aşırı kilo kaybı korkusu ve beden algısında bozulma mevcuttur (Zickgraf & Ellis, 2018).

2. Düşük Frekanslı/Basit Bulimiya Nervosa

Bulimiya nervosa davranışları (yani yineleyen tıknırcasına yeme epizodları ve ardından gelen telafi edici davranışlar) mevcut

olmakla birlikte, **bu davranışlar haftada ortalama bir kereden daha az ya da üç ay süreden daha kısa bir zaman diliminde gerçekleşmektedir** (Fairburn & Harrison, 2016).

3. Düşük Frekanslı/Basit Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme epizodları vardır; ancak bu davranışlar DSM-5'te tanımlandığı sıklık ve süre eşliğini karşılamamaktadır. Bireyde önemli düzeyde distres (rahatsızlık hissi) mevcuttur (Kessler et al., 2013).

4. Gece Yeme Sendromu

Birey, geceleri yinelenen şekilde aşırı miktarda yemek yer ya da uykudan uyanıp düzenli olarak yemek tüketir. Bu durum bireyin uykusunu ve günlük yaşam işlevselliğini olumsuz etkiler. Genellikle depresyon ve obezite ile ilişkilidir (Allison et al., 2010).

5. Purging Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme davranışı olmaksızın, **düzenli olarak kusma, laksatif veya diüretik kullanımı gibi telafi edici davranışların** varlığıyla karakterizedir. Kişide yoğun bir beden imajı kaygısı ve kilo kontrolü amacı baskındır (Keel et al., 2005).

Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Bu kategori, tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozukluklarından farklı olarak, klinik değerlendirme sırasında belirtilerin niteliğine dair yeterli bilgiye ulaşamadığı durumlarda tercih edilmektedir.

Bu tanı genellikle, değerlendirme ortamının kısıtlı olduğu acil servis gibi kliniklerde, birey hakkında sınırlı veri bulunduğu ya da kişinin başvurusunun erken aşamalarında geçici bir tanı olarak kullanılır. Aynı zamanda, bireyin sosyal ilişkilerini, iş yaşamını ya da günlük işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen yeme davranışları

mevcutsa ve bu davranışlar başka bir bozukluğun tanı ölçütlerine tam olarak uymuyorsa da uygulanabilir (Mustelin et al., 2016).

Özellikle genç yaş gruplarında ya da komorbid psikiyatrik hastalıkların varlığında, bireylerin ifade becerileri veya değerlendirme koşulları yeterli bilgi sunamayabilir. Bu gibi durumlarda, profesyoneller "tanımlanmamış" tanısını koyarak kişinin izlenmesini ve ileri değerlendirme ile tanının netleşmesini sağlar. Tanı kriterlerinin kısmen karşılandığı, ancak örneğin süre ya da davranış şiddeti açısından yetersiz kalan durumlar da bu sınıfa girebilir.

Her ne kadar bu bozuklukların kriterleri "eşik altı" gibi görünse de, klinik olarak anlamlı düzeyde sıkıntıya neden olabilecekleri ve müdahale gerektirebilecekleri vurgulanmaktadır. Eşik altı yeme bozukluklarının bazı bireylerde ciddi ve kalıcı bir seyir izleyebileceği bildirilmiş olmasına rağmen, bu grubun uzun dönem prognozuna dair literatür hâlâ sınırlıdır (Mustelin et al., 2016).

Yeme Bozukluklarında Genel Tedavi Yaklaşımları

Yeme bozuklukları, hem fiziksel hem de psikolojik boyutları olan karmaşık ruhsal hastalıklar grubudur. Bu nedenle tedavi süreci, multidisipliner bir ekip çalışmasını ve bireye özgü bütüncül bir yaklaşımı gerektirir. Psikiyatrist, psikolog, hemşire, diyetisyen ve gerektiğinde iç hastalıkları uzmanı gibi sağlık profesyonellerinin iş birliği içinde çalışması önemlidir (Treasure, Stein & Maguire, 2015).

1)Psikoterapi Yaklaşımları

- a. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Yeme bozukluklarının tedavisinde en yaygın kullanılan psikoterapi modelidir. Özellikle anoreksiya ve bulimiya nervoza hastalarında, yeme davranışları ile

ilişkili otomatik düşüncelerin tanımlanması ve yeniden yapılandırılması hedeflenir (Fairburn, 2008).

- b. Aile Temelli Terapi (FTT): Özellikle ergenlerde anoreksiya nervoza tedavisinde etkili olan bu yaklaşımda, aile üyeleri tedavi sürecine aktif olarak katılır. Aile, bireyin sağlıklı yeme alışkanlıklarını yeniden kazanmasında destekleyici rol oynar (Lock & Le Grange, 2013).
- c. Motivasyonel Görüşme: Özellikle değişime direnç gösteren hastalarda, tedaviye uyumu artırmak için kullanılır. Bu teknik bireyin kendi içsel motivasyonunu keşfetmesine yardımcı olur (Vitousek, Watson, & Wilson, 1998).

2)Beslenme Tedavisi

Diyetisyen eşliğinde bireye özel bir beslenme planı hazırlanır. Amaç, hem fizyolojik ihtiyaçların karşılanması hem de bozulmuş yeme alışkanlıklarının yeniden yapılandırılmasıdır. Gerekli durumlarda oral takviye ürünleri ya da enteral beslenme destekleri uygulanabilir (American Psychiatric Association, 2013).

3)Farmakolojik Destek

Farmakolojik tedavi genellikle ikincil bir yaklaşım olarak değerlendirilir. Özellikle bulimiya nervozada SSRI grubu antidepresanlar (örneğin fluoksetin), tıknırcasına yeme bozukluğunda ise duygu durum dengeleyiciler kullanılabilir. Ancak ilaçlar, mutlaka psikoterapi ile birlikte yürütülmelidir (Attia & Walsh, 2009).

4)Destekleyici Psikososyal Müdahaleler

Yeme bozukluğu olan bireylerde özgüven sorunları, beden algısı bozuklukları ve sosyal izolasyon sık görüldüğünden, bireyin

sosyal ilişkilerini yeniden yapılandıracak grup terapileri ve destek programları önemli rol oynar. Okul, iş ve aile ortamında işlevselliği artırmaya yönelik girişimler de tedavi sürecine dahil edilir (Treasure et al., 2015).

Kaynakça

Ayvaz, İ. (2023). Yetişkin Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları İle Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Arasındaki İlişki (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Nişantaşı Üniversitesi.

Balçık, S. M. (2022). Farklı Yeme Bozukluklarının Gelişmesinde Etiyolojik Bir Faktör Olarak Kültürlerarası Farklılıklar. *Muhakeme Journal*, 2(5), 66-79.

Çağıl-Tümen, Z. (2023). Yeme Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 2(3), 40-45.

Deniz, N. Z. (2024). Bir Halk Sağlığı Sorunu Olarak Yeme Bozuklukları ve Türkiye'deki Politikaların Durumu (Yayımlanmış Doktora Tezi). Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Faraji, H., & Fırat, B. (2022). Yeme Bozuklukları ve Duygular. *Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(2), 153-174.

Hay, P., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Epidemiology of Eating Disorders: Population, Prevalence, Disease Burden and Quality of Life Informing Public Policy in Australia-A Rapid Review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 23.

Kılavuz, N. G. (2025). Yeme Bozuklukları İle Beden Algısı ve Öz-Şefkat Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Köksal, C. (2024). İstanbul İlinde Aile Hekimliği Birimlerinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Adölesan Grubunda Yeme Bozuklukları Hakkında Bilgilerinin ve Poliklinik Yaklaşımlarının İncelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Oğuz, D. E. (2018). Balıkesir Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları Yaygınlığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H. Wan, Y. Chunbo, L. Yu, D. (2022). An Update on the Prevalence of Eating Disorders in the General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 27, 415-428.

Turan, İ. (2021). Yeme Bozukluklarında Eştanı Psikiyatrik Hastalıklar (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi) Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Tutar, T. (2024). Duygu Düzenleme Becerileri ve Yeme Farkındalığının Yeme Bozuklukları İle İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Beykoz Üniversitesi.

İSTİSMARA UĞRAMIŞ BİREYLERDE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BAKIMI: TRAVMA ODAKLI KURAMSAL YAKLAŞIMLAR VE UYGULAMA

FATMA İLKNUR UZUN¹¹

Giriş

İstismar, bireylerin yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri en yıkıcı deneyimlerden biridir ve hem psikolojik hem de fiziksel sağlık üzerinde derin, uzun süreli etkiler bırakabilmektedir ((WHO, 2021). İstismar biçimleri; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak çeşitlenmekte ve her biri bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir(Finkelhor, 2008). Özellikle çocuklukta yaşanan istismar, bireyin nörolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini etkileyerek yaşam boyu süren travmalara yol açabilmektedir. (Anda et al., 2006; Teicher et al., 2016). Bu bağlamda, psikiyatri hemşireliği, istismara uğramış bireylerin bakımında kritik bir rol oynamaktadır. Hemşireler, hem klinik değerlendirme hem de bakım uygulamalarında travmanın etkilerini anlayarak, bireyin güvenliğini,

¹¹ Dr Hem, Hamit Demir Aile Sağlığı Merkezi,Ruh Sağlığı Hemşireliği, Orcid:0000-0002-7039-4063

iyileşmesini ve sosyal işlevselliğini desteklemelidir (Fallot & Harris, 2009).

Travma odaklı bakım (TOB) yaklaşımı, istismara uğramış bireylerin bakımında son yıllarda giderek önem kazanmıştır. TOB, bireyin yaşadığı travmanın kapsamlı şekilde değerlendirilmesini, travmanın tetikleyici etkilerinin fark edilmesini ve bu farkındalıkla güvenli, destekleyici bakım ortamlarının oluşturulmasını hedefler (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014). Bu bakım yaklaşımı, özellikle psikiyatri hemşirelerinin bireylerin travmaya bağlı psikiyatrik belirtilerini tanınması, uygun müdahaleleri planlaması ve uygulaması açısından rehberlik sağlar (Sweeney, Clement, Filson, & Kennedy, 2016).

Hemşirelerin travma bilgisi, empati becerileri ve travma odaklı kuramsal yaklaşımları anlamaları, bakım kalitesini yükseltmekle kalmaz; aynı zamanda hemşirelik mesleğinde ikincil travma ve tükenmişlik risklerini azaltır (Bride, 2007). Bu nedenle, psikiyatri hemşireliği alanında travma odaklı bakım stratejilerinin eğitim müfredatına entegrasyonu ve klinik uygulamalarda standartlaştırılması büyük önem taşır (Humble, Shajani, & Wilson, 2021).

Bu bölümde, istismara uğramış bireylerde psikiyatri hemşireliğinin bakımı ele alınmakta, travmanın nörobiyolojik ve psikososyal etkileri, travma odaklı kuramsal yaklaşımlar ayrıntılı olarak incelenmekte ve hemşirelik uygulamalarına yönelik örnek müdahaleler sunulmaktadır. Ayrıca, etik ve yasal boyutlar, eğitim ve süpervizyon süreçleri değerlendirilerek, kapsamlı bir bakım modeli önerilmektedir.

Travmanın Nörobiyolojik ve Psikolojik Temelleri

İstismara uğramış bireylerde travmanın etkileri, sadece psikolojik değil, aynı zamanda nörobiyolojik düzeyde de derin izler

bırakır. Son yıllarda yapılan nörobilim araştırmaları, travmanın beyin yapısı ve işlevi üzerinde kalıcı değişikliklere yol açtığını ortaya koymuştur (Teicher & Samson, 2016). Bu değişiklikler, hem bireyin duygusal regölasyonunu hem de bilişsel işlevlerini etkileyerek psikiyatrik bozuklukların gelişiminde önemli bir rol oynar (De Bellis & Zisk, 2014).

Travmanın Beyin Üzerindeki Etkileri

Travmanın en fazla etkilediğı beyin bölgeleri arasında hipokampus, amigdala ve prefrontal korteks yer alır (Nemeroff, 2016). Hipokampus, öğrenme ve bellekle ilişkiliyken, amigdala duygusal yanıtların işlenmesinden sorumludur. Prefrontal korteks ise karar verme, dikkat ve dürtü kontrolünü düzenler. Travmaya bağlı kronik stres, hipokampus hacminde azalmaya, amigdala aktivitesinde artışa ve prefrontal korteks fonksiyonlarında bozulmaya neden olabilir (McEwen, 2017). Bu durum, bireyin stresle başa çıkma kapasitesini azaltır ve duygusal dengesizlik, anksiyete ile depresyon gibi psikiyatrik tabloların ortaya çıkmasına zemin hazırlar (Shin et al., 2013).

Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal (HPA) Eksenini Disfonksiyonu

HPA eksenini, organizmanın stres yanıtını düzenleyen temel biyolojik sistemdir (Yehuda, 2002). Travmaya maruz kalan bireylerde, bu eksenin aşırı uyarılması sonucu kortizol seviyelerinde dengesizlikler görülür. Özellikle kronik travma sonrası, kortizol düzeylerinde ani artışlar ve düşüşler yaşanabilir. Bu düzensizlikler, bağışıklık sistemi fonksiyonlarında bozulmaya, inflamasyon artışına ve psikiyatrik semptomların ortaya çıkmasına yol açar (Heim & Nemeroff, 2009). Hemşirelerin, travmaya bağlı bu biyolojik değişikliklerin farkında olarak bakım planlaması, semptomların bütüncül yönetimi açısından önemlidir.

Psikolojik Etkiler

İstismara uğramış bireylerde yaygın olarak travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete, dissosiyatif bozukluklar ve kişilik bozuklukları gözlenir (Briere & Scott, 2015). Travmanın psikolojik etkileri, bireyin yaşam kalitesini düşürürken, ilişkilerde bozulmaya ve sosyal izolasyona neden olabilir (Van der Kolk, 2014).

Travma, bireyin kendine dair algısını ve dünyaya bakışını olumsuz etkileyerek güvensizlik, çaresizlik ve umutsuzluk duygularını pekiştirir (Herman, 1992). Bu nedenle psikiyatri hemşireleri, travmaya maruz kalan bireylerde bu duygusal durumları anlamalı ve uygun destek stratejileri geliştirmelidir.

Travma ve Bağlanma İlişkisi

Çocukluk döneminde yaşanan istismarın, bireyin bağlanma sistemleri üzerinde kalıcı etkileri vardır (Cicchetti & Toth, 2005). Güvenli bağlanma gelişimi, bireyin duygusal düzenleme ve sosyal becerilerinin temelini oluşturur. Travmatik deneyimler, bağlanma bozukluklarına yol açarak, yetişkinlikte ilişkilerde sorunlar, bağımlılıklar ve ruh sağlığı problemlerini artırır (Main & Solomon, 1990).

Travma Odaklı Kuramsal Yaklaşımlar

İstismara uğramış bireylerde psikiyatri hemşireliği bakımının temelini, travmanın doğasını ve etkilerini anlamaya yönelik kuramsal modeller oluşturur. Bu kuramlar, hemşirelerin bireyin travmatik deneyimlerini bütüncül bir perspektiften değerlendirmelerine, etkili müdahaleler geliştirmelerine olanak sağlar. Aşağıda en çok kabul gören ve uygulamada rehberlik eden travma odaklı kuramsal yaklaşımlar incelenmiştir.

Travma Sonrası Büyüme Teorisi (Post-Traumatic Growth - PTG)

Tedavi ve iyileşme sürecinde travmanın sadece yıkıcı etkilerinden bahsetmek yerine, bireylerin bu zor deneyimlerden güçlenerek çıkabileceği düşüncesi PTG teorisinin temelini oluşturur (Tedeschi & Calhoun, 2004). Bu teoriye göre, bireyler travmatik deneyimler sonucunda yaşamlarına yeni anlamlar yükleyebilir, kendilerini daha iyi tanıyabilir, ilişkilerini derinleştirebilir ve kişisel güçlerini keşfedebilirler.

PTG süreci, travmanın ardından yaşanan zorlukların üstesinden gelme çabalarıyla tetiklenir ve bireylerin psikolojik dayanıklılığını artırır (Zoellner & Maercker, 2006). Psikiyatri hemşireleri, bu süreci desteklemek için bireyin güçlü yönlerini fark etmeye, olumlu duyguları teşvik etmeye ve umut bağlamaya yönelik yaklaşımlar kullanmalıdır.

Bağlanma Kuramı

John Bowlby tarafından geliştirilen bağlanma kuramı, erken çocukluk deneyimlerinin bireyin duygusal ve sosyal gelişiminde merkezi bir rol oynadığını ortaya koyar (Bowlby, 1988). Güvenli bağlanma, bireyin kendine ve başkalarına dair olumlu tutum geliştirmesini desteklerken, istismar ve ihmal bağlanma sistemlerinde bozulmalara yol açabilir (Mikulincer & Shaver, 2012).

Travmanın bağlanma sistemi üzerindeki etkileri, ileriki yaşamda sosyal ilişkilerde güven problemleri, duygu düzenleme güçlükleri ve psikopatolojiler şeklinde ortaya çıkabilir (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). Psikiyatri hemşireleri, bu bağlamda bireyin bağlanma stilini anlamalı ve güven inşa etmeye yönelik müdahaleler geliştirmelidir.

Travma Bilgilendirilmiş Bakım Modeli (Trauma-Informed Care - TIC)

SAMHSA tarafından önerilen Travma Bilgilendirilmiş Bakım Modeli, sağlık ve sosyal hizmet alanında travmanın etkilerini anlama ve bu anlayışla hizmet sunma çerçevesi sunar (SAMHSA, 2014). TIC, dört temel ilke üzerine kuruludur:

Güvenlik: Fiziksel ve duygusal güvenliği sağlamak.

Güvenilirlik ve Şeffaflık: Hizmet sunumunda açıklık ve tutarlılık.

İşbirliği ve Karar Verme: Bireyin sürece aktif katılımı ve güçlendirilmesi.

Güçlendirme: Bireyin kaynaklarını ve dirençlerini desteklemek.

Bu model, psikiyatri hemşirelerinin istismara uğramış bireylerle etkileşimlerinde travmanın tetikleyicilerini tanımasını, hizmetlerin travmaya duyarlı olmasını ve travmanın iyileşme sürecine uygun biçimde müdahale edilmesini sağlar (Isobel, 2020).

Kompleks Travma Teorisi (Complex Trauma Theory)

Kompleks travma, özellikle uzun süreli, tekrarlayan ve gelişimsel yaşlarda gerçekleşen travmaları ifade eder (Herman, 1992). Bu tür travmalar, bireyin kimlik gelişimini, duygusal düzenlemesini ve ilişki kurma becerilerini derinden etkiler (Courtois & Ford, 2009).

Kompleks travma teorisi, tek seferlik travmalardan farklı olarak, kronik istismarın uzun vadeli etkilerini ele alır ve bakımda bütüncül, uzun süreli destek gerektirdiğini vurgular. Hemşirelik uygulamalarında, kompleks travmanın belirtilerini tanımak ve tedavi planlarını buna göre düzenlemek önemlidir.

Bilişsel-Davranışçı Kuram (Cognitive Behavioral Theory)

Bilişsel-davranışçı kuram, travma sonrası bireylerin olumsuz düşünce ve inanç kalıplarının psikopatolojiye katkısını açıklar (Beck, 2011). Bu kurama göre, istismar deneyimleri bireyin kendine, başkalarına ve dünyaya dair olumsuz inançlar geliştirmesine neden olabilir. Bu inançlar, depresyon, anksiyete ve TSSB belirtilerini pekiştirir.

Psikiyatri hemşireleri, bilişsel-davranışçı teknikleri kullanarak bireylerin olumsuz düşünce kalıplarını fark etmelerini, yeniden yapılandırmalarını ve daha işlevsel davranışlar geliştirmelerini destekleyebilirler (Foa & Rothbaum, 1998).

Psikiyatri Hemşiresinin Travma Odaklı Bakımdaki Rolü

Psikiyatri hemşireleri, istismara uğramış bireylerin bakımında hem doğrudan hem de dolaylı müdahalelerle önemli bir role sahiptir. Travmanın karmaşık doğası ve birey üzerindeki çok boyutlu etkileri, hemşirelerin multidisipliner ekip içinde aktif, duyarlı ve bilgi temelli bir yaklaşım geliştirmelerini gerektirir (Fallot & Harris, 2009). Bu bölümde, psikiyatri hemşiresinin travma odaklı bakım sürecindeki görev, sorumluluk ve yetkinlikleri ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Değerlendirme ve Tanı Süreci

Travmaya bağlı psikiyatrik semptomların belirlenmesi, uygun bakımın temelidir. Psikiyatri hemşireleri, hastaların travmatik deneyimlerini güvenli ve destekleyici bir ortamda ifade etmelerini sağlamalıdır (Levenson, 2017). Değerlendirme sürecinde;

- Travmanın türü, süresi ve şiddeti,
- Mevcut psikiyatrik semptomlar (TSSB, depresyon, anksiyete, dissosiyasyon vb.),
- Bilişsel ve duygusal işlevsellik,

- Sosyal destek sistemleri ve yaşam koşulları detaylı şekilde incelenmelidir (SAMHSA, 2014).

Hemşirelerin empatik iletişim becerileri ve travma bilgisi, değerlendirme sürecinin etkinliğini artırır.

Güvenli ve Destekleyici Bakım Ortamı Yaratmak

Travma odaklı bakımın temel ilkelerinden biri, bireyin fiziksel ve duygusal güvenliğini sağlamaktır (Isobel, 2020). Psikiyatri hemşireleri;

- Hizmet sunulan ortamda güvenlik algısını artırmak,
- Hastaların kontrolü ele almalarına olanak sağlamak,
- Tetikleyici unsurları minimize etmek için ortam düzenlemeleri yapmak,
- İletişimde açıklık ve tutarlılık sağlamak gibi uygulamalarla güvenli bir bakım ortamı yaratmalıdır.

Psiko-eğitim ve Danışmanlık

İstismara uğramış bireyler çoğunlukla travma ve semptomları hakkında sınırlı bilgiye sahiptir. Psikiyatri hemşireleri, bireylerin yaşadıkları durumu anlamalarına yardımcı olmak için psiko-eğitim verir (Fallot & Harris, 2009). Bu eğitim;

- Travmanın etkileri ve iyileşme süreci,
- Stres yönetimi teknikleri,
- Duygu düzenleme stratejileri,
- Sağlıklı başa çıkma mekanizmaları üzerine odaklanır. Ayrıca, bireyin travma sonrası büyüme potansiyelini destekleyici danışmanlık hizmetleri sunar.

Çok Disiplinli Ekip İçindeki İşbirliği

Travma odaklı bakım, psikiyatri hemşirelerinin psikologlar, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde çalışmasını gerektirir (Sweeney et al., 2016). Hemşireler, ekip içindeki iletişimi güçlendirerek, bireyin ihtiyaçlarına uygun kapsamlı ve koordineli bakım planları oluşturur.

Hemşirelik Müdahaleleri ve Uygulamaları

Travma odaklı psikiyatri hemşireliği müdahaleleri arasında;

- Duygu düzenleme tekniklerinin öğretilmesi (örn. nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri),
- Güvenli çevre oluşturma,
- Travmaya duyarlı iletişim teknikleri kullanma,
- Öz bakım ve iyileşme sürecini destekleyici aktiviteler planlama,
- İlaç tedavisinin takip ve yönetimi yer alır (Humble et al., 2021).

Bu müdahaleler, bireyin psikolojik ve fiziksel iyileşmesini destekler.

Hemşirelerin Kendi Travma Farkındalığı ve Öz Bakımı

İstismara uğramış bireylerle çalışan hemşireler, ikincil travma ve tükenmişlik riski altındadır (Bride, 2007). Bu nedenle, hemşirelerin kendi travma farkındalıklarını geliştirmeleri, süpervizyon almaları ve öz bakım stratejileri uygulamaları gerekir. Kurumsal destek ve eğitimler, hemşirelerin bu risklerle başa çıkmasında önemli rol oynar.

Travma Odaklı Hemşirelik Uygulamaları ve Müdahaleler

İstismara uğramış bireylerin iyileşme sürecinde psikiyatri hemşirelerinin uyguladığı travma odaklı müdahaleler, hem fiziksel hem de psikolojik bütünlüğü korumaya yöneliktir. Bu uygulamalar, bireyin travmaya bağlı semptomlarının azaltılması, güçlendirilmesi ve toplumsal işlevselliğinin artırılması amacıyla planlanır (Knight, 2015). Bu bölümde hemşirelik müdahalelerinin temel alanları ayrıntılı olarak incelenecektir.

Güvenli ve Destekleyici İletişim Teknikleri

Travma odaklı bakımda güven ve empati temel taşlardır. Hemşireler;

- Aktif dinleme,
- Yargılamadan yaklaşım,
- Duygusal doğrulama,
- Açık ve net iletişim teknikleri kullanarak, bireyin kendini ifade etmesini kolaylaştırmalıdır (Kettlebey & Atkin, 2020). Bu yaklaşım, kişinin travmanın tetikleyicilerinden korunmasını ve tedaviye uyumunu artırır.

Duygu Düzenleme ve Stres Yönetimi Teknikleri

Travmaya bağlı yoğun duygusal dalgalanmalar ve stres, bireylerin işlevselliğini olumsuz etkiler. Hemşireler;

- Nefes egzersizleri,
- Gevşeme teknikleri (progressive kas gevşemesi, meditasyon),
- Mindfulness uygulamaları,

- Pozitif kendini telkin teknikleri gibi yöntemlerle bireylerin duygusal kontrolünü geliştirmelerine destek olur (Linehan, 2015).

Bilişsel Yeniden Yapılandırma Desteği

Olumsuz ve işlevsiz düşünce kalıplarının fark edilmesi ve değiştirilmesi, iyileşme sürecinde kritik öneme sahiptir. Hemşireler, bilişsel-davranışçı terapi teknikleri kapsamında;

- Olumsuz otomatik düşünceleri tanımlama,
- Bu düşüncelerin yerine daha gerçekçi ve işlevsel inançlar koyma,
- Davranış değişikliğini destekleme konularında psikiyatrist ve terapistlerle iş birliği içinde bireylere destek sağlar (Beck, 2011).

Güçlendirme ve Özerklik Desteği

Travma sonrası güçsüzleşmiş bireylerin, kontrol duygusunu yeniden kazanması çok önemlidir (Fallot & Harris, 2009). Hemşireler, karar alma süreçlerine katılımı teşvik ederek, bireyin öz-yeterlilik duygusunu artırır. Bu yaklaşım, iyileşmenin sürekliliğini sağlar ve bağımsız yaşam becerilerinin gelişmesine katkıda bulunur.

Çok Disiplinli Müdahalelerin Koordinasyonu

Travmaya bağlı çok boyutlu sorunların çözümünde, psikiyatri hemşireleri sağlık ekibi içinde koordinatör rolü üstlenir. Fiziksel sağlık takibi, psikoterapi ve sosyal destek hizmetleri ile entegrasyonu sağlar (Sweeney et al., 2016).

Kriz Müdahaleleri ve Acil Durum Yönetimi

Bazı travma mağdurları, akut kriz durumları yaşayabilir. Hemşireler;

Kriz belirtilerini hızlı tanımalı,

Güvenlik planları yapmalı,

Tetikleyicilerden koruma ve gerektiğinde acil müdahaleyi gerçekleştirmelidir (Levenson, 2017).

Öz Bakım ve Hemşirelerin Mesleki Dayanıklılığı

Hemşirelerin kendi travma risklerine karşı bilinçli olması ve mesleki destek mekanizmalarını kullanması, bakım kalitesini doğrudan etkiler. Sürekli eğitim, süpervizyon ve stres yönetimi teknikleri bu açıdan gereklidir (Bride, 2007).

Travma Odaklı Bakımda Etik ve Yasal Sorunlar

İstismara uğramış bireylerin bakımında etik ve yasal sorumluluklar, hemşirelik pratiğinin merkezinde yer alır. Travma odaklı bakım yaklaşımı, hastanın haklarına saygı göstermeyi, mahremiyetini korumayı ve zarar vermeme ilkesini esas alır. Bu bölümde, travma odaklı bakımda karşılaşılan etik ve yasal sorunlar ile hemşirelerin bu konulardaki sorumlulukları ele alınacaktır.

Mahremiyet ve Gizlilik

Travmaya maruz kalan bireylerin yaşadıkları deneyimleri paylaşmaları çoğu zaman zor ve hassastır. Psikiyatri hemşireleri, hastanın mahremiyetini koruyarak güvenli bir ortam sağlamalıdır (Beauchamp & Childress, 2013). Hasta bilgilerinin korunması, sadece bakım sürecinin değil, bireyin toplumsal yaşamdaki güvenliğinin de teminatıdır.

Yasal düzenlemeler çerçevesinde, kişisel sağlık bilgilerinin üçüncü taraflarla paylaşılması konusunda dikkatli olunmalı ve sadece zorunlu durumlarda (örneğin, çocuk istismarı ihbarı gibi) gerekli prosedürler takip edilmelidir (WHO, 2013).

Zarar Vermeme İlkesi (Non-Maleficence)

Travma odaklı bakımda, müdahalelerin bireyin tekrar travmatize olmasını önleyecek şekilde planlanması esastır (Fallot & Harris, 2009). Hemşireler;

- Travmanın tetikleyicilerini tanımalı,
- Bireyin kontrolünü elinde tutmasını sağlamalı,
- Zorlayıcı veya müdahaleci uygulamalardan kaçınılmalıdır.

Bu yaklaşım, etik sorumluluğun temelini oluşturur.

Onam ve Bilgilendirilmiş Rıza

Tedavi ve bakım sürecinde, hastaya uygulanacak her türlü müdahaleye ilişkin bilgilendirme yapılması ve rızasının alınması gerekir (Beauchamp & Childress, 2013). Özellikle travma sonrası duyarlılık göz önünde bulundurularak, hasta karar verme sürecine aktif katılmalıdır.

Zorunlu tedavilerde ise yasal prosedürlere uygun hareket edilmelidir.

Raporlama Yükümlülükleri ve Yasal Sorumluluklar

İstismara uğramış bireylerin korunması amacıyla, bazı durumlarda hemşirelerin yasal olarak ihbar yükümlülüğü bulunur (WHO, 2013). Özellikle çocuk ve yaşlı istismarı gibi durumlarda, uygun mercilere bildirim yapılmalıdır. Ancak bu süreçte, hastanın güvenliği ve mahremiyeti de gözetilmelidir.

Kültürel Duyarlılık ve Etik Yaklaşım

Travma deneyimi ve bakımı kültürel bağlamdan bağımsız değildir. Psikiyatri hemşireleri, kültürel farklılıkları gözeterek, bireyin değerlerine ve inanç sistemlerine saygı göstermelidir (Sue et al., 2009). Bu, etik bakımın vazgeçilmez bir unsurudur.

Hemşirelerin Mesleki Sorumlulukları

Etik ve yasal yükümlülüklerin bilincinde olmak, sürekli eğitim almak ve gerektiğinde meslektaşlarıyla iş birliği yapmak, hemşirelik pratiğinin kalitesini artırır (ANA, 2015). Ayrıca, kişisel sınırların korunması, etik ikilemler karşısında süpervizyon desteği almak da önemlidir.

Sonuç ve Öneriler

İstismara uğramış bireylerin psikiyatri hemşireliği bakımı, travma odaklı yaklaşımlar çerçevesinde planlandığında, iyileşme süreçlerine anlamlı katkılar sağlar. Bu kitap bölümünde, travmanın psikolojik, fiziksel ve sosyal boyutları incelenmiş; hemşirelerin bu alandaki rolü, müdahaleleri, etik ve yasal sorumlulukları kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. Sonuç olarak;

Travma odaklı bakım, istismar mağdurlarının güvenli, saygılı ve empatik bir ortamda desteklenmesini sağlar. Bu yaklaşım, travmanın olumsuz etkilerini azaltarak bireylerin işlevselliklerini artırır (Fallot & Harris, 2009).

Psikiyatri hemşireleri, değerlendirme, müdahale ve rehabilitasyon süreçlerinde kritik bir rol üstlenir. Empatik iletişim, duygusal destek, psiko-eğitim ve çok disiplinli iş birliği, bakım kalitesini artırır (Levenson, 2017).

Etik ve yasal yükümlülükler, hemşirelerin profesyonel sorumluluklarını şekillendirir. Mahremiyetin korunması, zarar vermeme ilkesi, bilgilendirilmiş onam ve yasal bildirim yükümlülüklerine uyum, travma odaklı bakımın temel taşlarıdır (Beauchamp & Childress, 2013).

Hemşirelerin **kendi travma farkındalıkları ve öz bakımı,** sürdürülebilir ve etkili bakım için zorunludur (Bride, 2007).

Eğitim ve Sürekli Mesleki Gelişim: Psikiyatri hemşirelerine yönelik travma odaklı bakım eğitim programlarının yaygınlaştırılması; hemşirelerin bu alandaki bilgi ve becerilerinin güncellenmesi sağlanmalıdır.

Multidisipliner İş Birliği: Sağlık kurumlarında psikiyatri hemşireleri ile diğer profesyoneller arasındaki iletişim ve koordinasyon artırılarak, bütüncül bakım modelleri geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

Kurumsal Destek Mekanizmaları: Hemşirelerin ikincil travma ve tükenmişlik riskine karşı koruyucu programlar (süpervizyon, psikolojik destek) oluşturulmalıdır.

Politika ve Yasal Düzenlemeler: İstismara uğramış bireylerin haklarını koruyan, bakım kalitesini artıran politika ve yasal düzenlemeler güçlendirilmelidir.

Kültürel Duyarlılık: Travma odaklı bakımda kültürel farklılıkların gözetilmesi ve bireyselleştirilmiş yaklaşımlar geliştirilmesi teşvik edilmelidir.

Kaynakça

American Nurses Association (ANA). (2015). *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*. ANA.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). Oxford University Press.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford press.

Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books.

Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70.

Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Sage Publications.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.

Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Press.

De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 185-222.

Fallot, R. D., & Harris, M. (2009). Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol. Community Connections.

Finkelhor, D. (2008). Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people. Oxford University Press.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. Guilford Press.

Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2009). Neurobiology of early life stress: clinical studies. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 7(2), 147-159.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery. Basic Books.

Humble, Á. M., Shajani, M., & Wilson, S. (2021). Trauma-informed care in nursing education: An integrative review. *Journal of Nursing Education*, 60(4), 186-193.

Isobel, S. (2020). Trauma-informed care: A model for integrating trauma into nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3749-3757.

Kettlebey, L., & Atkin, C. (2020). Trauma-informed communication: An approach for nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 548-557.

Knight, C. (2015). Trauma-informed social work practice: Practice considerations and challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(2), 25-37.

Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work*, 62(2), 105-113.

Linehan, M. M. (2015). DBT skills training manual. Guilford publications.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 3, 667-695.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the Preschool Years*, 121-160.

McEwen, B. S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*, 1.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.

Nemeroff, C. B. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89(5), 892-909.

SAMHSA (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884.

Shin, L. M., Liberzon, I. (2013). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169-191.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884.

Sue, S., Zane, N., Hall, G. C. N., & Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525-548.

Sweeney, A., Clement, S., Filson, B., & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21(3), 174-192.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266.

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

World Health Organization (WHO). (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*.

World Health Organization. (2021). Violence against children. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346(2), 108-114.

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—a critical review and introduction of a two-component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

