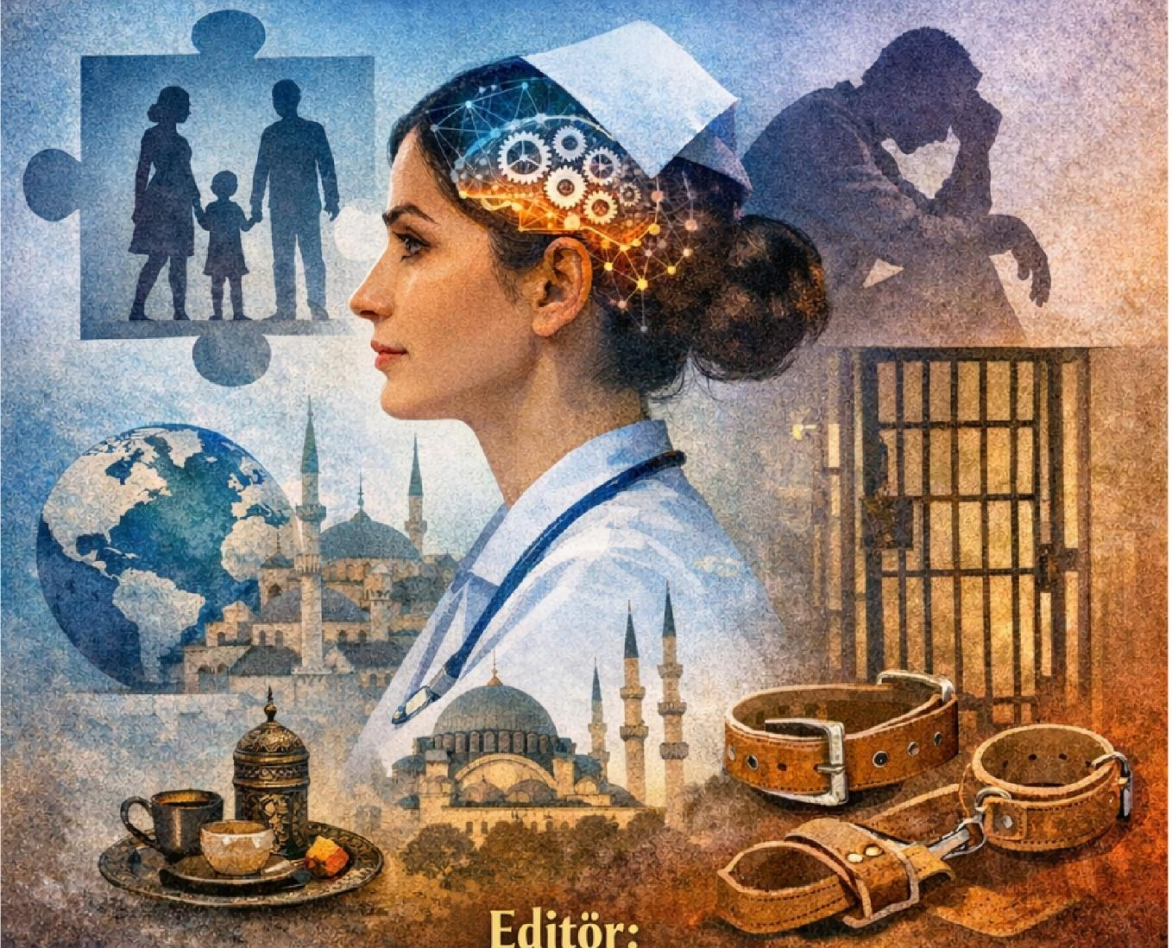
Psikiyatri Hemşireliğinde

Görünmeyen Dinamikler:

Aile Sistemleri, Kültür ve Zorlayıcı Klinik Süreçler



Editör:

Kevser Pamuk

BİDGE

BİDGE Yayınları

Psikiyatri Hemşireliğinde Görünmeyen Dinamikler: Aile Sistemleri, Kültür ve Zorlayıcı Klinik Süreçler

Editör: Kevser Pamuk

ISBN: 978-625-5474-20-9

1. Baskı
Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL
Yayınlama Tarihi: 2025-12-25
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

İÇİNDEKİLER

Zorlayıcı Hasta Davranışlarıyla Çalışmak: Psikiyatri Hemşireliğinde Klinik Problem Çözme Yaklaşımları 1

ŞEVVAL AKTOĞAN, HACER ALEMDAR

Aile Sisteminde Risk Faktörleri: Yaşam Döngüsü, Yüksek Riskli Aileler ve Hemşirelik Müdahaleleri 18

ŞEVVAL GÜRSEL, HACER ALEMDAR

Psikiyatri Hemşireliğinde Aile-kültür Etkileşimi: Bakım Sürecinin Görünmeyen Dinamikleri 32

EDANUR CERRAH EMİR, HACER ALEMDAR

BÖLÜM 1

ZORLAYICI HASTA DAVRANIŞLARIYLA ÇALIŞMAK: PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE KLİNİK PROBLEM ÇÖZME YAKLAŞIMLARI

Öğr. Gör. Dr. HACER ALEMDAR[1]
ŞEVVAL AKTOĞAN

Giriş

Hemşirelik, kamu işleri açısından özel nitelikli görev ve sorumlulukların yerine getirilmesini içeren meslekler de dahil olmak üzere, kamu güvenine sahip mesleklerden biridir (Kołodziej vd., 2021). Hemşire, hasta ile en çok temasta bulunan ve her türlü sözlü veya sözsüz ifadeleri gelişmiş becerileriyle tanımlayan bir sağlık profesyonelidir.

Hemşireler, bakımını yaptıkları hastaların her türlü fiziksel, sosyal ve duygusal gereksinimini karşılamayı amaçlamaktadır. Bakımını yaptıkları hastaların sadece fiziksel olarak değil duygusal ve sosyal açıdan da değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Bu bağlamda psikiyatri hemşireliği öne çıkmaktadır.

[1] Öğr. Gör. Dr., Düzce Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Orcid: 0000-0001-8599-3213

Zorlayıcı Hasta Davranışlarının Tanımlanması ve Önemi

İnsan sosyal bir varlıktır ve diğer insanlarla iletişim kurmak ister. Hemşirelik mesleği açısından kritik öneme sahip olan iletişim, hastayı anlamak ve müdahale etmek için gerekli bir araçtır. Hastaya yapılan müdahalelerde amaç sadece fiziksel iyilik halinin sağlanması olmamalıdır. Hasta duygusal açıdan ele alınmalı ve duygularına önem verilmelidir. Duygusal açıdan kendini ifade edemeyen, yeterli destek alamayan hastalar çeşitli tepkilerde bulunmaktadır. Bu durum hemşire- hasta ilişkisini etkilemektedir. Buna bağlı olarak sağlık personelleri arasında "zor hasta" diye adlandırılan bir grup oluşmaktadır. Bu hastalar, hemşire ile işbirliği yapmayan, talepkar, uyumsuz, kaba veya saldırgan olabilmekte ve hemşirelik sürecini olumsuz etkilemektedirler (Zolkefli, 2021). Yapılan çalışmalarda bu tür hastalar ile ilgilenen hemşirelerin hastaları göz ardı ettiği belirlenmiştir. Genel olarak hemşirelerin gecikmeli cevap verdikleri, isteksiz bakım sağladıkları veya kaçınma davranışı gösterdikleri görülmüştür (Zolkefli, 2021). Bütün bunları değerlendirilecek olursak, psikiyatri hemşireliğinin ve hasta ile terapötik iletişimin önemi ortaya çıkmaktadır.

Zorlayıcı Hasta Davranışı Türleri

Hostil ve agresif davranışlar, fiziksel anlamda saldırganlığı içerir ve buna sözel hakaret ve tehdit de dahil olabilmektedir. Bu saldırgan davranışlar kişinin kendisine yönelik veya bir başkasına

yönelik olabilmekte ve bu durum potansiyel yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açabilmektedir (Adeniyi & Puzi, 2021). Sağlık personelinin hasta ile etkili iletişimi burada önemli yere sahiptir. Hasta basit bir tetikleyici davranış veya nesneyi tehdit unsuru olarak algılayabilir ve beklenmedik bir anda saldırgan davranışlarda bulunabilir. Hastayı davranışlarından ötürü yargılamamak ve aynı şekilde tepki göstermemek gerekmektedir. Hastanın yaşadığı sıkıntı veya stres durumunu anlamlandırmak ve tanımlamak önemlidir. Hasta ile etkili şekilde iletişim kurmak, etkili iletişim tekniklerini kullanmak ve terapötik ortamı sağlamak önemlidir. Hasta anlaşıldığını hissettiğinde ve iletişime açık hale geldiğinde soruna yönelik planlama ve uygulama yapılabilir.

Manipülatif davranışlarda bulunan hasta kendisine uygulanan tedaviyi yeterli bulmaz, fayda görmediğini belirtir ve sürekli olarak yeni semptomlar ve sorunlarla ortaya çıkar (Rivedal vd., 2023). Yardım almayı sürekli reddeder ve kendisine verilen bakımdan asla memnun olmaz. Bu durum sağlık personelini yorar ve tükenmişik hissi yaratır. Bu durumda hemşirenin empati kurması ve etkili iletişim becerilerini kullanarak hastanın tam olarak ne istediğini anlaması ve gerekliyse uygulaması gerekmektedir. Manipülatif davranışlar sergileyen hastalar bazı durumlarda sınırları aşabilmektedir. Bu durumda hemşirenin sınırları koruması önemlidir.

Aşırı bağımlı veya talepkâr davranışlar sergileyen hastaların ise sürekli artan istek ve talepleri olmaktadır (Rivedal vd., 2023). Bu

hastalar hemşireye sürekli soru sormakta ve sürekli yanına çağırmaktadırlar. Hastalıkları dışında veya hastalığı ile ilgili herhangi bir konuyu sürekli olarak sağlık personeli ile konuşup güvence almak isterler. Bu hastalar genelde çok soru soru sormak, sürekli hemşireyi çağırmak gibi hemşirenin sınırlarını zorlayan davranışlarda bulunubilmektedirler. Hemşire bu durumda sınırları belirlemeli ve hastanın güvenlik ihtiyacını karşılayacak uygulamalar planlamalıdır.

Pasif- Agresif davranışlarda bulunan kişiler söylemek istedikleri veya hissettikleri duyguları karşı tarafa direkt söylemekten ziyade bunu dolaylı şekilde ifade ederler (Schanz vd., 2022). Hastalar tedavisini aksatır, yapacağı bir durumu bilerek yapmaz, kendisini ihmal eder ve görünüşte uyumlu gözükse de isteksiz olabilmektedirler. Hemşire tedavi konusunda tutarlı olmalı, hastayı yargılamadan açık iletişim kurmalı. Hastanın duygularını net şekilde ifade etmesi sağlanmalı. Hastadan alınan pozitif davranışlar pekiştirilmelidir.

Çekingen veya içine kapanık davranışlarda bulunan hastalar içe kapanık, kaygılı ve geri planda kalan hastalardır. Hastalar tedavilerine aktif katılım göstermezler ve ihtiyaç duydukları gereksinimleri de dile getiremezler. Göz teması kurmaktan kaçınan bu hastalar yanlış anlaşılmamak için temkinli davranırlar. Çekingen ve içe kapanık bireyler sosyal ortamlardan kaçınma davranışı, değerlendirilme korkusu, yoğun şekilde kaygı, kendini ifade etmekte

güçlük ve sosyal etkileşimlere katılmada yetersizlik gibi bilişsel ve davranışsal belirtiler göstermektedir (Heiser vd., 2003). Bu tür hastalar hemşire ile iletişim kurmazlar, bu durumda hemşirenin hastanın ihtiyaçlarını anlaması için etkili iletişim tekniklerini kullanarak hasta ile iletişime geçmesi gerekmektedir. Hastayı yargılamadan ve beden dilini kullanarak hasta ile güven temelli iletişim kurmalıdır.

Somatik yakınmaları yoğun hastalar, sürekli bir fiziksel şikayetten yakınmaktadırlar. Hafif olan bir fiziksel şikayeti bile ağırmış gibi anlatmaktadırlar. Yapılan testlerde bir sıkıntı olmamasına rağmen bu hastalar şikayetlerine devam etmektedirler. Nefes darlığı, ağrı, yorgunluk baş dönmesi gibi şikayetlerinin sürekli olduğunu ve devam ettiğini söylerler. Sürekli şikayetleri olduğundan hemşirenin yanında olmalarını isterler ve sık sık tetkik yapılmasını talep ederler. Fernandez ve arkadaşlarının (2024) yaptığı çalışmada, psikolojik stresin (özellikle travma sonrası stresin) bedensel belirtiler ile ortaya çıkabileceği ifade edilmiştir (Fernandez vd., 2024). Böylelikle hemşirenin, somatik yakınmaları hastanın psikolojik sıkıntısının klinik göstergesi olabileceğini bilmesi gerekmektedir. Hemşire bu durumda empati kurmalı ve sakin şekilde hastaya yaklaşmalı. Hastayı damgalamadan ve eleştirmeden iletişime geçmeli. Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat vermeli. Net bilgiler verilmeli ve sınırlar belirtilmelidir.

Sınırda kişilik örüntüsüne bağlı davranışlar sergileyen hastalar, duygularını ve düşüncelerini düzenlemekte zorlanırlar (Potter, 2006). Duygusal anlamda dalgalanmalar yaşayabilirler. Bu hastaların duyguları ani şekilde değişebilmektedir. Terk edilme korkusu yaşarlar bu nedenle hemşirenin yanında olmasını talep ederler. Hemşire onlar için iyi konumundayken bir anda kötü konuma da geçebilir. Bu hastaların tepkileri manipülatif davranışlarla karıştırılabilir. Bu tür hastalar isteklerini yerine getirmek için dramatik davranışlarda bulunabilirler ancak buradaki neden yaşadıkları duygusal yoğunluktur. Burada hemşire hastanın davranışının ardındaki nedeni anlamaya çalışmalı. Hemşire sakin ve açık bir iletişim ile hastaya yaklaşmalı, sınırları net bir şekilde belirtmelidir. Hastanın pozitif davranışları pekiştirilmelidir.

Zorlayıcı Davranışların Ortaya Çıkma Nedenleri

Bireysel ve psikiyatrik faktörler

Zorlayıcı davranışların ortaya çıkması bireyin içinde bulunduğu ruhsal durum, kişilik özellikleri ve fiziksel sağlığı ile ilişkilidir. Benzer şekilde, Den Ouden ve ark yaptığı çalışmada, zorlayıcı davranışların ortaya çıkışı bireyin duygusal işlemleme biçimi, bilişsel süreçleri ve duygusal durumu ile yakından ilişkili bulunmuştur (Den Ouden vd., 2022). Bu faktörler kişinin çevreye olan duyarlılığını, duygu düzenleme kapasitesini, çevreden gelen uyarıları anlamlandırma ve yorumlama kapasitesini etkilemektedir.

Kişinin yaşadığı psikiyatrik bozukluklar, bilişsel bozukluklar, kullandığı ilaç ve madde etkileri, ağrı ve fiziksel rahatsızlıklar, geçmiş travmalar gibi faktörler zorlayıcı davranışın temelini oluşturabilmektedir.

Sosyal ve çevresel faktörler

Bireyin içinde bulunduğu çevre, etkileşim halinde olduğu kişiler, günlük yaşam rutinleri ve sosyal destek düzeyi gibi faktörler de zorlayıcı davranışlar için güçlü belirleyicilerdendir. Buna kalabalık ve stresli hasta bakım ortamları, sosyal izolasyonda bulunan hastalar, kişinin güzensizlik hissi yaşaması, stresli ve yoğun yaşam koşulları, bulunulan ortamdaki uyaran fazlalığı veya eksikliği, iletişim sorunları örnek olarak verilebilir. Moell ve ark. (2025) yaptığı çalışmada kalabalık ve stresli bakım ortamlarının hem hastalarda davranışsal krizleri tetiklediği hem de personelin zorlayıcı müdahalelere yönelme riskinin arttığı vurgulanmıştır (Moell vd., 2025). Bu durum çevresel faktörleri ve sosyal çevreyi ele alınması gereken bir konu haline getirmektedir.

Aile ve kültürel etkiler

Aile bireyin geliştiği ilk sosyal ortamdır. Bireyin aile içindeki rolu ve ebeveyn tutumları bireyin davranışlarının şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte ele alınması gereken bir diğer faktör de kültürdür. Kültürel normlar ve

yaşanılan toplumdaki beklentiler de burada değerlendirilmesi gereken önemli bir faktördür. Aile içi iletişim problemleri, ailenin aşırı koruyucu bir tutum sergilemesi, çocukluk döneminden gelen zorlama döngüleri, kültürel beklentiler, ruhsal hastalığa yönelik damgalama ve ailenin bakım sürecindeki tutumu bu konuda ele alınması gereken önemli noktalardandır. Örneğin, Smith ve arkadaşları (2014), zorlayıcı ebeveyn davranışlarının ilerleyen yıllarda saldırganlık, karşıt olma, davranış sorunları ve dışa vurum sorunlarını arttırdığını göstermektedir (Smith vd., 2014).

Kurumsal ve bakım ortamına bağlı faktörler

Bakım verilen ortam yapısı, çalışan personel sayısı, çalışanların tutumu ve kurum politikaları zorlayıcı davranışların sıklığını etkilemektedir. Kurumdaki tutarsız uygulamalar, uzun bekleme süreleri, kısıtlama ve izolasyon deneyimleri, kurum içi stres, kurumdaki fiziksel yetersizlikler, personel sayısının yetersizliği ve personelin iletişim tarzı zorlayıcı davranışların sıklığına etki eden faktörlerdendir. Bakım ortamının insancıl değerlere uygun olmaması ve kurumsal uygulamalardaki tutarsızlık durumları, bakım alan bireyin stres düzeyini arttırmaktadır ve bu durumun zorlayıcı davranış sıklığını etkilediği belirtilmektedir (Möhn, 2021). Bu doğrultuda, zorlayıcı davranışların azaltılmasında yalnızca birey değil, bireyin bakım aldığı ortam ve bulunduğu kurumun uygulamaları da ele alınmalı ve düzenlenmelidir.

Sağlık personeli, zorlayıcı davranışların ortaya çıkma nedenlerini bilmeli ve nedene göre bütüncül bir bakış açısıyla hastaya yaklaşmalıdır. Her hasta bireysel değerlendirilmelidir. Hastaların sorunları ve çözüm yöntemi bireye yönelik olmalıdır. Hastalar ile güven temelli ve açık bir iletişim kurulmalıdır.

Zorlayıcı Davranışlara Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri ve Problem Çözme Becerileri

İletişim Temelli Yaklaşımlar

İletişim temelli bir yaklaşım, zorlayıcı davranışların temelinde yatan duyguyu anlamayı, ihtiyaçları belirlemeyi, yanlış anlaşılmaları azaltmayı ve en önemlisi terapötik ilişkiyi güçlendirmeyi hedeflemektedir. Sağlık personeli hasta ile açık ve gerekli sınırları olan bir iletişim kurup, aktif dinleme ve yansıtma gibi teknikler kullanarak hastaya anlaşılmış ve değer verilmiş hissi verilebilmektedir. Hastaya empatik bir yaklaşımla bakım sunulması karşı koyma davranışlarını azaltabilmektedir. Kullanılan iletişim dili, ses tonu, beden duruşu ve göz temasıyla uyumlu olmalıdır. Hasta ile iletişimde kullanılan tüm yöntemler hemşireler tarafındaan bilinmeli ve geliştirilmelidir. Simülasyon uygulamaları, kurumsal eğitimler ile hemşirelerin bilgi düzeyi arttırılmalıdır (Tölli vd., 2017).

Çevresel ve Yapılandırıcı Yaklaşımlar

Zorlayıcı davranışları tetikleyen çevresel uyaranların kontrol edilmesi davranış krizlerini önleyeceğinden sağlık personeli birçok uygulama yapabilmektedir. Güvenli çevresel düzenleme, kalabalık ortamların azaltılması ve düzenlenmesi, günlük rutinlerin yapılandırılması, uyaran fazlalığı varsa azaltılıp dengenin sağlanması ve kriz alanlarının oluşturulması buna örnek olarak verilebilir. Bütün bu süreçlerde hasta ile birlikte iletişime geçilip kendisinin tedaviye katılımı desteklenmelidir. Hastanın tercih ettiği veya talep ettiği yöntemler dikkate alınmalıdır. Örneğin Leontjevas'ın (2021), yaptığı çalışmada demans hastalarında ortamdaki sesin düzenlenmesi ile zorlayıcı davranışların azaldığı görülmüştür (Leontjevas, 2021).

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar

Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT), bireyin olumsuz düşünce ve davranış örüntüsünü fark ederek daha işlevsel olan bir davranışla bunu değiştirmesini amaçlayan yapılandırılmış psikoterapi yöntemidir（Thigpen vd., 2021）. Bu yaklaşımda hemşire, hastanın davranışlarını değerlendirerek o davranışın arkasında hangi duygu ve düşüncelerin olduğunu hastanın fark etmesini sağlamaktadır. Amaç hastanın davranışının nedenini anlamasını ve düşüncelerini değiştirerek daha uygun davranışlar geliştirmesini sağlamaktır. Hemşire bu yaklaşımla hastanın negatif ve işlevsiz düşüncelerini daha gerçekçi düşüncelerle değiştirmesine katkı sağlar. Bütün bu

süreçte hastayı etiketlememek ve yargılamamak dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur.

Sınır Koyma ve Profesyonel Rolün Korunması

Hemşire bir sağlık profesyoneli olarak profesyonel sınırlarını korumalıdır. Sınırları koyarken tutarlılık önemlidir ve tüm ekip aynı kuralları uygulamalıdır. Mesleki sınırlar terapötik ilişkinin etik, hasta yararına ve güvenli sürdürülebilmesinde kritik öneme sahiptir (Thomson vd., 2024). Hemşire bakım sürecinde üstünlük kurmaya çalışmamalı, sakin ve kararlı bir tutumla hastalara yaklaşmalıdır. Bu süreçte etik ilkelere bağlı kalmak, etik ilkeleri anlamak ve mesleki yaşamda bu bilinçle hareket etmek hemşirenin sorumluluklarındandır. Hemşire, hastaya uygun iletişim davranışlarını sergileyerek rol model olmalıdır.

De-eskalasyon ve Kriz Yönetimi

De-eskalasyon teknikleri zorlayıcı davranışların krize dönüşmesini engelleyen girişimleri içermektedir. Burada amaç gerilim artmadan hastayı sakinleştirmek, güvenliği sağlamak ve hastanın davranışının daha da kötüleşmesini önlemektir. Burada önce hemşirenin duygusal kontolünü sağlaması gerekmektedir aksi taktirde hastayı da sakinleştiremez. Hemşire sakin ve kontrollü ses tonuyla hastaya yaklaşmalı, fiziksel mesafeye dikkat etmeli, basit ve net cümleler kullanmalı, empati göstermeli fakat tartışmaya

girmemelidir. Hemşire uygun müdahale ve yaklaşımla kriz durumunu önlemelidir (Ayhan & Hiçdurmaz, 2020).

Multidisipliner İş Birliği ve Karar Verme Süreci

Etkin bakım ve multidisipliner iş birliği temelinde açık, yapılandırılmış ve zamanında iletişimin önemi büyüktür. Her ekip üyesi güçlü olduğu yönlerini barındıran mesleki yetkinliklerine göre rol almalı ve kriz anında müdahale etmelidir. Sağlık alanında standart klinik iletişim araçları kullanılabilmektedir. Son yıllarda Türkiye'de kullanımı yaygınlaşan SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation - Durum, Tıbbi Öykü, Değerlendirme, Öneriler), klinik iletişimde kullanılan, hasta durumunu daha net anlamayı ve ekip içi koordinasyonu sağlayan bir teknik olup zorlayıcı hasta davranışlarında hızlı ve doğru bilgi aktarımını sağlamaktadır (Cengiz & Seren İntepeler, 2021). Zorlayıcı davranış sırasında bilgi eksikliği ve ekip içi uyumsuzluk kriz durumunu büyütmekte olduğundan, SBAR yaşanılan kriz durumunda bilgi kaybını önlemekte, problem çözme ve karar verme becerisini destekleyerek hasta güvenliğini arttırmaktadır. Yapılan bir sistematik incelemede SBAR'ın klinik ortamda iletişimi iyileştirdiği ve hemşireler arası bilgi aktarımındaki hataların azaltılmasına katlı sağladığı gözlenmiştir (Lo vd., 2021).

Ortak karar alma ve bakımın planlanması, zorlayıcı hasta davranışlarının yönetiminde multidisipliner ekibin birlikte hareket

etmesini sağlayan temel süreçlerden biridir. Hastanın önceki tepkileri ve ruhsal durumu değerlendirilerek kapsamlı bir risk analizi yapılmaktadır. Bu değerlendirme doğrultusunda, hastayı kriz durumuna iten tetikleyicilerin azaltılması, erken uyarı belirtilerinin tespiti, uygulanacak iletişim teknikleri, de-eskolasyon stratejileri, çevresel düzenlemeler ve gerekli görülen farmokolojik yaklaşımları içeren hastaya özel planlanmış bir bakım planı oluşturulur. Bakım planı düzenli aralıklarla gözden geçirilir ve gerekli görülürse değişiklikler tekrardan planlanır.

Sonuç

Zorlayıcı hasta davranışları, psikiyatri hemşireliğinde hasta güvenliği, ekip işleyişi ve bakımın kalitesi açısından önemli bir konudur. Bu davranışların etkili şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Bu durumda hemşirelik iletişim becerileri ve bilgi birikimi önemli bir konu haline gelmektedir. Zorlayıcı hasta davranış türlerini bilmek hemşire için hastaya nasıl yaklaşacağını bilmesi konusunda büyük avantaj sağlar. Hemşire bu bilgi birikimine sahip olursa hastaya daha net ve açık bir iletişim tarzıyla yaklaşabilir. Bununla birlikte diğer önemli konu bu davranışların ortaya çıkma nedenleri olmaktadır. Bu davranışların ortaya çıkmasında tetikleyici bir unsur yatmaktadır. Bu çıkış nedeni her hastada farklılık göstermektedir. Bunu anlamak için hasta ile etkili iletişim kurarak neden belirlenmeli ve ona göre bir müdahale yapılmalıdır. Bu nedene göre hemşirelik müdahaleleri farklılık göstermektedir. Bunun nedeni her hastanın

bireysel olarak değerlendirilmesi ve ayrı ayrı ele alınmasıdır. Bu süreçte ekip içi iletişim ve işbirliği de dikkate alınmalıdır. Koordine olmuş bir ekip ile hastanın kriz durumu engellenmiş olur. Ekip iletişiminde kopukluk olursa yanlış müdahaleler sonucunda kriz durumları tetiklenebilmektedir. Bunu önlemenin en önemli yolu iletişimdir. Hem hasta hem ekip içi iletişimin kalitesi zorlayıcı davranışın ortaya çıkmasını engellemektedir.

Kaynakça

- Adeniyi, O., & Puzi, N. (2021). Management approaches for patients with violent and aggressive behaviours in a district hospital in South Africa. *South African Family Practice, 63*(1), 1–6. doi:10.4102/safp.v63i1.5393
- Ayhan, D., & Hiçdurmaz, D. (2020). De-escalation model in the simple form as aggression management in psychiatric services. *Journal of Psychiatric Nursing, 11*(3), 251–259. doi:10.14744/phd.2020.80488
- Cengiz. G & Seren İntepeler, Ş. (2021). Hasta Güvenliği İletişim Aracına Uygun Nöbet Teslim Sürecinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 14(4), 404-412. doi:10.46483/deuhfed.866887
- Den Ouden, L., Suo, C., Albertella, L., Greenwood, L.-M., Lee, R. S. C., Fontenelle, L. F., Parkes, L., Tiego, J., Chamberlain, S. R., Richardson, K., Segrave, R., & Yücel, M. (2022). Transdiagnostic phenotypes of compulsive behavior and associations with psychological, cognitive, and neurobiological affective processing. *Translational Psychiatry, 12*, Article 26. doi:10.1038/s41398-021-01773-1
- Fernandez, A., Askenazy, F., Zeghari, R., Auby, P., Robert, P., Thümmler, S., & Gindt, M. (2024). Somatic and posttraumatic stress symptoms in children and adolescents in France. *JAMA Network Open, 7*(4), e247193. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.7193
- Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(1), 1–18. doi:10.1016/S0887-6185(02)00184-7
- Kołodziej, K., Lickiewicz, J., Jelonek, E., Młocek, M., Murzyn, M., & Dudek, M. (2021). Psychiatric nurses' experiences of patient aggression [Doświadczanie zjawiska agresji przez pielęgniarki psychiatryczne].

Pielęgniarstwo XXI Wieku, 20(4), 157–163. doi:10.2478/pielxxiw-2021-0021

- Leontjevas, R. (2021). Soundscape in nursing homes as a treatment strategy for challenging behavior in dementia? *International Psychogeriatrics, 33*(5), 553–556. doi:10.1017/S1041610220003348
- Lo, L., Rotteau, L., & Shojania, K. G. (2021). Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ Open, 11*(11), e055247. doi:10.1136/bmjopen-2021-055247
- Moell, A., Rozental, A., Buchmayer, S., Kaltiala, R., & Långström, N. (2025). Perceived determinants of coercion use in inpatient child and adolescent psychiatry: A qualitative interview study with staff. *BMC Psychiatry, 25*, Article 669. doi:10.1186/s12888-025-06690-x
- Möhn, A. (2021). *Best practice: A personalized and humanized environment*. doi:10.48718/sfgx-9v49
- Potter, N. N. (2006). What is manipulative behavior, anyway? *Journal of Personality Disorders, 20*(2), 139–156. doi:10.1521/pedi.2006.20.2.139
- Rivedal, D. D., Cichocki, M., & Chung, K. C. (2023). Dealing with difficult people and why it matters. *Plastic and Reconstructive Surgery, 152*(5), 923–928. doi:10.1097/PRS.0000000000010790
- Schanz, C. G., Equit, M., Schäfer, S. K., & Michael, T. (2022). Self-directed passive-aggressive behaviour as a central component of depression: Findings from two cross-sectional observational studies. *BMC Psychiatry, 22*, Article 267. doi:10.1186/s12888-022-04028-1
- Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., Winter, C. E., & Patterson, G. R. (2014). Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. *Development and Psychopathology, 26*(3), 917–932. doi:10.1017/S0954579414000169

- Thigpen, M., Beauclair, T., & Milkman, H. (2021). Cognitive behavioral therapy. In *Encyclopedia of gerontology and population aging*. Springer. doi:10.1007/978-3-030-22009-9_300422
- Thomson, A. E., Karpa, J., & Smith, N. (2024). Psychiatric nurse and educator perspectives on professional boundaries in nursing education: An interpretive description study. *Journal of Professional Nursing, 52*, 80–85. doi:10.1016/j.profnurs.2024.03.011
- Tölli, S., Partanen, P., Kontio, R., & Häggman-Laitila, A. (2017). A quantitative systematic review of the effects of training interventions on enhancing the competence of nursing staff in managing challenging patient behaviour. *Journal of Advanced Nursing, 73*(12), 2817–2831. doi:10.1111/jan.13351
- Zolkefli, Y. (2021). Zorlu hemşire-hasta karşılaşmalarına yanıt verme. *Uluslararası Bakım Bilginleri Dergisi, 4*(1), 61–62. doi:10.31436/ijcs.v4i1.162

BÖLÜM 2

AİLE SİSTEMİNDE RİSK FAKTÖRLERİ: YAŞAM DÖNGÜSÜ, YÜKSEK RİSKLİ AİLELER VE HEMŞİRELİK MÜDAHALELERİ

Öğr. Gör. Dr. Hacer ALEMDAR[1]
Şevval GÜRSEL

Giriş

Aile, bireyin gelişiminin temellendiği, biyopsikososyal süreçleri doğrudan etkileyen temel sosyal bir birimdir. Aile içinde meydana gelen yapısal, işlevsel ve çevresel değişkenler, bireyleri her yönden etkileyebilmektedir. Birey sağlığı, aile sağlığını, aile sağlığı ise toplum sağlığı üzerinde belirleyici olmaktadır. Ailede ki risk faktörleri, aile işlevselliğini bozduğu gibi birey ve toplumu da etkilemektedir. Aile de risk durumlarının tespit edilmesi genel sağlık açısından önem taşımaktadır. Aynı zamanda risk faktörleri ve riskli sağlık davranışları kuşaklar arası aktarılmakta ve sorunlar sürmektedir (Schoon & Melis, 2019)

Ailede risk faktörleri; kronik hastalıklar, madde kullanımı, aile içi şiddet ve ruhsal hastalıklarla mücadele gibi stresli ve baş etmede

[1] Öğr. Gör. Dr., Düzce Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Orcid: 0000-0001-8599-3213

zorluk yaratan yaşam olaylarını içermektedir. Aile süreçlerinin işlevselliğini ve denge sisteminin bozan risk durumları olumsuz sağlık davranışlarıyla ilişkilendirilmektedir. Bu durum sağlık hizmet arayışında artışa sebebiyet vermektedir. Özellikle çocuklar, yaşlılar ve kronik hastalıkları olan bireyler risk faktörlerine karşı daha kırılgan gruplar içerisinde yer almaktadır.

Psikiyatri hemşireliği bağlamında ele alındığında ise risk faktörlerinin erken tanılanması, koruyucu ve önleyici müdahalelerin planlanması açısından önemlidir. Hemşireler, aileyi bütüncül olarak değerlendirme, aile sistemini güçlendirme ve uygun müdahaleleri uygulama konusunda önemli bir role sahiptir.

Ailede Risk Faktörlerinin Sınıflandırılması

Aile yapısında var olan risk faktörleri bireylerin gelişimi ve ruhsal iyilik hali üzerinde önemli sonuçlar yaratmaktadır. Risk faktörleri tek bir nedene indirgenemez. Nedenler arasında biyolojik, genetik, psikososyal, çevresel, kültürel ve toplumsal etkiler bulunmaktadır (Nakata vd., 2013). Bu unsurların birbirleriyle etkileşimleri sonucunda karmaşık yapılı riskler ortaya çıkmaktadır. Psikiyatri hemşireliği açısından risk faktörlerinin sınıflandırılması, aileye yönelik bütüncül değerlendirme sürecinin temelinde yer almaktadır. Bu sınıflandırma sayesinde kırılgan gruplar ve bireyler erken dönemde tanımlanmakta ve bakım planları bu doğrultu da uygulanabilmektedir.

- Psikososyal Risk Faktörleri

Aile içi psikososyal riskler genellikle stresli yaşam olayları, ekonomik güçlükler ve sosyal destek yetersizliği olarak göze çarpmaktadır. Bunun yanında etkisiz stres yönetimi, sosyal dışlanma, duygusal destek eksikliği ve sağlıksız yas süreçleri psikososyal uyumu zorlaştıran temel risk alanları içerisinde yer almaktadır (Nasir vd., 2019). Bütün bu risk faktörleri aile bireylerinin baş etme, problem çözme ve aile içi rollerini etkin biçimde yerine getirme becerilerini olumsuz yönde etkilemektedir.

- Çevresel ve Sosyoekonomik Risk Faktörleri

Çevresel ve sosyoekonomik risk faktörleri, ailenin içinde bulunduğu fiziksel, ekonomik ve toplumsal koşulların bireylerin sağlık durumları ve ruhsal iyilik hali üzerindeki belirleyici etkilerini kapsamaktadır. Düşük sosyoekonomik durum, fiziksel istismar, yoksulluk, evsizlik, ve toplumsal şiddete maruz kalma gibi faktörler burada göze çarpmaktadır (Öz & Yılmaz, 2009).

- Kültürel ve Toplumsal Risk Faktörleri

Kültürel ve toplumsal risk faktörleri, ailenin içinde bulunduğu kültür ve toplum normlarına göre değişiklik göstermektedir. Kültür aile üyelerinin hastalığı algılama şekli, stresle baş etme mekanizmaları ve aile içi rollerde ki yapılanmayı doğrudan etkileyerek aile işlevselliği üzerinde önemli rol oynamaktadır (WHO, 2022). Kültürel özellikler toplumdan topluma değişmekte ve aynı toplum içerisinde farklı uygulamalar görülebilmektedir. Ülkemizde toplumun ve kültürün etkisiyle risk etkenlerinin değişkenlik gösterdiği bilinmektedir (Öztürk vd.,2012).

Toplumsal ve kültürel düzeyde özellikle ruhsal hastalıklar, bağımlılık ve şiddet varlığı aileler için önemli risk faktörleridir. Benzer şekilde göçmen aile yapılarında kültürel uyum sorunları ve negatif ayrımcılık yaşantıları da, toplumsal risk faktörleri olarak göze çarpmaktadır.

Psikiyatri hemşirelerinin değerlendirme sürecinde kültürel farklılıkları dikkate alması, hem bakım hem de rehabilitasyon süreçlerinin etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik uygulamalarında, bireylerin kültürel özelliklerini tanımaya yönelik rehberlerin kullanılması bu süreci destekleyebilir. Bu sayede hemşireler, bireylerin sağlık ve hastalık durumlarına ilişkin tutumlarını daha iyi anlayarak olası olumsuz algıların ve davranışların ortaya çıkmasını önleyebilir (Tanrıverdi vd., 2009).

Aile Yaşam Döngüsüne Göre Risk Faktörleri

Aile yaşam döngüsü, ailenin zaman içinde geçirdiği gelişimsel evreleri ve bu evrelere ait görevleri tanımlayan dinamik süreçtir. Aile yaşam döngüsüne özgü risk faktörlerinin değerlendirilmesi, aileyi gelişimsel bir sistem olarak kabul eden bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir. Riskli grupların karşılaşabileceği sorunlar aile yaşam döngüsü içerisinde kaçınılmaz olmaktadır. Aile içerisinde

zamana bağlı yaşam değişikliklerin, çocukları ve ergenleri, anne-babaları ve yaşlılık dönemindeki bireyleri risk altında bırakabileceği düşünülmektedir (Özel & Üstün, 2023).

- Çocukluk ve Ergenlik Dönemi

Çocukluk ve ergenlik dönemi, bireyin biyo-psiko-sosyal gelişiminin hızlandığı ve aile içi yapılarda rol oynadığı yaşam evresidir. Bu dönemde aile içi iletişim sorunları, duygusal ihmal, istismar ve sosyoekonomik güçlükler önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Özellikle ergenlik dönemlerinde kimlik gelişimi, bağımsızlaşma çabaları ve akademik beklentiler, aile içi çatışmaları artırarak ruhsal sorunların görülme olasılığını arttırabilmektedir. Aile içerisindeki bu risklerin erken tanılanması psikiyatri hemşirelerinin önemli rollerindendir. Psikiyatri hemşireleri, riskli gruptaki çocukların erken tanılanmasında ve müdahale planlayarak, çocuk ve ergenin ruh sağlığını geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Multidisipliner bir yaklaşımla birlikte sağlık sistemi, okul ve aileler arasında ki dengenin kurulmasında hemşirelere önemli roller düşmektedir (Ayhan vd., 2022)

- Ebeveynlik Dönemi

Ebeveynlik dönemi, aile yaşam döngüsünde artan sorumluluklar, rol değişimleri ve artan bakım verici yükü ile birlikte bireyler için daha zorlu bir dönem olabilmektedir. Özellikle tek ebeveynli aileler, düşük sosyoekonomik düzeydeki aileler ve kronik hastalığı olan çocuklara sahip aileler açısından bu süreç zorlu bir dönem olabilmektedir. Ebeveynlik döneminde yaşanan uzun süreli stres farklı sağlık problemlere yol açabilmekte ve aile işlevselliğini bozabilmektedir (Aksoy & Diken, 2009). Psikiyatri hemşireliği bu döneme özgü risklerin erken tanılanması, aile merkezli destek sistemlerinin geliştirilmesi, aile içi rollerin yeniden yapılanması ve geliştirilmesinde önemli rollere sahiptir.

- Yaşlılık Dönemi

Yaşlılık dönemi, aile yaşam döngüsünde kayıp ve yas deneyimleri, kronik hastalıklar ve bakım gereksinimleri arttığı dönem olarak bilinmektedir. Bu döneme özgü aile üyelerinin yaşlı bireylere bakım verme sorumluluğunun artması, fiziksel ve duygusal yükün artmasına neden olmaktadır. Yaşlı bireylerin yaşamdan beklentilerin düşmesi, ölüm kaygılarının artması ve öz bakım için destek beklemeleri, ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlı bireylerin değerlendirilmesinde bilişsel ve mental durum da ele alınmaktadır Hemşirelerin yaşlılara yönelik ruhsal gelişim dönemleri, bu dönemde görülebilecek fiziksel, duygusal, sosyal problemler ve bu problemlerle baş etme davranışlarının iyileştirmesi için görev ve sorumlulukları bulunmaktadır.. Hemşirelik bakımında, bireyin temel gereksinimlerinin karşılanması ve bağımsız fonksiyonlarının geliştirilmesi, birey ve ailesinin bakım ve tedavide desteklenmesi ve tedavi hakkında bilgilendirme yapılması hemşirelerin önceliklerindendir (Şahin vd., 2012).

Sağlıkta Yüksek Riskli Aileler

Sağlıkta yüksek riskli aileler, ailenin yapısı ve işlevselliği nedeniyle biyopsikososyal sağlıklarının tehdit altında olduğu aile yapılarını tanımlamaktadır. Bu ailelerde kronik hastalıklar, ruhsal bozukluklar, bağımlılık davranışları ve travmatik yaşantılar gibi risk faktörleri bir arada bulunabilmekte ve bu risk faktörleri aile işlevselliğini zayıflatabilmektedir. Süreklilik gösteren riskler aile üyelerini kırılgan gruplar haline getirmekte ve sağlık hizmetlerine olan gereksinim düzeylerinin arttırmaktadır. Yüksek riskli aile grupları aşağıdaki başlıklar halinde ele alınmaktadır;

- Kronik Hastalık Yükü Olan Aileler

Kronik hastalıklar, bireyin yaşam kalitesini uzun vadede etkileyen, uzun süreli bakım ve rehabilitasyon gerektiren kompleks

sağlık sorunlarıdır. Bu hastalıklarda rehabilitasyon süreci, yalnızca hastalığı yaşayan bireyle sınırlı olmayıp, aile sisteminin tamamını kapsayan bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir (WHO, 2021). Bu nedenle ailenin sürece katılımı, kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde rehabilitasyon anlayışı, tedavinin yalnızca hastanede sınırlı kalmaması gerektiğine, tam tersine bireyin yaşadığı çevre ve aile bireylerinin de bu sürece dahil edilmesi gerektiğini belirtmektedir (Lippi vd., 2022; Heybet, 2025).

Aile, bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal alanlardaki iyilik halini devam ettirebilmesinde temel destek yapılarındandır. Özellikle kronik hastalık durumlarında, aile bireyleri bakım verici ve baş etme kaynağı olarak önemli rollere sahiptirler (Gilliss vd., 2022; Heybet, 2025). Kronik hastalık yönetiminde başarıyı etkileyen en önemli unsur aile ve sağlık ekibinin işbirliğidir. Aile üyeleri, bu hastalıklarda hasta olan aile üyesine karşı hem duygusal destek verici hem de tedavinin yürütülmesinde önemli roller üstlenmektedir. Sağlık ekibi ve aile arasındaki işbirliğinin kuvvetli olmadığı durumlarda tedavi süreci olumsuz etkilenebilir. Bunu önlemek açısından kronik hastalıklarda psikiyatri hemşireleri, doğru bilgilendirme, empatik ve açık iletişim, aile üyelerinin baş etme mekanizmalarını güçlendirme ve karar süreçlerinde hastanın ve ailenin aktif katılımını sağlamak gibi önemli rolleri üstlenmektedir.

- Ruhsal Bozukluklarla İlişkili Riskler

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımında ruhsal hastalıklara da yer verilmiş ve sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlık olmayışı değil bireyin biyopsikososyal yönden tam bir iyilik halinde oluşu olarak tanımlamıştır. Ruhsal bozukluklar, bireyin bilişsel, duyuşsal ve davranışsal işlevselliğini etkileyen, sıklıkla aile yapısının tamamının da etki gösterebilen çok boyutlu riskler oluşturan sağlık sorunlarıdır. Aile bireylerinin birinde ruhsal

bozukluk görülmesi, aile işlevselliğinde bozulma, aile içi rollerde değişim, iletişim örüntülerinde aksama ve bakım verme yükünün artmasına sebep olan önemli bir durumdur. Ruhsal bozukluklar yalnızca bireyi değil, aile üyelerinin de ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

- Bağımlılıkla İlgili Yüksek Riskli Durumlar

Madde kullanım davranışları, günümüzde karşılaşılan en yaygın sağlık sorunlarından biri olup, küresel ölçekte olduğu gibi Türkiye açısından da ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (Görgülü, 2019). Bu davranışların artışıyla birlikte yalnızca biyolojik, sosyolojik ve psikolojik düzeyde değil; bireylerin iş yaşamı, eğitim süreci, aile ilişkileri ve sosyal çevreleriyle olan etkileşimlerinde de uyum problemleri ortaya çıkabilmektedir. Ortaya çıkan bu çok boyutlu sorunlar yalnızca bireyin sağlığını değil, aynı zamanda dolaylı yoldan toplumun genel sağlığını ve işlevselliğini de olumsuz etkilemektedir. Nitekim bireyin sağlığı, toplum sağlığının temel yapı taşını oluşturmaktadır (Yüksel & Tuzcu, 2024; Özcaner & Balkır, 2025).

Ayrıca günümüzde yalnızca alkol ve madde bağımlılığı değil; kumar, seks, alışveriş, yeme, oyun oynama, telefon ve televizyon gibi birçok farklı davranışın da bağımlılık oluşturabileceği bilinmektedir (Kayaoğlu, 2021). Bağımlılıklar bir toplum sağlığı problemidir. Bu nedenle bağımlılıklarla mücadelede multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Bu yaklaşımda psikiyatri hemşiresi; bağımlılık konusunda toplumu bilgilendirme süreçlerinde rol alan, psikolojik sağlığı koruma ve geliştirmede danışmanlık sunan ve rehabilitasyon süreçlerinde yer alan bir disiplindir. Bağımlılık türlerinin tedavi süreçleri ömür boyu süren bir yol olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple süreç içerisinde bilgi ve beceri kazandırmak amacıyla aralıklarla psikoeğitimlerin tekrarlanması ve danışmanlık hizmetlerinin devam ettirilmesi önemlidir. Psikoeğitim

ve sağlık eğitimleri hemşirelerin en önemli rollerinden olup, bu alanlarda çalışan hemşirelerin bağımlılıkla ilgili danışmanlık vermeleri beklenmektedir (Kayaoğlu, 2021).

- Şiddet ve Travma

Aile içinde veya aileyi doğrudan etkileyen şiddet ve travmatik yaşantılar, sağlık açısından yüksek riskli ailelerin de en önemli belirleyicileri arasında yer almaktadır. Fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik şiddet türleri ile ihmal ve istismar, sadece maruz kalan bireyi değil, aile yapısının tamamını ruhsal, sosyal ve fiziksel işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Çıkrık & Şahin, 2023). Şiddet ve travma, yaşam döngüsünün her anında ortaya çıkabilmekte ve uzun süreli sağlık sorunlarına sebebiyet vermektedir. Şiddetin her türlüsünün mental sağlık üzerinde olumsuz etkileri bulunmakta, bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir. Şiddetin ve travmaların bıraktığı etki, tipi, yeri süresi, boyutu, kişinin baş etme mekanizmalarına ve destek sistemlerine göre değişiklik göstermektedir. Şiddet ve travma mağdurlarına karşı tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde multidisipliner bir yaklaşım uygulanmalıdır. Bu aşamada psikiyatri hemşireleri önemli rollere sahiptir. Psikiyatri hemşireleri şiddeti ve travma durumlarını gösteren ya da düşündüren durumları iyi tanımalı ve gözlem yapmalıdır. Gözlemlenen kişilere karşı ön yargısız olunmalı, suçlayıcı tavırlardan uzak durulmalıdır. Multidisipliner bir yaklaşım için ekip işlevselliğine önem verilmelidir. Psikiyatri hemşireleri şiddetin önlenmesine yönelik tedbirler almalı, öfke kontrolleri konusunda danışmanlık vermeli, sağlık eğitimleri planlamalı, şiddet ve travma durumu geliştiği durumlarda erken müdahale etmeli, sonrasında da aileye danışmanlık sağlayarak rehabilitasyon sürecine katkıda bulunmalıdır (Çıkrık ve Şahin, 2023).

Risk Yönetimi ve Hemşirelik Müdahaleleri

Risk yönetimi, aile ve bireylerin ruhsal sağlığını tehdit eden etmenlerin tanılanması, değerlendirilmesi ve bu risklerin olumsuz sonuçlarının önlenmesine yönelik müdahalelerin planlanmasını kapsayan bütüncül bir süreçtir. Psikiyatri hemşireliği planlamalarında risk yönetimi, sadece mevcut sorunlarla sınırlı kalmayıp, koruyucu ve geliştirici yaklaşımlarla risklerin ortaya çıkmadan önce kontrol altına alınmasını hedeflemektedir. Bu yaklaşım, aileyi çevresiyle birlikte ele alan biyopsikososyal model olarak yürütülmektedir (İnce, 2008).

- Koruyucu-Ruhsal Sağlığı Geliştirici Yaklaşımlar

Koruyucu ve ruhsal sağlığı geliştirici yaklaşımlar, risk faktörlerinin etkisini azaltmayı amaçlayan temel hemşirelik girişimleridir. Bu kapsamda psikoeğitim, stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi, sağlıklı iletişimin desteklenmesi ve destek kaynaklarının güçlendirilmesi öncelikli uygulamalar arasında yer almaktadır. Ailelere yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal bozuklukların erken dönemde önlenmesinde etkili bir yaklaşım olarak göze çarpmaktadır. Psikiyatri hemşireleri ailelerin güçlü yönlerini belirleyerek dayanıklılığı iyileştirmeye yönelik girişimler planlamakta, risk altındaki birey ve gruplar için izlem ve danışmanlık hizmetleri sunmaktadır (Özer & Altun, 2022).

- Kriz Yönetimi ve Erken Müdahale

Kriz yönetimi, aile yaşamında ani ve yoğun stres yaratan olaylar karşısında bireylerin işlevselliğini yeniden kazandırmayı hedefleyen müdahaleleri içermektedir. Erken müdahale, krizlerin kronik ruhsal sorunlara dönüşmemesi için önemlidir. Psikiyatri hemşirelerinin kriz sürecinde, risk değerlendirmesi yapma, güvenliği sağlama, duygusal destek sunma gibi uygun danışmanlık verme şeklinde sorumlulukları bulunmaktadır (Yıldız vd., 2023).

- Multidisipliner İş Birliğinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Ruhsal sağlıkla ilişkili risklerin yönetimi, disiplinler arası bir ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, aile odaklı bütüncül bakımın sürekliliğini sağlama sorumluluğunu taşımakta ve bu kapsamda, multidisipliner iş birliği içerisinde bakım planlarının uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi aşamalarında etkin biçimde görev almaktadır. Bu yaklaşım, risklerin etkili şekilde yönetilmesini ve aile temelli ruh sağlığı hizmetlerinin verimliliğinin artırılmasını desteklemektedir (Yıldız vd., 2023).

Aile, bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığının şekillendiği temel sosyal sistem olup, aile içinde var olan risk faktörleri bireylerin yaşam boyu sağlıkları üzerinde etkiye sahiptir. Aile sağlığının değerlendirilmesi, korunması ve geliştirilmesinde bütüncül değerlendirme önemlidir. Aile yaşam döngüsüne göre risklerin incelenmesi, çocukluk ve ergenlikten yaşlılık dönemine kadar her evrenin kendine özgü riskler bulunduğu ve bu riskler zamanında tanılanmadığında ruhsal bozukluklar, işlev kayıpları ve aile bütünlüğünde bozulmalar gözükebilmektedir.

Sonuç olarak, ailede risk faktörlerine yönelik etkili müdahalelerin geliştirilmesi, sadece bireysel tedavi odaklı değil, aile merkezli ve yaşam döngüsü temelli yaklaşımları önemli kılmaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin bütüncül yaklaşımı, ailelerin dayanıklılığının arttırılması, ruhsal sağlığın korunması ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesine önemli katkılar sunmaktadır.

KAYNAKÇA

Ayhan, C. H., Uluman, Ö., & Buzlu, S. (2022). Çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede önemli bir güç: Hemşireler. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, *8*(2), 87–96. doi:10.55646/jaren.2022.08769

Çıkrık, M. A., & Şahin, N. H. (2023). Aile içi şiddetin kadın sağlığına etkisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, *8*(3), 561–568. doi:10.25279/sak.1075161

Gilliss, C. L., Pan, W., & Davis, L. L. (2019). Family involvement in adult chronic disease care: Reviewing the systematic reviews. *Journal of Family Nursing*, *25*(1), 3–27. doi:10.1177/1074840718819320

Görgülü, T. (2019). Madde kullanım risk faktörleri ve madde kullanım davranışının sonuçları: Madde kullanıcılarının deneyimlerine ilişkin nitel bir çalışma. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, *6*(3), 617–647. doi:10.15805/addicta.2019.6.3.0007

Heybet, S. (2025). Aile temelli rehabilitasyon: Kronik hastalıklarda ailenin terapötik rolü: Bir derleme. *Journal of PAN Sciences*, *1*(2), 56–65.

İnce, B. S. (2008). Hastanelerde risk yönetimi ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *24*(3), 73–81.

Kayaoğlu, K. (2021). İnternet bağımlılığı ve psikiyatri hemşireliği. In *Psiko-sosyal boyutuyla sağlık: Uluslararası Farklı Boyutlarıyla Sağlık Konferansı (ICDAH2020) seçme bildiriler-3* (s. 57).

Kayaoğlu, K. (2021). Çocuk ve ergenlerde madde kullanım bozukluğu ve psikiyatri hemşireliği. In *Psiko-sosyal boyutuyla sağlık: Uluslararası Farklı Boyutlarıyla Sağlık Konferansı (ICDAH2020) seçme bildiriler-3* (s. 85).

Lippi, L., de Sire, A., Folli, A., Turco, A., Moalli, S., Ammendolia, A., & Invernizzi, M. (2022). Environmental factors in the rehabilitation framework: Role of the One Health approach to improve the complex management of disability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(22), 15186. doi:10.3390/ijerph192215186

Nakata, P. T., Koltermann, L. I., de Vargas, K. R., Moreira, P. W., Duarte, Ê. R., & Rosset-Cruz, I. (2013). Classification of family risk in a family health center. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *21*(5), 1088–1095. doi:10.1590/S0104-11692013000500011

Nasir, A., Zimmer, A., Taylor, D., & Santo, J. (2019). Psychosocial assessment of the family in the clinical setting. *BMC Psychology*, *7*(1), 3. doi:10.1186/s40359-018-0277-5

Öz, F., & Yılmaz, U. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *16*(3), 82–89.

Özay, A., & Yüksel, H. (2024). Madde bağımlılığı tedavisi görmüş bireylerin gözünden madde kullanımı: Nedenler, tedavi süreçleri ve toplumla bütünleşme. *The Journal of Social Sciences*, *68*(68), 366–415. doi:10.29228/SOBIDER.74591

Özel, M., & Üstün, G. (2023). Aile yaşam döngüsü içerisinde ruh sağlığı açısından riskli ve özel gruplar. *Sosyal Bilimler Araştırmaları*, *3*(5), xx–xx. (Genişletilmiş bildiri, Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları-I Öğrenci Sempozyumu, 27–28 Nisan 2023).

Özer, D., & Altun, Ö. Ş. (2022). Ruh sağlığı okuryazarlığı: Farkındalık ile toplum ruh sağlığını güçlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *14*(2), 284–289.

Öztürk, R., Kavlak, O., & Sevil, Ü. (2012). Postpartum depresyonda kültürel faktörlerin önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *28*(3), 107–116.

Schoon, I., & Melis, G. (2019). Intergenerational transmission of family adversity: Examining constellations of risk factors. *PLOS ONE*, *14*(4), e0214801. doi:10.1371/journal.pone.0214801

Şahin, D., Aydın, A., Şimşek, N., & Cabar, H. D. (2012). Yaşlılık, depresyon ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *3*(1), 38–41. doi:10.5505/phd.2012.43153

Tanrıverdi, G., Seviğ, Ü., Bayat, M., & Birkök, M. C. (2009). Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, *6*(1), 793–806.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.

Yıldız, M. İ., Başterzi, A. D., Yıldırım, E. A., Yüksel, Ş., Aker, A. T., Semerci, B., & Hacıoğlu Yıldırım, M. (2023). Deprem sonrası erken dönemde koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmeti: Türkiye Psikiyatri Derneği uzman görüşü. *Turkish Journal of Psychiatry*, *34*(1), 1–12.

Özcaner, P. Z. P., & Balkır, F. (2025). Madde kötüye kullanımı ve risk faktörleri üzerine bir gözden geçirme. *International Journal of Social Sciences (IJSS)*, *9*(41), 497–516.

BÖLÜM 3

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE AİLE-KÜLTÜR ETKİLEŞİMİ: BAKIM SÜRECİNİN GÖRÜNMEYEN DİNAMİKLERİ

Öğr. Gör. Dr. Hacer ALEMDAR[1]
Edanur CERRAH EMİR

Giriş

Her birey dünyaya bir aile ortamında gelir. Aile ortamı, hayata dair ilk tecrübelerin, ilişkilerin temelinin atıldığı yerdir. Bireyler, aile yaşamında sosyo-kültürel hayatı öğrenir, gelişir ve şekillenir. Yaşam boyunca aile içinde yaşanan bütün gelişmeler, sorunlar, bireyin bulunduğu dönemi ve geleceğini şekillendirir. Dolayısıyla, aile ortamı ve bulunduğu sosyal çevre, bireyin kimliğini, ruh sağlığını ve sosyal ilişkilerini şekillendirir (McGoldrick vd., 2014).

Kültür, bir grup insanın aynı dil, ortak değerler ve inanışlara sahip olduğu bir topluğu temsil eden geniş bir terimdir. Bireylerin düşünceleri ve toplum içindeki davranışları aile içinde çocukluktan

[1] Öğr. Gör. Dr., Düzce Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Orcid: 0000-0001-8599-3213

itibaren öğrenilir ve şekillenir. Birey kabul görülebilir davranışları çocukluk döneminden itibaren öğrenir ve bu öğreniş sosyal çevreyle ilişki kurana kadar devam eder. (McGoldrick vd., 2014). Bir kültürün inanç ve değeri, gelenekleri ve normları nesilden nesile aktarımla ilerler. Değerler ve gelenekler, bir toplumdaki bireylerin öğrenip alıştıkları davranış biçimleridir. Örneğin kadın bir hasta enjeksiyon yaptırmak için erkek hemşireyi gördüğünde çekiniyorsa bulunduğu kültürün değerlerini yansıtıyordur. (Bolsoy & Sevil, 2006). Aile, geleneksel davranışların ve değerlerin uygulanmasında etkin bir role sahiptir. Fakat bu konuda bireyi sosyal medya, dini değerler, eğitim hayatı, ekonomik şartlar da önemli ölçüde etkiler ve şekillendirir. Mesela, birey bir kayıp yaşadığında bu durumu ifade ediş biçimi yine bulunduğu kültürün değerine göre biçimlenir. Kültür içinde alt kültürler barındırır. Bu alt kültüre mensup bireyler cinsel yönelim, dini ve manevi değerler, etnik köken, sosyoekonomik koşullar, meslek, ırk, cinsiyet, yaş ve hatta sağlık durumu gibi ortak nitelikleri paylaşabilirler. Bu durum bir kişinin hem genel toplumdan hem de birden fazla alt kültürden etkilenmesine yol açabilir. Bu nedenle, hastalığa yüklenen anlam, uyum biçimleri, baş etme stratejileri ve iletişim tarzları kültüre göre farklılık gösterebilen unsurlardır. Dolayısıyla, hastalıkların ortaya çıkışı ve algılanışında kültürün önemli bir rol oynadığı söylenebilir. Hasta ve hemşire aynı kültürel yapıyı paylaşabileceği gibi farklı kültürlere de sahip olabilirler. Bu bağlamda, psikiyatri hemşirelerinin hasta ve aileyi etkileyen etmenler ve etmenlerin davranışlar üzerindeki yansımalarına karşı duyarlı olmaları gerekmektedir (McGoldrick vd., 2014; Bolsoy & Sevil, 2006).

Psikiyatri hemşireleri farklı kültürel ve etnik geçmişlere sahip ailelere hizmet sunabilen sağlık çalışanları arasında yer almaktadır. Hemşirelik alanındaki kuramcılardan Peplau, kültürün ruh sağlığı üzerindeki belirleyici etkisini ilk kez dile getiren isimlerden biridir (Işık vd., 2024). Bununla birlikte Leininger,

kültüre duyarlı hemşirelik bakımının gerekliliğini vurgulayan bir diğer önemli teorisyendir (Tortumluoğlu, 2004). Madeleine Leininger'in kültürel bakım kuramı ise hemşirelik uygulamalarında temel bir unsur olan bakım olgusunu merkeze almaktadır. Metaparadigmasında birey; fiziksel, manevi, psikolojik ve sosyokültürel boyutlarıyla birlikte bakım alan bir varlık olarak ele alınmaktadır. Her bireyin kendi kültürel özellikleri ve gereksinimleri doğrultusunda bakım alma hakkı bulunmaktadır. Bu doğrultuda, kültüre duyarlı bakım sunumu; günümüzde artan göz hareketlerine bağlı kültürel çeşitlilik ve evde sunulan sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması nedeniyle giderek zorunlu bir gereklilik haline gelmiştir (İz & Temel, 2009). Kültüre özgü bakımın sağlanabilmesi ve uygun bilimsel kuramların doğru şekilde uygulanabilmesi içim psikiyatri hemşirelerinin, birey ve ailenin gereksinimlerini temel alam bilimsel ve kültürel açıdan uyumlu bakım sunmaları büyük önem taşımaktadır. Kültürel açıdan uygun olmayan hemşirelik uygulamalarının tercih edilmesi ise gerilim ve çatışmalara yol açabilmektedir. Hasta ve aile uyumunun desteklenmesi, saygının gösterilmesi, kültürel farkındalığın geliştirilmesi, bilgi sahibi olunması, ırkçı olmayan tutumların benimsenmesi ve bütüncül yaklaşımın sergilenmesi kültürlerarası hemşirelik uygulamalarıyla mümkün olmaktadır (Leininger, 2002). Kültürel farklılıklar, değişik aile yapılarında gelen psikiyatri hastalarının tedavi süreçlerinde de sorun oluşturabilmektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin sahip olduğu kültürel bakış açısı, hastaya sunulan bakımın niteliği üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu denenle, çağdaş psikiyatri hemşireliği uygulamalarında aile ve kültür arasındaki etkileşime ışık tutmak amacıyla bu yazı hazırlanmıştır (Leininger, 2002).

Kültür ve Aile

Kültür Kavramı

Kültür kavramı; farklı bilim alanları, felsefi yaklaşımlar ve bakış açıları doğrultusunda çeşitli biçimlerde tanımlanmış ve farklı sınıflandırmalara tabi tutulmuştur. Bu nedenler kültüre ilişkin tanım ve türleri çoğaltmak mümkündür. Bununla birlikte, kültürle ilgili yapılan pek çok tanımın, İkinci Dünya Savaşı sonrasının önemli kültür tarihçilerinden biri olan Williams'ın yaklaşımında ortak bir noktada buluştuğu söylenebilir. Williams'a (1993) göre kültür, en genel anlamıyla zihnin etkin ve sürekli olarak geliştirilmesini ifade etmektedir. Ancak kavramın antropolojik ve daha geniş sosyolojik kullanımı, belirli bir toplumun "tüm yaşam biçimi" ne işaret etmektedir. Bu bakış açısı, kültürü yalnızca düşünsel üretimlere indirgemeyen ve onu seçkin bir grubun ayrıcalığı olarak gören elitist kültür anlayışını ortadan kaldırmıştır. Elit ya da elit olmayan tüm toplulukları içine alan bu yaklaşım, toplumun gündelik yaşamına ait her türlü etkinlik ve deneyimi kapsamakta, kültürün toplumsal ve tarihsel boyutlarını ön plana çıkarmaktadır. Williams'a göre kültür yalnızca bir yaşam biçimi değil, aynı zamanda yaşama anlam kazandıran ve uğruna değer verilen bir olgudur. Bu perspektifte kültürün temel odağı, anlam üretme ve anlamlandırma sürecidir (Hallaç & Öz, 2014).

Aile Kavramı

Aile, insanlık tarihi kadar eskiye dayanan ve toplumsal yaşamın temel yapı taşlarından biri olan bir sosyal birimdir. Tarihsel süreç içerisinde farklı biçim ve yapılara bürünerek önemli yapısal ve işlevsel dönüşümler geçirmiş olsa da 21. Yüzyılda da önemini korumaya devam etmektedir. Günümüzde aile; biyolojik, sosyolojik, ekonomik ve politik boyutlarıyla ele alınan ve pek çok akademik tartışmanın merkezinde yer alan temel bir kavramdır. Aileye ilişkin yaygın yaklaşımlar, çoğunlukla ailenin ne olduğu ya da ideal olarak

nasıl tanımlanması gerektiği üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu bağlamda öne çıkan geleneksel görüş, aileyi anne, baba ve en az bir çocuktan oluşan çekirdek bir yapı olarak ele almakta ve bu yapı içerisinde cinsiyete dayalı roller belirlenmektedir. Örneğin, babanın ailenin geçimini sağlayan kişi, annenin ise ev içi sorumlulukları üstlenen birey olarak konumlandırıldığı bu model, uzun yıllar boyunca toplumsal normlar tarafından desteklenmiştir (Boyd, 2005). Bununla birlikte, aile kavramına ilişkin çok sayıda tanım bulunmasına rağmen, aile kuramcılarının büyük bir kısmı belirli ortak noktalar üzerinde uzlaşmaktadır. Bu ortak görüşe göre aile; aynı yaşam alanını paylaşan, iki ya da daha fazla bireyden oluşan, aralarında duygusal bağlar bulunan ve üyelerinin karşılıklı roller, sorumluluklar ve görevler üstlendiği bir sosyal sistemdir. Aile içerisinde sevgi, aidiyet ve dayanışma duyguları paylaşılmakta, bireyler hem fiziksel hem de psikososyal açıdan desteklenmektedir. Her aile; sahip olduğu yapı, işlev ve gereksinimler doğrultusunda kendine özgü bir bütünlük taşımakta, toplumun üyelerini şekillendiren ve yalnızca bir sosyal kurum olmanın ötesine geçen bir role sahip olmaktadır (Evans vd., 2017).

Aile işlevleri, aile üyelerinin bireysel ve ortak gereksinimlerinin karşılandığı, ailenin sürekliliğini sağlayan davranışlar ve etkinlikler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bu işlevlerin yerine getirilmesinde yaşanan aksaklıklar ya da güçlenmeler, aile sisteminin diğer alanlarını da doğrudan etkilemektedir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta, aile işlevlerinin aile üyeleri tarafından nasıl algılandığıdır. Çünkü bu algılar; içinde bulunan döneme, toplumsal yapıya, siyasal ve ekonomik koşullara bağlı olarak değişebilmekte ve aile üyelerinin tutum ile davranışlarını önemli ölçüde şekillendirebilmektedir. Günümüzde birey sağlığı kadar aile sağlığı kavramı da önem kazanmıştır. Ailelerin sahip oldukları değerler, inançlar, ilkeler ve günlük yaşam uygulamaları, bireyleri sağlık davranışlarını ve yaşam

tarzlarını doğrudan etkilemektedir. Aile sağlığı; yalnızca aile üyelerinden birinin sağlıklı olmasıyla sınırlı olmayıp, ailenin bütün olarak işlevlerini ne ölçüde yerine getirebildiği, stresle nasıl başa çıktığı ve dış çevreyle kurduğu ilişkileri de kapsamaktadır. Bu bağlamda aile sağlığı, bireylerin iyilik halinden hastalığa uzanan süreçte aile işlevlerinin ne derece sağlıklı sürdürebildiği ile yakından ilişkilidir (Bolsoy & Sevil, 2006).

Hemşireliğin dört temel kavramından biri olan çevre, birçok hemşirelik kuramcısı tarafından aileyi de içine alan bir sosyal yapı olarak ele alınmaktadır. Özellikle 1980'li yıllardan itibaren aile-çevre ilişkisinin birey sağlığı üzerindeki etkisi daha belirgin biçimde fark edilmeye başlanmıştır. Aile, bireylerin sağlıklarını geliştirmeye yönelik tutum ve davranışları öğrenmelerinde, hastalıkları önleme alışkanlıklarını kazanmalarında temel bir sosyal yapı olarak görülmektedir. Bu nedenle aile dinamiklerinin anlaşılması ve aileye yönelik uygun müdahalelerin planlanması, hemşirelik uygulamaları açısından büyük önem taşımaktadır. Psikiyatri hemşireleri de dahil olmak üzere tüm hemşireler, bakım verdikleri bireylere çalışırken aynı zamanda onların aileleriyle de etkileşim içinde olmak durumundadır. Çünkü her birey bir aile sisteminin parçasıdır ve geçmişteki, mevcut ve gelecekteki aile ilişkileri; bireyin benlik algısını, değerlerini, inançlarını ve davranışlarını etkilemektedir. Bu karşılıklı etkileşim, birey ve ailenin sağlık davranışlarının birbirini şekillendirdiğini göstermektedir (Leininger, 2002).

1990'lı yıllardan itibaren aile kavramı, hemşirelik literatüründe "aile merkezli bakım" ve "aileye odaklanmış bakım" yaklaşımlarıyla daha görünür hale gelmiştir. Birleşmiş Milletler tarafından 1994 yılının "Uluslararası Aile Yılı" ilan edilmesi ve her yıl 15 Mayıs'ın "Uluslararası Aile Günü" olarak kabul edilmesi, ailenin küresel ölçekte taşıdığı önemi ortaya koymaktadır. Bu gelişmelere paralel olarak Uluslararası Hemşireler Birliği, 1994 yılında "Sağlıklı Nesiller İçin Sağlıklı Aile", 2002 yılında ise

“Hemşireler daima yanınızdadır: Aileler için bakım” temalarını benimseyerek aile odaklı yaklaşım desteklemiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün “Sağlık 21” politikalarında a aile, toplum temelli bakım anlayışının merkezinde yer almakta ve birey sağlığının geliştirilmesinde temel bir unsur olarak ele alınmaktadır. Aile merkezli yaklaşım; aile bireyleri arasındaki biyolojik, ruhsal ve sosyal ilişkileri anlamayı, aile için destek sistemlerini ve gerilim alanlarını belirlemeyi ve bu kaynakları sağlık sonuçlarını iyileştirmek amacıyla kullanmayı hedeflemektedir. Ruh sağlığı alanında da yaygın kabul gören görüşlerden biri, bireyin hastalık sürecinin aileyi etkilediği gibi, ailenin de bireyin iyileşme süreci üzerinde belirleyici rol oynadığıdır (Leininger, 2002).

Bu gelişmeler doğrultusunda günümüzde aile, sağlık sisteminde bireyden ayrı düşünülemeyen ve hasta bakımında birlikte ele alınması gereken bir sistem olarak kabul edilmektedir. Her aile, tıpkı bir birey gibi kendine özgü özellikler taşımakta, farklı sorunlara ve güç kaynaklarına sahip olmaktadır. Bununla birlikte, tüm ailelerin paylaştığı bazı evrensel özelliklerin de var olduğu unutulmamalıdır. Bu bakış açısı, aileyi bütüncül ve özgün bir yapı olarak ele almanın gerekliliğini vurgulamaktadır (Leininger, 2002).

Aile ve Ruh Sağlığı Etkileşimi

Aile kavramı; sağlık ve hastalık algıları, kültürel yapı, eğitim düzeyi, ekonomik koşullar ve dini inançlar gibi çok sayıda değişkeni içinde barındıran, zaman içerisinde yapısal ve biçimsel dönüşümler geçirebilen kapsamlı bir sosyal sistemdir. Bu yönüyle aile, yalnızca biyolojik bir birliktelik değil; ekonomik, politik, sosyolojik ve psikolojik boyutları olan çok katmanlı bir yapıyı temsil etmektedir. Aileye ilişkin kuramsal ve toplumsal yaklaşımlar çoğunlukla ailenin nasıl bir yapıya sahip olması gerektiği sorusu etrafında şekillenmekte, bu da farklı aile modellerinin tartışılmasına zemin hazırlamaktadır. Aileler, yaşam döngüsü içerisinde çocukluk,

ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık gibi çeşitli gelişimsel evreleri kapsamakta; her bir dönem aile içi rollerin, sorumlulukların ve ilişkilerin yeniden yapılandığı süreçleri beraberinde getirmektedir. (Hallaç & Öz, 2014). Bu gelişimsel dönemlerde bireyin ve dolayısıyla ailenin ruh sağlığı; eğitim olanakları, ekonomik durum, sosyal konum ve kültürel özellikler gibi birçok çevresel ve bireysel faktörden etkilenebilmektedir. Özellikle ekonomik güçlükler, sosyal destek eksikliği ya da kültürel çatışmalar, aile üyelerinin ruhsal iyilik halini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ailenin ruh sağlığı, aile üyelerinin iyilik halinden hastalık durumuna uzanan geniş bir süreklilik içerisinde, aile işlevlerinin ne ölçüde sağlıklı biçimde sürdürülebildiğinin önemli bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Aile içi iletişim, problem çözme becerileri ve duygusal destek mekanizmaları hem bireysel hem de ailesel ruh sağlığının korunmasında belirleyici rol oynamaktadır. Bu nedenle, ruh sağlığının gelişiminde ailenin merkezi rolünü vurgulayan Skinner, Freud ve Bandura gibi pek çok kuramcı bulunmaktadır. Bu kuramcılar, bireyin davranışlarının, kişilik yapısının ve baş etme mekanizmalarının büyük ölçüde erken dönem aile yaşantılarıyla şekillendiğini belirtmektedir. Ruh sağlığının temel bileşenleri, bireyin gelişim süreci boyunca kazanılmakta; özellikle yaşamın ilk yıllarında kurulan bağlanma ilişkileri ve öğrenilen davranış örüntüleri, ilerleyen dönemlerde ruhsal dayanıklılığın temelini oluşturmaktadır. Gelişim kuramları da yetişkinlik döneminde ruh sağlığının yeterli düzeyde olabilmesinin, büyük ölçüde çocukluk döneminde yaşanan deneyimlere dayandığı vurgulanmaktadır. Ruh sağlığı, tıpkı fiziksel sağlık gibi bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen temel unsurlardan biridir. Bireyin yaşamda karşılaştığı stresörlerle başa çıkabilmesi, duygusal dalgalanmaları yönetebilmesi ve geleceğe yönelik gerçekçi planlar yapabilmesi, ruhsal iyilik halinin varlığıyla yakından ilişkilidir. Bu bağlamda bireyin optimal düzeyde kişisel gelişim gösterebilmesi, yalnızca bireysel özelliklere değil, aynı zamanda içinde bulunduğu ailenin

ruh sağlığına da bağlıdır. Dolayısıyla, bireyin ruhsal iyilik halinin desteklenmesi, ailenin bütüncül ruh sağlığının güçlendirilmesiyle mümkün olmaktadır. (Evans vd., 2017).

Bilişsel, algısal, duygusal ve sosyal işlevlerin sağlıklı biçimde gelişebilmesi için bireyin büyüme ve gelişme dönemlerinin ayrıntılı olarak anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Gelişim kuramcıları, ruh sağlığının korunması ve sürdürülmesi açısından normal gelişimin tamamlanabilmesi için belirli koşulların ve ölçütlerin yerine getirilmesi gerektiği ileri sürmektedir. Her bir teorisyen bireyin gelişim sürecinde karşılaştığı zorlukları, bu zorluklara karşı yerine getirmesi gereken gelişimsel görevleri ve sağlıklı gelişimi gösteren temel kilometre taşlarını tanımlamaktadır. Gelişimsel süreçte bu görevlerin başarıyla tamamlanamaması ya da bireyin içsel ve çevresel etkenler nedeniyle bu zorluklarla baş etmekte güçlük yaşaması, ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Özellikle stresli yaşam olayları, yetersiz sosyal destek ve olumsuz çevresel koşullar, gelişimsel dengenin bozulmasına neden olabilmektedir. Ayrıca birçok psikolojik problem, bireyin yaşamının farklı dönemlerinde değişen biçimlerde ortaya çıkabilmekte ve belirli koşullar altında tekrar edebilmektedir. Bu durum, ruh sağlığının dinamik bir süreç olduğunu ve yaşam boyu izlenmesi gerektiğini göstermektedir (Evans vd., 2017).

Ailenin Ruh sağlığına Etkisi

Aile, üyeleri arasında sürekli ve çok yönlü etkileşimin bulunduğu bir sistem olması nedeniyle bireyin ruh sağlığı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Aile ortamında yaşanan koşullar ve deneyimler, bireyin ruhsal iyilik halini doğruda ya da dolaylı olarak şekillendirebilmektedir. Ailenin sosyoekonomik düzeyi, işsizlik, boşanma, aile içi rollerin belirsizliği, iletişim sorunları, şiddet, genetik yatkınlıklar ve kronik hastalıklar gibi durumlar, bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilen başlıca risk faktörleri

arasında yer almaktadır. Bu faktörler, özellikle uzun süreli ve çözümlenmeden devam ettiğinde, bireylerde stres, kaygı ve uyum sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bireyin doğumdan itibaren zihinsel, ruhsal ve fiziksel gelişimi büyük ölçüde aile ortamı içerisinde şekillenmekte, aile, aynı zamanda kültürel değerlerin ve davranış örüntülerinin kuşaktan kuşağa aktarılmasını sağlamaktadır (Masamba, 2024). Bu süreçte aile, çocuğun temel güven duygusunu kazanmasında, benlik algısının oluşmasında ve sosyal ilişkiler kurma becerilerinin gelişmesinde önemli bir rol üstlenmektedir. Aile yapısında meydana gelen bozulmalar ise hem ebeveynlerin hem de çocukların ruh sağlığına olumsuz etkileyebilecek çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Aile içinde yaşanan stresörlerin bireyler üzerindeki etkisi her zaman aynı düzeyde olmayabilir ve bu etkiler bireysel özelliklere, yaşa ve gelişim dönemine göre farklılık gösterebilir. Örneğin boşanma ya da ebeveynlerden birinin ölümü gibi yaşam olayları, her bireyde aynı duygusal ve davranışsal tepkilere yol açmayabilir; bazı bireylerde uyum sorunları görülürken, bazılarında daha sınırlı etkiler ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte, ergenlik döneminde olma, depresyon öyküsü, madde kötüye kullanımı, sosyoekonomik yetersizlik, çocukluk döneminde anneden ayrılma, düşük doğum ağırlığı, hiperaktivite, saldırgan davranış örüntüleri ve fiziksel ya da zihinsel engellilik gibi durumlar, ruh sağlığı sorunlarının gelişiminde önemli risk etkenleri olarak değerlendirilmektedir. Bu risk faktörlerinin varlığı, bireyin ruhsal dayanıklılığını azaltarak psikiyatrik sorunlara yatkınlığı artırabilmektedir (Oliver vd., 2006).

Yük kavramı, ruhsal bozukluğu olan bir bireyle birlikte yaşamanın ve bakım vermenin aile üzerindeki etkilerini açıklamak amacıyla literatürde yaygın biçimde kullanılan temel kavramlardan biridir. Bu kavram, aile üyelerinin karşı karşıya kaldığı fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik zorlanmaları kapsamlı bir biçimde ele almaktadır. Ailelerin yaşadığı bu etkiler genellikle nesnel ve öznel

olmak üzere iki temel boyutta değerlendirilmektedir. Nesnel yük, ruhsal bozukluğun aile üyeleri üzerinde oluşturduğu somut, ölçülebilir ve gözlemlenebilir olumsuz sonuçları ifade etmektedir. Bu kapsamda maddi kayıplar, artan sağlık harcamaları, iş gücü kaybı, fiziksel yorgunluk, aile üyelerinin kendi sağlık durumlarının olumsuz etkilenmesi ve ruhsal bozukluğu olan bireyin davranışlarının aile yaşamında yarattığı aksaklıklar nesnel yüke örnek olarak gösterilebilmektedir. Ayrıca ev içi düzenin bozulması, sosyal yaşamın kısıtlanması ve aile içi rollerin yeniden şekillenmesi de nesnel yükün önemli bileşenleri arasında yer almaktadır. Öznel yük ise aile üyelerinin bakım verme sürecinde yaşadıkları duygusal zorlanmaları, bu süreci nasıl algıladıklarını ve hissettiklerini ifade etmektedir. Aile bireylerinin yaşadığı kaygı, suçluluk, çaresizlik, umutsuzluk ve tükenmişlik duyguları öznel yük kapsamında değerlendirilmektedir. Öznel yük, çoğu zaman bireyin ruhsal hastalığa ve bakım sorumluluğuna yüklediği anlamla yakından ilişkilidir ve kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bakım vermenin hem nesnel hem de öznel etkileri, bakım veren aile üyeleri arasında zamanla artış gösterebilmekte; ancak bu yükün düzeyi çoğunlukla bakım sorumluluğunun yoğunluğu ve süresiyle daha yakından ilişkili görülmektedir. Bakım kavramı; hemşirelik bakımı, sosyal hizmetler ve psikiyatrik destek hizmetlerini kapsayan geniş bir alanı ifade etmektedir. Günlük bakım faaliyetleri arasında yemek hazırlama, ulaşımın sağlanması, ev işlerinin yürütülmesi, zaman ve maddi kaynakların yönetilmesi gibi birçok sorumluluk yer almaktadır. Bu görevler, ruhsal bozukluğu olan bireyin sergileyebileceği problemli davranışları kontrol etmeye çalışmaktan ziyade, bakım verenler açısından daha fazla fiziksel ve zihinsel yük oluşturabilmektedir. Bakım vermenin öznel etkisi ise özellikle, yakınlarının gösterdiği semptomlara nasıl yaklaşacağını bilemeyen, kendisini çaresiz ve kapana sıkışmış hisseden aile üyelerinde daha belirgin hala gelmektedir. Belirsizlik duygusu, geleceğe yönelik kaygılar ve kontrol kaybı hissi, öznel yükün artmasına katkıda

bulunan önemli etkenlerdir. Bu durum, bakım verenlerin ruhsal dayanıklılığını azaltarak tükenmişlik ve depresyon riskini artırabilmektedir (Copeland & Vines, 2010).

Ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verme süreci, bakım veren aile üyelerinde psikolojik sorunların ortaya çıkmasıyla yakından ilişkilendirilmektedir. Aile bireyleri, yaşadıkları bazı ruhsal sıkıntıları, psikiyatrik tanı almış yakınlarının bakım sürecine ve bu sürecin yarattığı zorluklara bağlamaktadır (Copeland & Vines, 2010). Yapılan bir araştırmada, aile üyelerinin önemli bir kısmı, ruhsal hastalığı olan bir yakına destek olmanın ve bu durumla baş etmeye çalışmanın kendi ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilediğini ifade etmiş; yaşadıkları bakım yükünün bazı durumlarda intihar düşüncelerine varacak düzeyde ağırlaştığını belirtmiştir (Ostman & Kjellin, 2002).

Psikiyatri Hemşiresinin Ailenin Ruh sağlığındaki Rolü

Aileler, sosyal destek sağlayıcıları olarak psikiyatrik bozukluğu bulunan bireylerin iyileşme sürecinde temel ve belirleyici bir rol üstlenmektedir. Aile üyeleri, ruh sağlığı alanında yürütülen bakım ve tedavi süreçlerinde çoğu zaman iyileşmenin ayrılmaz bir parçası olarak yer almaktadır. Sağlık sistemi içinde görev alan profesyoneller, aile bireylerinin sağladığı duygusal destek ve sürekliliği bütünüyle ikame edemezler. Bu nedenle psikiyatri hemşirelerinin, hastane ortamında hastanın desteklenmesi sürecine aile üyelerinin aktif katılımını teşvik etmeleri ve hastaya yönelik sevgi, ilgi ve bakım gibi aileye özgü güç kaynaklarını belirleyerek bu kaynaklardan yararlanmaları büyük önem taşımaktadır (Videbeck, 2011). 1990'lı yıllardan itibaren aile kavramı, hemşirelik literatüründe "aile merkezli bakım" ve "aileye odaklanmış bakım" yaklaşımlarıyla öne çıkan temel kavramlardan biri haline gelmiştir. Aile merkezli yaklaşım; aile bireylerinin sağlıklı olma ve sağlığını sürdürme durumlarını etkileyen biyolojik, ruhsal ve sosyal ilişkileri

anlamayı, aile içindeki gerilim alanlarını ve destek sistemlerini belirlemeyi ve bu kaynakları bireylerin sağlık sonuçları iyileştirmek amacıyla kullanmayı hedeflemektedir. Ruh sağlığı alanında yaygın kabul gören görüşlerden biri, hastanın iyileşme ve gelişim sürecinde ailenin önemli bir etkisi olduğu; aynı zamanda hastalık sürecindeki değişimlerin de aile sistemi üzerinde belirleyici sonuçlar doğurduğudur. Ruhsal bozukluğu bulunan bireyler, çoğu zaman özel ve süreklilik gösteren gereksinimlere sahip olabilmektedir. Bu bireylerin önemli bir kısmı, otuzlu yaşlara ve daha ileri dönemlere kadar ebeveynleriyle birlikte yaşamayı sürdürmektedir. Kronik ruhsal hastalığı olan yetişkinler açısından aile, ruhsal hastalığı bulunmayan bireylerin ihtiyaç duymadığı bazı temel işlevleri yerine getirmektedir. Bu işlevler arasında öncelikle destek sağlama yer almaktadır; zira ruhsal hastalığı olan bireyler, aile dışındaki sosyal destek ağlarını sürdürmekte güçlük yaşayabilmekte ve çoğu zaman yalnızca ailelerine güvenmektedirler. Bunun yanı sıra aileler, uzun yıllar boyunca bakım ve tedavi süreçlerine aktif olarak dâhil olduklarından, hastalığa ilişkin kapsamlı ve süreklilik gösteren bilgiye sahip olabilmektedirler. Ayrıca aile üyeleri, ruhsal bozukluğu olan bireyin belirtilerini, işlevselliğini ve genel gidişatını yakından izleyerek olası değişiklikleri fark edebilmekte ve bu gözlemlerini bakım sürecinden sorumlu sağlık profesyonelleriyle paylaşabilmektedirler. Bu yönleriyle aile, ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım ve tedavi sürecinde vazgeçilmez bir kaynak olarak değerlendirilmektedir (Boyd, 2005) .

Bağımsızlığa büyük düzeyde önem atfeden ebeveynler ile ruh sağlığı alanındaki gereksinimler arasında zaman zaman çatışmalar yaşanabilmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinde görev alan profesyoneller, aileleri aşırı koruyucu tutumları nedeniyle eleştirebilse de, gerçekte ruhsal bozukluğu olan bireyler bağımsız bir yaşam sürme konusunda ciddi ve somut engellerle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu bireyler, evden ayrılmaya ilişkin yoğun kaygı

yaşayabilir ve ayrılmanın hastalık belirtilerinin yeniden ortaya çıkmasına, yani nükse yol açabileceğinden korkabilirler. Uzun süreli bakım veren aile üyelerinin yaşamlarını kaybetmesi durumunda ise ruhsal hastalığı olan bireyler barınma sorunlarıyla karşılaşabilmekte ve bu durum, onlar için potansiyel olarak travmatik geçiş süreçlerine neden olabilmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin, aileyle çalışırken bağımsızlık ve bağımlılık rollerini ele alırken tarafsız, gerçekçi ve akılcı bir yaklaşım benimsemeleri büyük önem taşımaktadır. Aile bireylerinin yoğun duyguların fark edilmesine yardımcı olarak aile üyelerinin mevcut seçenekleri daha açık ve güvenli bir şekilde değerlendirebilmelerini sağlayabilmektedir. Her ne kadar ayrılma süreci çoğu zaman kaçınılmaz olsa da, bu sürecin zamanlaması ve nasıl gerçekleştirileceği her ailenin kendine özgü koşullarına göre değişkenlik göstermektedir. Özellikle ebeveynler, yetişkin çocuklarının ilk kez evden ayrıldığı dönemlerde ve onların güvenlik ile desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu zamanlarda daha yoğun kaygı yaşayabilmektedir (Boyd, 2005).

Hemşireliğin tüm alanlarında olduğu gibi psikiyatri hemşireliği uygulamalarında da hemşireler, bakım sundukları sağlıklı ya da hasta bireylerle çalışırken aynı zamanda bu bireylerin aileleriyle her düzeyde etkileşim içinde olmak durumundadır. Çünkü sağlıklı olsun ya da olmasın her birey bir aile sisteminin parçasıdır ve bireyin geçmişteki, mevcut ve gelecekteki aile ilişkileri; benlik algısını, beklentilerini, değerlerini, inançlarını ve davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir (Hallaç & Öz). Bu bağlamda psikiyatri hemşirelerinin, yaşam boyu ruh sağlığını temel alan yaklaşımlara ilişkin bazı temel ilkelerin farkında olmaları büyük önem taşımaktadır. Yaşam boyu yaklaşım anlayışını şekillendiren bu temel ilkeler şunlardır:

-Bireylerin ve ailelerin yaşam boyunca büyüme ve gelişme kapasitesi bulunmaktadır.

-Gelişim tek yönlü değil, çok boyutlu ve çok yönlü bir süreçtir.

-Toplumsal yapı içerisinde gelişim örüntüleri zamanla değişiklik gösterebilmektedir.

-Gelişimin farklı anları vardır ve bu alanlar her zaman aynı hızda ya da kapsamakta olup, bu boyutların her biri birbiriyle sürekli etkileşim içerisindedir.

-Birey ile çevre arasında karşılıklı ve dinamik bir etkileşim bulunmaktadır.

-Yaşam boyu gelişim anlayışı, hemşirelik uygulamalarında bütüncül bir bakış açısının benimsenmesini gerektirmektedir (Evans vd., 2017).

Kültür ve Ruh Sağlığı Etkileşimi

Kültür kavramı, ele alındığı bakış açısı ve disipline göre farklı biçimlerde tanımlanabilen, kapsamı oldukça geniş ve çok boyutlu bir olgudur. Bu nedenle literatürde kültüre ilişkin tek ve üzerinde uzanılmış bir tanımın bulunmadığı görülmektedir. Kültür, genel çerçevede bir topluluğun yaşam biçimini şekillendiren; gelenek ve görenekleri, inanç sistemlerini, değer yargılarını, iletişim biçimlerini ve ahlaki normlarını içeren bir yapı olarak ele alınmaktadır. Bu yönüyle kültür, sosyal, dini, etnik ve ırk gruplarının kendilerine özgü özelliklerini ve dünyayı algılama biçimlerini yansıtmaktadır (Tribe,2005). Kültür, bireylerin kimlik oluşumunu, sosyal ilişkilerini ve yaşama bakış açılarını etkileyen dinamik bir süreçtir. Tribe'ın (2005) da vurguladığı üzere kültür; cinsiyet, sosyal sınıf, din, dil ve milliyet gibi pek çok unsurun bir araya gelmesiyle şekillenen, katmanlı ve karmaşık bir yapıya sahiptir (Tribe, 2005).

Bu çok katmanlı yapı, bireylerin ruh sağlığını algılama, ifade etme ve ruhsal sorunlarla baş etme biçimlerini de doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla kültür, ruh sağlığı alanında yalnızca bir

arka plan unsuru değil; bireyin yaşantılarını, davranışlarını ve tedavi süreçlerine yaklaşımını belirleyen temel bir etken olarak değerlendirilmelidir. Kültür, bireylerin sağlığı ve hastalığı nasıl tanımladıklarını, anlamlandırdıklarını ve deneyimlediklerini derinden etkilemektedir Aynı zamanda farklı kültürel çerçevelerin, hastalıkların algılanış biçimini ve bu durumlarla nasıl başa çıkıldığını belirleyerek tedavi süreçleri üzerinde belirleyici bir rol oynadığına dair güçlü kanıtlar mevcuttur (Kline & Huff, 2007). Sağlık ve hastalığa atfedilen kültürel anlamlar; bireylerin yardım arama davranışlarını, belirtilerle baş etme yollarını, aile ve toplumun hastaya yaklaşımını ve hangi kaynaklara başvurulduğunu (ruh sağlığı uzmanları, din görevlileri, geleneksel şifacılar gibi) doğrudan şekillendirebilmektedir. Bazı kültürlerde hastalıkların kökeni nazar, büyü, doğaüstü güçler ya da toplumsal ve dini tabuların ihlaliyle açıklanmakta; bu nedenle çözüm arayışları modern tıbbın yanı sıra ya da onun yerine geleneksel otoriteler, yaşlılar veya spiritüel liderler aracılığıyla yürütülmektedir. Bu bağlamda din ve maneviyat, özellikle ruhsal sorunların anlaşılması ve ele alınmasında merkezi bir işlev üstlenmektedir. Bireyler, yaşadıkları sıkıntıları anlamlandırırken ve çözüm yolları ararken çoğu zaman dini inanç sistemlerine yönelmektedir. Hindistan'daki şifa tapınakları ya da dünyanın farklı bölgelerinde ruhsal sorunlar yaşayan çok sayıda kişinin ziyaret ettiği dini hac merkezleri, kültür, inanç ve ruh sağlığı arasındaki bu güçlü etkileşimi somut örnekler olarak gösterilebilir (Hechanova & Waelde, 2017).

Hindistan ve Çin gibi ülkelerde sağlık ve hastalığın nedenlerine ilişkin çok katmanlı açıklamalar, köklü geleneksel tıp yaklaşımlarının temelini oluşturmaktadır. Örneğin Çin kökenli geleneksel tıp anlayışında rahatsızlıkların ortaya çıkışı çoğunlukla Yin veYang arasındaki uyumun bozulmasıyla ilişkilendirilirken, Hindistan'da gelişen şifa yaklaşımlarında ruhsal iyilik hali doğa, çevresel koşullar ve yaşam enerjileriyle bağlantılı biçimde ele

alınabilmektedir (Haque, 2010; Kirmayer, 2004). Bu iki sistemde de ortak olan temel nokta, zihinsel ve bedensel süreçlerin birbirinden ayrı düşünülmemesi ve bireyin, yaşadığı çevreyle birlikte bütüncül bir varlık olarak değerlendirilmesidir. Öte yandan Batı toplumlarında ruh sağlığı hizmetlerinden yaralanma eğilimi kültürel ve bireysel etkenlere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Alan yazında, özellikle utanç duygusunun farklı kültürel geçmişlere sahip bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine başvurma davranışları üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar dikkat çekmektedir. Utancı dışsal, içselleştirilmiş ve yansıtıcı boyutlarıyla ele alan bir çerçeve üzerinden ruh sağlığı alanındaki uygulayıcıların ve araştırmacıların bu dinamiği fark etmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (Hampton & Sharp, 2013). Hechanova ve Waedle (2017) ise ruh sağlığı hizmetlerine sınırlı başvurunun utançla bağlantılı çeşitli gerekçelere dayanabileceğini ileri sürmektedir. Bunlardan ilki, bireylerin ve ailelerin toplumsal saygınlıklarını koruma isteğidir. Bir diğer neden, ruh sağlığı uzmanları tarafından damlanma ya da akıl sağlığıyla ilgili olumsuz etiketlere maruz kalma korkusudur. Son olarak, güvensizlik, korku veya mahremiyet kaygıları nedeniyle kişisel sorunların yabancılarla paylaşılmasından kaçınılması da bu hizmetlere erişimi zorlaştıran etkenle arasında yer almaktadır (Hechanova & Waelde, 2017).

Damgalanma, bireylerin tedavi arama davranışlarındaki farklılıkları açıklamada belirleyici bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Stigma, bir kişinin toplum tarafından değersizleştirilmesine, dışlanmasına, ayrımcı tutumlara maruz kalmasına ve sosyal yaşam katılımını kısıtlamasına yol açan olumsuz bir etiketleme süreci olarak tanımlanabilir (WHO, 2001). Bazı kültürel topluluklarda depresyon ve diğer ruhsal rahatsızlıklara yönelik olumsuz yargıların daha yaygın olduğu görülmekte; bu durum ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımı ciddi biçimde zorlaştırmaktadır (Biswas vd., 2016). Bu tür damgalayıcı tutumlar, bireylerin yaşadıkları belirtileri saklamalarına

ve ancak sorunlar ağırlaştığında profesyonel destek aramalarına neden olabilmektedir. Bununla birlikte ırkçılık ve ayrımcılık da pek çok kültürel grup üzerinde derin ve kalıcı etkiler bırakmaktadır. Irksal temelli önyargılar, yalnızca olumsuz düşünce ve tutumları beslemekle kalmayıp, belirli grupların ayrımcı uygulamalara ve eşitsiz muameleye maruz kalmasına yol açmaktadır. Ayrımcılık deneyimleri, bireylerin toplumsal hayattan uzaklaşmasına, kamusal engellerle karşılaşmalarına neden olabilmektedir. Bu süreçlerin tümü, uzun vadede bireylerin ruhsal iyilik hali üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Gopalkrishnan & Babacan, 2015).

Başa çıkma süreçleri ve psikolojik dayanıklılık, kültürel farklılıklar ve ruh sağlığı ilişkisi ele alınırken dikkate alınması gereken önemli boyutlardır. Başa çıkma stratejileri, bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları zorluklar ve ruhsal yük oluşturan durumlar dahil olmak üzere çeşitli stres kaynaklarıyla nasıl anlamlandırıldığını ve bu deneyimlerin sıradan, kaçınılmaz ya da toplumsal olarak paylaşılan ritüel benzeri süreçler olarak görülüp görülmediğimi belirleyebilmektedir. Stresle başa çıkma bağlamında kültürel çeşitlilik, hem güçlü olması, destekleyici ebeveyn tutumları ve yakın kardeş ilişkileri bireyin ruhsal iyilik halini koruyan unsurlar arasında yer alırken; toplumsal damgalanma, yoğun çatışmalar, kültürel normların ihlal edildiği algısı ve benzeri etmenler ruh sağlığı açısından önemli riskler oluşturabilmektedir. Bu nedenle başa çıkma ve dayanıklılık süreçlerinin kültürel bağlamdan bağımsız ele alınması, ruh sağlığını anlamada eksik kalacaktır. (O'Mahony & Donnelly, 2007).

Aile ve Kültür Etkileşiminin Hastalık Tutumlarına Etkisi

Ruhsal bozukluklara ait belirtilerin nasıl ortaya konduğu ve nasıl yorumlandığı, kültürel bağlama bağlı olarak önemli ölçüde değişebilmektedir. Temel psikiyatrik bozukluklara eşlik eden ya da ikincil özellikleri, kültürel etkilerden güçlü biçimde

etkilenebilmektedir. Pek çok etnik ve kültürel toplulukta bedensel, zihinsel ve ruhsal sorunlar arasında keskin sınırlar bulunmamaktadır. Bu nedenle yoğun çevresel baskılar veya duygusal zorlanmalar yaşayan bireyler, yaşadıkları sıkıntıları çoğu zaman bedensel yakınmalar yoluyla dile getirebilmektedir. Örneğin Tayvan' daki Çin kültüründe depresyon, sıklıkla fiziksel rahatsızlıklar biçiminde deneyimlenmekte ve ifade edilmektedir (Chang, 2008). Uyku sorunları, iştah azalması ve kilo kaybı gibi belirtiler, bu bağlamda depresyonun dışa vurumu olarak ortaya çıkabilmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar, Afrikalı Amerikalı bireyler arasında da bedenselleştirme eğitiminin görece yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Scott vd., 2018).

Kültüre özgü sendromlar kavramı, belirli toplumların inanç sistemleri ve geleneksel uygulamaları içerisinde anlam kazanan, belirli coğrafyalarda tekrar eden sıra dışı davranış örüntülerini ve birey için yoğun sıkıntı yaratan yaşantıları tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Bu tür durumlar çoğu zaman Batı merkezli psikiyatrik tanı sınıflandırmalarının dışında yer almaktadır. DSM5-TR, farklı kültürel bağlamlarda tanımlanmış bu tür sendromlara dünyanın çeşitli bölgelerinden örnekler sunarak dikkat çekmektedir. Sağlık profesyonellerinin, özellikle de hemşirelerin, farklı etnik ve kültürel geçmişe sahip bireylerin yaşadıkları sorunları doğru biçimde değerlendirebilmeleri için bu kültürel olgulara ilişkin bilgi sahibi olmaları önemlidir. Böyle bir farkındalık, hem fiziksel yakınmaların hem de belirli kültürel çerçevede ortaya çıkan özgün ruhsal deneyimlerin daha sağlıklı biçimde tanınmasına katkı sağlamaktadır (Chang, 2008).

Psikiyatri Hemşireliğinde Kültürün Önemi

Kültürel etmenler, bireylerin ve ailelerin ruhsal iyilik halini etkileyen önemli tetikleyiciler arasında yer almaktadır. Bu nedenle psikiyatri alanında görev yapan hemşirelerin, bakım sürecinde

kültürel boyutu dikkate alabilecek donanıma ve eleştirel bakış açısına sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Kültürel yetkinlik, hemşirelerin sağlık hizmeti sunarken göstermeleri beklenen temel bir nitelik olup beş ana bileşen üzerinden ele alınmaktadır: kültürel bilinç, kültürel duyarlılık, kültürel bilgi birikimi, kültürel uygulama becerisi ve sürekli gelişim gösteren dinamik bir süreç olma özelliği (Giger, 2017). Kültürel bilinç, hemşirelerin hastaların değerleri, inanç sistemleri, toplumsal normları ve yaşam tarzlarına ilişkin farkındalık geliştirmesini ifade eder. Bu süreç, hastalar arasındaki kültürel benzerlik ve ayrılıklar tanınmalı; kültürün sağlık ve hastalık üzerindeki etkileri bakım planlamasında göz önünde bulundurulmalıdır. Aynı zamanda hemşirelerin, farklı kültürlere yönelik sahip olabilecekleri varsayımlar, kalıp yargılar ve genellemeler üzerinde durmaları ve bunları sorgulamaları gerekmektedir (Giger, 2017; Purnell). Hemşireler ancak kendi kültürel değerlerini, inançlarını ve uygulamalarını tanıyabildiklerinde, başka kültürel gruplara ait bakış açılarını daha sağlıklı biçimde anlayabilirler. Bu bağlamda farkındalık, bireyin kendi düşünce biçimlerini, tutumlarını ve olası önyargılarını gözden geçirmesini de kapsar. Etnosentrik bakış açısı, yani kişinin kendi kültürel perspektifini diğerlerinde üstün görmesi, kültürel yetkinliğin gelişimini ciddi biçimde engelleyebilir. Benzer şekilde ırkçılık, streotipler ve genelleyici yaklaşımlar da kültürel yeterliliğin kazanılmasına zarar veren unsurlar arasında yer almaktadır. Dolayısıyla hemşirenin başkalarının gereksinimlerini doğru biçimde anlayabilmesi için öncelikle kendi kimliğini ve kültürel konumunu derinlemesine kavraması gerekmektedir (Dudas, 2012).

Kültürel duyarlılık, hemşirelerin bakım verdikleri bireylerin farklı geçmişlerine karşı saygılı bir tutum sergilemelerini ve bu çeşitlilik içinde kendilerini rahat hissetmelerini ifade eder. Hiçbir bireyin kültürel yapısının bir başkasıyla tamamen aynı olgu olarak kabul edilmelidir. Bu farkındalıkların, karşılıklı anlayışı geliştiren,

ortak ilerlemeyi destekleyen ve öğrenmeye olanak tanıyan bir zenginlik olarak ele alınması önemlidir. Bakım sürecinde, bir kültürün diğerlerinden daha üstün olduğu düşüncesinden özellikle kaçınılmalıdır (Giger, 2017; Dudas, 2012). Kültürel farklılıklara duyulan saygı, hemşirelik bakımının niteliğini artıran temel bir unsur olup, hastaların kendilerini değerli ve anlaşılmış hissetmelerini sağlayarak etkili ve tatmin edici bir bakım sunulmasının ön koşulunu oluşturmaktadır.

Kültürel bilgi, hemşirelerin farklı kültürel gruplara mensup bireylerin inanç sistemlerini, değerlerini ve davranış örüntülerini daha iyi kavrayabilmelerin için gerekli olan kuramsal ve uygulamaya dönük bilgi birikimi ifade eder. Bu bilgi temeli çoğu zaman, farklı kültürlerden gelen hastalarla etkileşim sırasında hangi davranışların uygun ya da uygun olmadığına ilişkin rehber niteliğinde ipuçlarını kapsar. Beslenme alışkanlıkları, iletişim biçimleri, mahremiyet anlayışı ve sosyal nezaket kuralları gibi alanlara ilişkin bu bilgiler, olası kültürel yanlış anlamaların önüne geçilmesine ve hasta ile sağlık çalışanı arasında güvene dayalı bir ilişkinin kurulmasına katkı sağlar (Zander, 2006). Bununla birlikte, hemşirenin bir hastayla karşılaşmadan önce kendi ana kültürü hakkında bilgi sahibi olması gerekebilir. Kültürel çatışmalardan kaçınmaya yardımcı olan ve bireylere hassas bakım sağlayan tüm ince nüanslara sahip alt kültürlerin bilgisi, ilk karşılaşmalardan edinilebilir. Hemşireler kültürel olarak farklı gruplara hizmet sağlanması ile ilgili kavramlar, kuramlar, sağlık ihtiyaçlarını ve uygun hemşirelik seçeneklerini tanımlamaya yardımcı olacak modellere aşina olabilmelidir. Kültürel beceri Bir hastanın hem mevcut sağlık sorunu ilgili kültürel verileri toplamak için, hem de doğru bir kültürel duyarlılığa bağlı bakım planlamasını gerçekleştirmek için sahip olunması gereken yeteneğini tanımlamaktadır (Matteliano & Street, 2012). Bu beceri, diğer kültürlerin tanımlanabilmesi için hem sözel hem de sözlü olmayan

dili içeren etkili iletişim ile geliştirilmektedir. Ayrıca, kültürel açıdan farklı popülasyonlar için tatmin edici, güvenli ve faydalı bakım hizmetleri planlamak ve sağlamak için mevcut, gerçek anlamda güvenilir ve kültürel olarak uygun kaynaklar temin edilmelidir (Karmali vd., 2011).

Sonuç

Aile, insanlık tarihi boyunca sürekliliğini koruyan temel bir toplumsal yapı olmuştur. Bu durum; ailenin kabul edebilme, değişime uyum sağlama, esneklik gösterme ve bütünleştirici özellikleriyle açıklanabilir. Aile, birey için önemli bir destek kaynağıdır ve bireyle ilgilendiği sürece göz ardı edilmesi mümkün değildir. Sağlık alanında ailenin taşıdığı değerin fark edilmesi; sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranışların ortaya konulması ve mevcut koşulların iyileştirilmesi açısından temel bir başlangıç noktasıdır. Kültürel özellikler taşıyan aile, üyelerinin sağlık ve hastalık süreçlerinde bakım veren bir birim olarak değerlendirilebilir. Bu noktada sağlık çalışanlarının temel görevi, aileyi desteklemek ve ihtiyaç duyulduğunda güçlendirmektir. Ruh sağlığı alanındaki yaklaşımların yalnızca ilaç tedavi ve hastaneye yatışla sınırla kalmaması; aynı zamanda aileyi ve toplumsal bütünleşmeyi kapsayan uygulama ve süreçleri içermesi gerekmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinde kurumsallaşmanın, Ailelerin aktif katılımıyla mümkün olduğu düşünülerek yenilikçi uygulamalara ağırlık verilmelidir. Psikiyatrik Reform Hareketi kapsamında ailelerin sürece dâhil edilmesi, Ruh sağlığı bakımının vazgeçilmez unsurlarında biridir. Ailelere yönelik sunulan destek; günlük yaşamda karşılaşılan güçlüklerle baş etmeyi kolaylaştırmak, hastalık sürecinde yaşanan sorunların kalıcı hale gelmesini önlemek, kronik sağlık sorunlarını engellemek ve bu durumlarla başa çıkmayı sağlamak amacıyla rehberlik ve eğitim çalışmalarını içermelidir.

Kaynakça

Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık–hastalık ve kültür etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3), 78–87. doi:10.17049/AHSBD.71822

Biswas, J., Gangadhar, B., & Keshavan, N. (2016). Cross-cultural variations in psychiatrists' perception of mental illness: A tool for teaching culture in psychiatry. Asian Journal of Psychiatry, 23, 1–7. doi:10.1016/j.ajp.2016.05.011

Boyd, M. (2005). Family assessment and interventions. In M. Boyd (Ed.), Psychiatric nursing: Contemporary practice (pp. 246–260). Lippincott Williams & Wilkins.

Chang, H. (2008). Depressive symptom manifestation and help-seeking among Chinese college students in Taiwan. International Journal of Psychology, 42(3), 200–206. doi:10.1080/00207590600878665

Copeland, D., & Vines, D. (2010). Family mental health nursing. In J. R. Kaakinen, D. Coehlo, V. Gedaly-Duff, & S. H. Hanson (Eds.), Family health care nursing: Theory, practice and research (pp. 449–470). F. A. Davis. doi:10.1177/107484070100700306

Dudas, K. (2012). Cultural competence: An evolutionary concept analysis. Nursing Education Perspectives, 33(5), 317–321. Doi:10.5480/1536-5026-33.5.317

Evans, K., Nizette, D., & O'Brien, A. (2017). Mental health across the lifespan. In K. Evans, D. Nizette, & A. O'Brien (Eds.), Psychiatric and mental health nursing (pp. 351–360). Elsevier.

Giger, J. (2017). Framework for cultural assessment and intervention techniques. In J. Giger (Ed.), Transcultural nursing: Assessment and intervention (pp. 2–14). Elsevier. doi:10.1177/10459602013003004

Gopalkrishnan, N., & Babacan, H. (2015). Cultural diversity and mental health. SAGE Open, 5(1), 1–8. doi:10.1177/1039856215609769

Hallaç, S., & Öz, F. (2014). Aile kavramına kuramsal bir bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(2), 142–153. doi:10.5455/cap.20130625102321

Hampton, N. Z., & Sharp, S. E. (2013). Shame-focused attitudes toward mental health problems. Rehabilitation Counseling Bulletin, 57(3), 170–181. doi:10.1177/0034355213501722

Haque, A. (2010). Mental health concepts in Southeast Asia: Diagnostic considerations and treatment implications. Psychology, Health & Medicine, 15(2), 127–134. doi:10.1080/13548501003615266

Hechanova, R. M. R., & Waelde, L. C. (2017). The influence of culture on disaster mental health and psychosocial support interventions in Southeast Asia. Mental Health, Religion & Culture, 20(1), 31–44. doi:10.1080/13674676.2017.1322048

Işık, B., Karaçay Yıkar, S., & Nazik, E. (2024). Kadın sağlığı hemşireliğinde iletişim kuramının gelişimi: Hildegard E. Peplau. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10(2), 119–128.

İz, F., & Temel, A. (2009). Hemşirelikte kültürel yeterlilik. Aile ve Toplum, 5(17), 51–58. doi:10.21560/SPCD.19390

Leininger, M. (2002). Transcultural mental health nursing. In M. Leininger & M. McFarland (Eds.), Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice (pp. 239–252). McGraw-Hill.

Masamba, H. (2024). Cultural influences on parenting styles and child development. International Journal of Humanity and Social Sciences, 2(3), 15–27. doi:10.54254/2753-7064/50/20242521

McGoldrick, M., Carter, B., & Preto, N. (2014). Overview: The life cycle in its changing context: Individual, family, and social

perspectives. In M. McGoldrick, B. Carter, & N. Preto (Eds.), The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives (pp. 1–19). Pearson Education.

Oliver, W. J., Kuhns, L. R., & Pomeranz, E. S. (2006). Family structure and child abuse. Clinical Pediatrics, 45(2), 111–118. doi:10.1177/000992280604500201

O'Mahony, J. M., & Donnelly, T. T. (2007). The influence of culture on immigrant women's mental health experiences from the perspectives of health care providers. Issues in Mental Health Nursing, 28(5), 453–471. doi:10.1080/01612840701344464

Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association. British Journal of Psychiatry, 181, 494–498. doi:10.1192/bjp.181.6.494

Purnell, L. (2013). Transcultural diversity and health care. In L. Purnell (Ed.), Transcultural health care: A culturally competent approach (pp. 7–14). F. A. Davis. doi:10.1007/978-3-030-21946-8_1

Scott, L. D., Jr., & McCoy, H. (2018). Correlates of somatic symptoms among African American males transitioning from a public system of care. American Journal of Men's Health, 12(2), 274–282. doi:10.1177/1557988316630304

Tortumluoğlu, G. (2004). Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), 47–57. doi:10.51754/cusbed.1052153

Tribe, R. (2005). The mental health needs of refugees and asylum seekers. Mental Health Review Journal, 10(2), 8–15. doi:10.1108/13619322200500033

World Health Organization. (2001). The world health report 2001: Mental health—New understanding, new hope. WHO.

BİDGE