

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ALAN BİLGİSİ

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI	3
ANKSİYETE: HEMŞİRELİK BAKIMI VE OLGU YÖNETİMİ.....	11
ANKSİYETE KAVRAMI VE TEMEL ÖZELLİKLERİ	17
BAĞIMLILIKLARDA TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI	24
BİPOLAR BOZUKLUK VE MANİ DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI	30
CİNSELLİK VE CİNSEL SAĞLIK.....	36
ÇOCUK VE ERGENLERDE RUHSAL SORUNLAR: TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI	43

DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI	50
HASTALIK VE ENGELLİLİK PSİKOLOJİSİ.....	55
KADIN RUH SAĞLIĞI SORUNLARI: TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	63
NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR: TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	68
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE ETİK VE YASAL KONULAR	75
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE İLETİŞİM BECERİLERİ	81
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ: TARİHÇESİ, STANDARTLARI VE ROLLERİ.....	89
PSİKİYATRİNİN DOĞUŞU VE TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ	97
PSİKOZLAR: TEDAVİ ve HEMŞİRELİK BAKIMI.....	104
TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI PROFİLİ.....	110
KORUYUCULUK	121
RUH VE RUHSAL SÜREÇLER	129
TERAPÖTİK ORTAM VE HEMŞİRELİK ROLLERİ.....	136
YEME BOZUKLUKLARI: TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	144

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

1. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

1.1. Panik Bozukluklar:

Agorafobi olmadan panik bozukluğu

Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu

Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi

1.2. Fobiler:

Özgül fobi

Sosyal fobi

1.3. Travmatik Stres Bozuklukları:

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)

Akut stres bozukluğu

1.4. Diğer Bozukluklar:

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB)

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)

Genel tıbbi duruma veya madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu

Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozuklukları

2. Panik Bozukluk

2.1. Belirti ve Tanılama:

Aniden başlayan, kısa sürede zirveye ulaşan yoğun korku ve fiziksel belirtilerle karakterizedir.

DSM-IV tanı ölçütlerine göre, panik atak tanısı için **en az 4** fiziksel veya bilişsel belirti gereklidir (çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, ölüm korkusu vb.).

2.2. Epidemiyoloji ve Risk Etkenleri:

Genellikle 15-**30 yaş** arasında başlar, kadınlarda daha sık görülür.

Kafein, astım, bazı ilaçlar panik atağı tetikleyebilir.

Beklenti anksiyetesi (%**90** oranında) ataklar arasında belirti oluşmasa da tekrar etme kaygısı olarak görülür.

2.3. Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımları:

Farmakolojik: Antidepresanlar ve benzodiazepinler ilk basamak ilaçlardır, tedavi **en az bir yıl** sürmelidir.

Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT): Fiziksel belirtilerin yanlış algısını düzeltmeye yönelik uygulanır.

Hemşirelik Yaklaşımı: Hasta yanında olunmalı, sakin ve anlaşılır bir dille konuşulmalı, uyaranlardan arındırılmış bir ortamda destek verilmelidir. Hiperventilasyon varsa kese kâğıdıyla soluma sağlanmalıdır.

3. Fobiler

3.1. Özgül Fobi:

Belirli bir nesne ya da duruma karşı mantık dışı, yoğun korkudur. En sık çocuklukta görülür (örümcek, kelebek, yükseklik vb.).

3.2. Sosyal Fobi:

Toplum içinde mahcup olma veya olumsuz değerlendirilme korkusu vardır. Sosyal ortamlardan kaçınma, performans sergilemede zorluk gibi belirtilerle ortaya çıkar.

3.3. Agorafobi:

Kalabalık yerlerde, açık alanlarda ya da yardım alınamayacak ortamlarda bulunmaktan yoğun korku duyulması durumudur.

3.4. Tedavi:

İlaç tedavisi ve davranışçı terapi birlikte uygulanır. Sistemik duyarsızlaştırma ve maruz bırakma teknikleri etkilidir.

4. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

4.1. Tanım ve Belirtiler:

Obsesyon: Kişinin istemsizce zihnine gelen, rahatsız edici düşünceler.

Kompulsiyon: Obsesyonları nötralize etmek için yapılan tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemler.

4.2. Sık Görülen Obsesyon-Kompulsiyonlar:

Temizlik, kontrol, düzenleme davranışları.

Kendine veya başkalarına zarar verme düşünceleri.

4.3. Tedavi:

İlaç (SSRI'lar) ve bilişsel davranışçı terapi birlikte kullanılır.

OKB anksiyete bozuklukları arasında tedavisi en zor olanlardan biridir.

5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Akut Stres Bozukluğu

5.1. TSSB:

Travmatik olay sonrası gelişir; olayın tekrarlayıcı şekilde yaşanması, dış uyaranlara tepkisizlik, duygusal küntlük gibi belirtiler görülür.

Tanı için belirtilerin **bir aydan** uzun sürmesi gerekir.

5.2. Akut Stres Bozukluğu:

TSSB'ye benzer belirtiler içerir fakat süre **2 gün** ile **4 hafta** arasındadır.

5.3. Tedavi:

Psikoterapi, destekleyici terapi ve ilaç tedavisi birlikte kullanılır.

6. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

En az **6 ay** süreyle, çok sayıda yaşam olayı hakkında sürekli ve aşırı endişe duyulmasıyla tanımlanır.

Panik bozukluk, depresyon ve obsesif kompulsif bozuklukla birlikte görülebilir.

Diğer anksiyete bozukluklarına göre **daha az** işlev kaybı yaratır.

Farmakoterapi ve bilişsel terapi birlikte kullanılır.

7. Anksiyete ile Baş Etmede Terapötik Beceriler

7.1. Psiko-Eğitim:

Birey ve ailesi, travmaya verilen tepkiler konusunda bilgilendirilir, normalleştirilir ve desteklenir.

7.2. Gevşeme Teknikleri:

Progresif Gevşeme: Kas gruplarını sırayla gevşeterek bedensel rahatlama sağlanır.

Nefes Egzersizleri: Yavaş, derin ve kontrollü solunumla anksiyete semptomları azaltılır.

Hayalleme: Kişi kendisini huzurlu bir ortamda hayal ederek gevşeme sağlar.

Odaklanma: Basit bir objeye odaklanarak zihinsel gerginlikten uzaklaşma sağlanır.

7.3. Kendi Kendine Konuşma:

Korkutucu düşüncelerle baş etmede içsel telkinlerin kullanılması önemlidir.

"Bu bir kriz değil, geçecek."

"Delirmiyorum, nefesim normale dönecek."

8. Benzodiazepinler: Kullanım ve Eğitim

8.1. Etki Mekanizması:

GABA etkisini artırarak anksiyeteyi azaltır.

Sedatif, hipnotik, kas gevşetici özellikleri vardır.

Bağımlılık riski taşır.

8.2. Yan Etkiler:

Bilişsel bozulma, psikomotor yavaşlama, davranışsal inhibisyon kaybı, yoksunluk belirtileri (terleme, baş dönmesi, depersonalizasyon, uyku bozuklukları).

8.3. Hasta Eğitimi:

Alkol ve kafein kullanımından kaçınılmalı.

Yavaş hareket edilmeli, uyku hali durumunda araç kullanılmamalı.

Deri döküntüsü ve mide şikayetleri için hemşire bilgilendirilmelidir.

ANKSİYETE: HEMŞİRELİK BAKIMI VE OLGU YÖNETİMİ

1. Anksiyete Kavramı ve Düzeyleri

Anksiyete, bireyin tehdit algısıyla başa çıkmakta zorlandığı, içsel bir huzursuzluk ve korku hali olarak tanımlanır; bilinçli ya da bilinçdışı olabilir.

Anksiyete, bireyin bilişsel, davranışsal ve fizyolojik sistemlerini etkileyen bir savunma mekanizmasıdır ve bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkiler.

Anksiyete düzeyleri dört evrede incelenir:

Hafif Anksiyete: Dikkat artışı olur, öğrenme kolaylaşır.

Orta Düzey Anksiyete: Algı daralır, dikkat seçicidir.

Şiddetli Anksiyete: Algı alanı daralır, dikkat dağınık, fiziksel belirtiler (taşikardi, terleme) artar.

Panik Anksiyetesi: Gerçeklik algısı bozulabilir, birey mantıklı düşünemez, yönlendirmeye ihtiyaç duyar.

2. Anksiyetede Hemşirelik Girişimleri ve Temel Uygulamalar

a) Genel Hemşirelik Girişimleri

Birey sakin, düşük uyaranlı, güvenli bir ortama alınır.

Anksiyete düzeyi, hastanın kendisinden 1-10 arası puanlaması istenerek belirlenir.

Hasta, duygularını ifade etmesi yönünde cesaretlendirilir.

Hemşire, kararlı ve yatıştırıcı bir ses tonuyla konuşur, açık ve basit dil kullanır.

Hastaya, anksiyete belirtilerini erken tanınması ve içsel-dışsal uyaranları fark etmesi öğretilir.

Gerekirse nefes ve gevşeme egzersizleri uygulanır, uğraş terapileri ile dikkat başka yöne çekilir.

Gözlemler düzenli olarak kayıt altına alınır ve ekip üyeleriyle paylaşılır.

b) Spesifik Hemşirelik Girişimleri

Anksiyete belirtilerinin objektif değerlendirilmesi: Taşikardi, taşipne, el terlemesi, yüksek kan basıncı gibi bulgular takip edilir.

Anksiyete baş etme yollarının belirlenmesi: Uygun olmayan mekanizmaların (inkâr, bastırma, ilaç bağımlılığı) fark edilmesi sağlanır.

Gevşeme teknikleri öğretilmesi: Hayal kurma, nefes egzersizi, sistematik duyarsızlaştırma gibi yöntemler kişiye anlatılır.

Sessiz ortam ve empatik yaklaşım sağlanarak bireyin kontrol duygusu desteklenir.

Kriz anında bireyin yanında kalınır, özellikle panik düzeyindeyse kısa, net emirlerle yönlendirme yapılır.

Karar verme ve eğitim için anksiyetenin yatışması beklenir, aksi takdirde algı ve öğrenme olumsuz etkilenir.

3. Psikoeğitim ve Destekleyici Müdahaleler

Bireye ve ailesine anksiyete hakkında bilgi verilir, bireyin kontrol duygusu desteklenir.

Haftalık egzersiz programı, uyku hijyeni gibi fiziksel desteklerle anksiyete azaltılabilir.

Sosyal destek sistemleri harekete geçirilerek bireyin yalnızlık hissi azaltılır.

Anksiyete sonrası değerlendirme yapılır, tetikleyici olaylar analiz edilir ve kişiye farkındalık kazandırılır.

4. Farmakolojik ve Psikoterapötik Destekler

Orta ve ileri düzey anksiyetede farmakolojik tedavi, bilişsel-davranışçı terapi, grup terapisi, müzikterapi gibi yöntemlerle desteklenmelidir.

Panik atak durumunda, önerilen ilaçların düzenli kullanımı nörobiyolojik dengeyi sağlamada etkilidir.

Hiperventilasyon durumunda, kağıt torbaya soluma gibi basit uygulamalarla fizyolojik denge sağlanır.

5. Olgu Analizi: Anksiyeteye Hemşirelik Yaklaşımı

a) Hasta Profili

50 yaşında, kadın hasta, **10 yıldır** Tip 2 diyabet ve transvers myelit tanısı mevcut.

Hareket kısıtlılığı, idrar inkontinansı (TAK gerekliliği) ve hastalığın seyri hakkında ciddi endişeleri bulunmakta.

Konuşurken tereddütlü, sık nefes alıyor, elleri terli ve göz teması sınırlı; tümü fiziksel ve duygusal anksiyete belirtileri olarak yorumlanabilir.

b) Anksiyete Bakım Tanısı

Etkenler: Bilgi eksikliği, belirsizlik, uzun hastane yatışı, metabolik dengesizlikler.

Objektif Veriler: Yüksek nabız, hızlı solunum, yüksek kan şekeri, terleme, üzgün ruh hali.

Subjektif Veriler: "İyileşemeyecek miyim?", "Bu durum hep böyle mi sürecektir?" gibi ifadelerle yansıyan belirsizlik.

c) Bakım Hedefleri

Kısa vadeli hedef: Hasta, anksiyeteyi fark ettiğinde bunu sözel olarak ifade edecek ve gevşeme egzersizi uygulayabilecek.

Uzun vadeli hedef: Kendi anksiyete belirtilerini tanıyacak, tetikleyici durumları fark edecek ve panik düzeyine gelmeden yardım arayacak.

d) Planlanan ve Uygulanan Girişimler

Anksiyeteyi artıran düşünceleri belirleyip alternatif baş etme yolları sunmak.

Gevşeme egzersizi öğretmek ve birlikte uygulamak.

Panik belirtileri gözlemlendiğinde bireyin yanında kalmak ve yönlendirmek.

Tedavi sürecine bireyin aktif katılımını sağlamak.

Sosyal destek kaynaklarını harekete geçirmek.

Gözlem ve girişimleri formlara kaydedip ekip ile paylaşmak.

ANKSİYETE KAVRAMI VE TEMEL ÖZELLİKLERİ

1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete, bireyin gerçek ya da algılanan bir tehdide karşı geliştirdiği, evrensel, içsel ve hoş gitmeyen bir uyarılma tepkisidir.

Kaygı ve korkunun eşlik ettiği, genellikle belirsizlik, tehlike beklentisi veya kontrol kaybı hissiyle ortaya çıkan bir duygulanım hâlidir.

Her bireyin yaşamında deneyimlediği bu duygu, yaşamı sürdürme ve çevresel tehlikelere uyum sağlama açısından temel bir işleve sahiptir.

2. Anksiyetenin İşlevleri

Anksiyete, bireyin kendini koruma ve çevresel tehditlere karşı önlem alma davranışlarını harekete geçirerek yaşamı sürdürülebilir kılan işlevsel bir sistem olarak tanımlanır.

Tehlikeye dair erken uyarı vererek dikkat, odaklanma ve başa çıkma mekanizmalarını devreye sokar.

Uygun düzeydeki anksiyete, bireyin performansını artırabilir ve motive edici olabilir; ancak yüksek düzeylerde ise işlevselliği bozabilir.

3. Anksiyetenin Kaynakları

Anksiyetenin kaynağı biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkabilir.

Biyolojik: Kalıtsal eğilim, nörotransmitter dengesizlikleri

Psikolojik: Öğrenme süreçleri, travmalar, benlik algısı bozuklukları

Çevresel: Ekonomik problemler, sosyal ilişkilerdeki bozulmalar, belirsizlikler

Anksiyete geçmiş deneyimlerden, gelecek kaygısından veya kişinin kendi iç dünyasıyla ilgili algılarından da kaynaklanabilir.

4. Gerçek ve Algılanmış Tehlike

Anksiyete tepkisi, bazen gerçek bir tehdide karşı oluşur; ancak çoğu zaman tehlike sadece bireyin algısında yer alır.

Gerçek bir tehdidin bulunmadığı durumlarda da anksiyete yaşıyorsa, bu durum patolojik boyutta değerlendirilmelidir.

Bu fark, hemşirelik uygulamalarında bireyin anksiyetesinin kaynağını ayırt etmede önemlidir.

5. ABC Modeli ile Anksiyete Açıklaması (Ellis, 1973)

A (Activating event): Tetikleyici uyaran

B (Belief): Bireyin bu uyaran hakkındaki inancı veya yorumu

C (Consequence): Ortaya çıkan duygusal ve davranışsal sonuç

Bu modele göre, bireyin anksiyete yaşamasını belirleyen unsur, yaşanan durumdan çok, bu duruma dair inanç ve yorumdur.

6. Anksiyeteye Neden Olan Günlük Yaşam Olayları

Yaşam biçiminde köklü değişiklikler

Yakın kayıpları ve yas süreçleri

İşsizlik ve ekonomik zorluklar

Boşanma veya ilişkisel travmalar

Belirsizlik içeren hastalıklar, ameliyatlara veya yoğun bakım deneyimi

Sosyal destek sistemlerinin zayıflığı

7. Anksiyete Türleri

Normal Anksiyete: Uyum sağlayıcı ve yaşamı sürdürücü nitelikteki kaygıdır.

Patolojik Anksiyete: Gerçek bir uyarana uygun olmayan yoğunlukta, süreklilik gösteren ve işlevselliği bozan kaygıdır.

Akut Anksiyete: Ani başlayan ve genellikle stresörle ilişkili kısa süreli anksiyete.

Kronik Anksiyete: Uzun süredir devam eden, kişinin genel yaşam kalitesini etkileyen yaygın kaygı durumudur.

8. Anksiyete - Stres - Kriz İlişkisi

Anksiyete, genellikle bir stresörün bireyin denge durumunu bozmasıyla ortaya çıkar.

Birey, dengeyi sağlamak için mevcut başa çıkma becerilerini kullanır. Bu beceriler yetersiz kalırsa kriz gelişebilir.

Hemşirelik bakımında, bireyin stresörlere karşı geliştirdiği baş etme kapasitesi değerlendirilerek uygun destek planlanmalıdır.

9. Anksiyetenin Belirtileri

9.1. Fiziksel Belirtiler

Subjektif: Nefes darlığı, kalp çarpıntısı, kas gerginliği, mide bulantısı, sersemlik, uyuşma, sıcak/soğuk basması

Objektif: Pupilla dilatasyonu, tremor, ciltte solukluk, tansiyon ve kalp atımında artış

Fizyolojik: Sempatik ve parasempatik sistemin aşırı uyarılması, stres hormonlarında (kortizol, epinefrin) artış

9.2. Psikolojik Belirtiler

Korku, panik, çaresizlik, karamsarlık, felaket beklentisi, kontrol kaybı hissi, ölüm korkusu

Bireyin kendisini sürekli izlenen, yargılanan biri gibi hissetmesi; utanma, mahcubiyet duyguları

9.3. Davranışsal ve Bilişsel Belirtiler

Kaçınma davranışları, konuşma bozuklukları, ortamdan uzaklaşma, problem çözme becerisinde zayıflama

Konsantrasyon bozukluğu, bellek sorunları, ani tepkiler verme, çevreyi yanlış algılama

10. Anksiyete Düzeyleri

Hafif: Odaklanma artar, öğrenme kolaylaşabilir.

Orta: Algı daralır, dikkatin yönlendirilmesi gerekir.

Şiddetli: Algı çok daralır, bireyin çevresel uyarıcıları algılaması zorlaşır.

Panik: Gerçeklik algısı bozulabilir, kontrol kaybı yaşanır, psikiyatrik müdahale gerekebilir.

11. Uyum Sağlayan (Adaptif) Tepkiler

Anksiyetenin farkına varmak ve onu normal bir tepki olarak kabul etmek

Gerçekçi düşünme ve problem çözme stratejileri geliştirmek

Sosyal destek aramak, bilgi edinmek ve yardım istemek

Fiziksel aktiviteler, gevşeme teknikleri ve olumlu içsel konuşmalarla anksiyetenin azaltılması

12. Uyum Sağlamayan (Maladaptif) Tepkiler

Madde kötüye kullanımı, şiddet eğilimi, kendine zarar verici davranışlar

Sosyal izolasyon, aşırı kontrol davranışları, kaçınma ve bastırma

Uyaranlara aşırı duyarlılık, duygusal patlamalar, fobik tepkiler geliştirme

13. Hemşirelik Bakımında Anksiyete Yönetimi

Anksiyetenin fiziksel, psikolojik ve davranışsal boyutlarının değerlendirilmesi

Anksiyete düzeyine göre uygun müdahalelerin planlanması (iletişim kurma, çevresel düzenleme, bilgi verme)

Gerektiğinde gevşeme egzersizleri ve nefes tekniklerinin uygulanması

Psikososyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi ve bireyin başa çıkma gücünün artırılması

BAĞIMLILIKLARDA TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

1. Bağımlılığın Tanımı ve Türleri

Bağımlılık, bireyin bir maddeye veya davranışa karşı kontrolsüz bir şekilde istek duyması, kullanım üzerinde kontrol kaybı yaşaması ve bu madde veya davranış olmadan yaşamını sürdürememesi durumudur.

Fiziksel bağımlılık, maddenin yokluğunda yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasıyla tanımlanır; psikolojik bağımlılık ise bireyin kendini rahatlatmak ya da kaçmak için maddeye duyduğu zorunluluğu ifade eder.

Başlıca bağımlılık türleri:

Madde bağımlılığı: Alkol, nikotin, opiyat, kokain, esrar, amfetamin, halüsinojen, uçucu maddeler.

Davranışsal bağımlılıklar: İnternet, teknoloji, alışveriş, kumar, seks gibi tekrarlayan ve kontrolsüz davranış biçimleri.

İlişki bağımlılığı: Aşırı bağlanma ve terk edilme korkusuyla gelişen kişilerarası bağımlılıktır.

2. Madde Bağımlılığına İlişkin Klinik Özellikler

Tolerans gelişmesi: Aynı etkiyi sağlamak için artan doz gereksinimi.

Yoksunluk belirtileri: Madde alımı durduğunda ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik semptomlar.

Zaman kaybı: Maddeyi elde etme, kullanma ya da etkilerinden kurtulma sürecine aşırı zaman harcanması.

İşlev kaybı: İş, okul, aile gibi yaşam alanlarında ciddi bozulmaların başlaması.

Sosyal izolasyon: Sosyal ilişkilerde azalma ve yalnızlık eğilimi.

3. Bağımlılıkta Risk Faktörleri

Bireysel faktörler: Düşük benlik saygısı, içe dönüklük, dürtü kontrol bozuklukları, antisosyal davranışlar.

Ailevi etkiler: Aile içi iletişim bozuklukları, ebeveynlerde bağımlılık öyküsü.

Çevresel etkenler: Arkadaş baskısı, maddeye kolay ulaşılabilirlik, maddeyi meşrulaştıran sosyal ortam.

Genetik yatkınlık: Özellikle alkolizmde kalıtsal eğilim belirgindir.

Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar: Depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu.

4. Madde Kötüye Kullanımı ve Tanı Kriterleri (DSM)

Madde kötüye kullanımı: İş, okul ya da ev sorumluluklarının ihlali, tehlikeli durumlara rağmen kullanım, yasal sorunlar, kişilerarası çatışmalar.

Madde bağımlılığı: Tolerans, yoksunluk, kontrol kaybı, bırakma girişimlerinde başarısızlık, sosyal izolasyon gibi **en az** üç kriterin varlığı.

5. Tedavi Yaklaşımları

5.1. Tıbbi Müdahale

Detoksifikasyon: Akut entoksikasyonun giderilmesi ve yoksunluk belirtilerinin kontrol altına alınması.

Farmakoterapi:

Opioid bağımlılığı: Metadon, buprenorfin.

Alkol bağımlılığı: Disülfiram, naltrekson, akamprosot.

Nikotin bağımlılığı: Nikotin replasman tedavileri, bupropion, vareniklin.

5.2. Psikososyal Müdahaleler

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Olumsuz düşünce kalıplarının değiştirilmesi, baş etme becerilerinin kazandırılması.

Motivasyonel Görüşme: Bireyin içsel değişim isteğini artırma ve tedaviye bağlılığını sağlama.

Aile terapisi: Aile üyelerinin eğitilmesi ve destek sistemlerinin güçlendirilmesi.

Grup terapileri: Adsız Alkolikler (AA), Narkotiklerle Mücadele Grubu (NA) gibi destek gruplarına yönlendirme.

5.3. Rehabilitasyon Süreci

Ergoterapi: Boş zamanların verimli aktivitelerle değerlendirilmesi.

Sanat terapisi ve müzik terapisi: Duygusal ifadenin sağlanması ve ruhsal iyilik hâlinin desteklenmesi.

Sosyal uyum programları: Yeniden istihdam, eğitim programlarına yönlendirme.

6. Bağımlılıklarda Hemşirelik Yaklaşımları

6.1. Hemşirelik Tanıları

Yaralanma riski

Etkisiz baş etme

Benlik saygısında azalma

Etkisiz inkâr

Sağlığı sürdürmede yetersizlik

Aile içi rol bozuklukları

6.2. Hemşirelik Girişimleri

Detoksifikasyon sürecinde: Sıvı-elektrolit dengesi sağlanmalı, vital bulgular yakından izlenmeli, delirium tremens gibi durumlara müdahale edilmelidir.

Yoksunluk döneminde: Anksiyete, ajitasyon, uyku bozukluğu, epileptik nöbetler gibi durumlar için gözlem ve medikal tedavi desteği sağlanmalıdır.

Eğitim ve danışmanlık: Bağımlılıkla ilgili bilgi verme, savunma mekanizmalarının fark edilmesi, etkili baş etme yöntemlerinin öğretilmesi.

Aile desteği: Aile bireylerinin tedavi sürecine katılımı, koruyucu önlemler ve relaps durumunda yaklaşım eğitimi.

7. Bağımlılığı Önlemeye Yönelik Girişimler

Topluma yönelik eğitimler: Madde kullanımı hakkında doğru ve caydırıcı bilgi sunulması.

Okul programları: Erken yaşta sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve iletişim becerileri kazandırılması.

Aile temelli koruyucu programlar: Aile içi rollerin desteklenmesi, çocuklarda özgüven ve sorumluluk duygusunun geliştirilmesi.

Gençlik merkezleri: Alternatif uğraşlar ve sosyal faaliyetlerle bireylerin pozitif alanlara yönlendirilmesi.

BİPOLAR BOZUKLUK VE MANİ DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

1. Tanım ve Genel Bilgi

Bipolar bozukluk, iki uçlu duygu durum değişimleriyle karakterize olan ve kişide dönem dönem taşkınlık (mani/hipomani) ile çökkünlük (depresyon) belirtilerinin ortaya çıktığı kronik ve yineleyici bir psikiyatrik hastalıktır.

Genellikle genç erişkinlik döneminde başlar ve yaşam boyunca tekrarlarla seyreder.

Hastaların önemli bir kısmı mani döneminde davranış kontrolünü kaybederek kendine veya çevresine zarar verebilir.

2. Manik Dönem Belirtileri

Duygudurum: Aşırı taşkınlık, öfori, irritabilite, öfke patlamaları, ani duygusal geçişler.

Düşünce Süreci: Fikir uçuşması, büyüklük sanrıları, düşünce hızında artış.

Davranışlar: Artan konuşkanlık, uykusuzluk, sosyal normlara aykırı davranışlar, aşırı para harcama.

Fizyolojik: Azalan beslenme ve uyku, artmış motor aktivite, sıvı-elektrolit dengesizliği riski.

3. Tedavi Yaklaşımları

3.1. Farmakoterapi

Lityum: İlk tercih edilen antimanik ilaçtır; öfori, irritabilite, düşünce uçuşması üzerinde etkilidir.

Antikonvülzanlar: Valproat, karbamazepin gibi duygu durum düzenleyiciler kullanılır.

Antipsikotikler: Psikotik belirtiler varsa tercih edilir.

Anksiyolitikler: Uyku ve ajitasyon kontrolü için kısa süreli eklenebilir.

3.2. Diğer Yöntemler

Elektrokonvülsif Terapi (EKT): Şiddetli ataklarda tercih edilir.

Psikoeğitim ve Terapi: Aileye ve hastaya yönelik eğitimler, davranışsal ve bilişsel terapiler uygulanır.

4. Lityum Kullanan Hastada Hemşirelik Yaklaşımları

Hastaya ilaç hakkında detaylı bilgi verilmeli, kendi başına bırakmaması gerektiği anlatılmalıdır.

Lityum düzeyi düzenli olarak takip edilmeli, toksisite belirtileri konusunda hasta eğitilmelidir.

Na ve kafein alımı dengede tutulmalı, dehidratasyondan kaçınılmalıdır.

Böbrek ve tiroid fonksiyonları 6–**12 ayda** bir kontrol edilmelidir.

5. Mani Döneminde Hemşirelik Tanıları ve Girişimler

5.1. Yaralanma Potansiyeli

Girişimler:

Uyarıcı azaltılmış çevre hazırlanmalı.

Sakin bir ortamda dinlenmesi sağlanmalı.

Sık sık sıvı takviyesi yapılmalı.

Ajitasyonu izlemek için 15 dakikada bir gözlem yapılmalı.

Amaç: Fiziksel zararı önlemek, aşırı aktivite ve tükenmeyi engellemek.

5.2. Kendine veya Başkasına Zarar Verme Riski

Girişimler:

Net, kısa ve sakın açıklamalarla iletişim kurulmalı.

Ajitasyonu azaltıcı fiziksel aktiviteler (yürüyüş, boks torbası) sunulmalı.

Tehlikeli nesneler uzaklaştırılmalı.

Gerektiğinde izolasyon ya da tespit (fiziksel kısıtlama) uygulanmalıdır.

Amaç: Hastayı ve çevresini korumak, davranışları kontrol altına almak.

5.3. Düşünce Süreçlerinde Bozulma

Girişimler:

Sanrılara katılmadan hastayı anlamaya çalışmak.

Gerçek dışı düşünceleri düzeltmeye yönelik açıklamalar yapılmalı.

Uygun karar verme ve problem çözme becerileri desteklenmeli.

Amaç: Hastanın gerçeklik algısını yeniden kazanmasını sağlamak.

5.4. Bireysel Baş Etmede Yetersizlik

Girişimler:

İlaca uyum ve davranış farkındalığı kazandırılmalı.

Olumsuz davranışlara sınır koyulmalı.

Uygun baş etme yöntemleri desteklenmelidir.

Amaç: Hastanın kriz yönetimini ve içgörüsünü geliştirmek.

5.5. Sosyal Etkileşimde Bozulma

Girişimler:

Rekabet içermeyen, sakin grup aktivitelerine yönlendirme.

Davranışları ile ilgili net sınırlar belirlenmeli.

Pozitif davranışlar sözel olarak ödüllendirilmelidir.

Amaç: Etkili iletişimi ve sosyal uyumu desteklemek.

5.6. Uyku Alışkanlıklarında Değişiklik

Girişimler:

Uykusuzluk hakkında bilgi alınmalı, dinlenme ortamı oluşturulmalı.

İlaç uyumu ve gece aktiviteleri düzenlenmelidir.

Amaç: Uykunun kalitesini artırmak ve aşırı uyarılmayı azaltmak.

5.7. Aile Süreçlerinde Bozulma

Girişimler:

Aileye hastalık, tedavi süreci, ilaçlar hakkında eğitim verilmeli.

Aile ile güvene dayalı ilişki kurulmalı.

Destek sistemlerine yönlendirme yapılmalıdır.

Amaç: Ailenin bakım sürecine katılımını sağlamak ve stresle baş etmesini kolaylaştırmak.

6. İzolasyon ve Tespit Prosedürleri

Oda izolasyonu: Kendine/başkasına zarar potansiyeli olan durumlarda uygulanır. 15 dakikada bir gözlem yapılmalı, ihtiyaçları düzenli takip edilmelidir.

Tespit (fiziksel kısıtlama): En son çare olarak uygulanmalı, hastanın onuruna saygı gösterilmeli, **2 saatte** bir ihtiyaçlar kontrol edilmelidir.

Kayıtlar: Uygulama nedenleri, süreleri ve hasta tepkileri detaylı şekilde yazılmalıdır.

CİNSELLİK VE CİNSEL SAĞLIK

1. Cinsellik ve Cinsel Sağlık

Cinsellik yalnızca fiziksel ilişkiyle sınırlı değildir; duygusal, sosyal, düşünsel ve kültürel boyutları olan çok yönlü bir olgudur.

DSÖ'ye göre cinsel sağlık, fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal refahın birleşimidir.

Cinsellik, insan gelişiminin bir parçası olup yaşam boyu devam eder.

Cinsiyet kimliği, cinsel yönelim, cinsel rol davranışları ve cinsel tutumlar bireyin cinselliğini oluşturan temel yapı taşlarıdır.

2. Cinsel Haklar

Dünya Cinsel Sağlık Birliği'ne (WAS) göre bireylerin:

Cinsel özgürlük hakkı

Cinsel haz hakkı

Beden bütünlüğü hakkı

Cinsel sağlık hizmetlerine erişim hakkı

Cinsel yönelim ve kimlik hakkı vardır.

Cinsel sağlık hizmetleri, bilimsel temelli bilgiye dayalı olmalı ve ayırım gözetmeksizin erişilebilir olmalıdır.

3. Normal Cinsel Cevap Döngüsü

İstek: Cinsel arzu ve zihinsel hazırlık.

Uyarılma: Fiziksel değişikliklerin başladığı dönem; kadınlarda lubrikasyon, erkeklerde ereksiyon gözlenir.

Plato: Uyarılmanın doruk noktası; kas gerginliği, solunum ve kalp atışında artış görülür.

Orgazm: Cinsel haz ve boşalmanın yaşandığı evre; kasılmalar eşlik eder.

Çözülme: Fizyolojik durumun normale döndüğü ve rahatlamanın yaşandığı evredir.

Refrakter dönem (erkek): Yeni bir uyarana tepki veremediği süre.

4. Cinsel İşlev Bozuklukları Türleri

1. Cinsel İstek Bozuklukları

Cinsel istek azlığı ya da hiç olmaması ile karakterizedir.

Psikolojik nedenler (depresyon, anksiyete), hormonal dengesizlikler (testosteron eksikliği), ilaçlar (beta blokerler, antidepresanlar) ve kronik hastalıklar etkili olabilir.

2. Cinsel Tiksinti Bozukluğu

Cinsel ilişkiye karşı aşırı tikslenme ve kaçınma davranışlarıyla tanımlanır.

Travmatik deneyimler, cinsel mitler ve fobik tepkiler yaygındır.

3. Uyarılma Bozuklukları

Erkeklerde erektil disfonksiyon; kadınlarda frijidite (uyarılma yokluğu) olarak görülür.

Hormon dengesizlikleri, antihistaminik ilaçlar, psikolojik engeller etkindir.

4. Orgazm Bozuklukları

Kadınlarda anorgazmi, erkeklerde orgazm gecikmesi ya da erken boşalma olarak sınıflanır.

Klitoral uyarının eksikliği, suçluluk duygusu, performans kaygısı gibi nedenler rol oynar.

5. Cinsel Ağrı Bozuklukları

Disparöni: Cinsel ilişki sırasında ağrı.

Vajinismus: Vajinal kasların istemsiz kasılması nedeniyle ilişkiye engel olma durumu.

Genellikle travma, enfeksiyon, yetersiz uyarılma gibi faktörlere bağlıdır.

6. Parafilik Bozukluklar

Normal dışı nesne ya da durumlara yönelik cinsel ilgi ve davranışlardır.

Teşhircilik, fetişizm, pedofili, cinsel sadizm, mazohizm, sürtünmecilik vb.

Bu davranışlar toplum normlarına ve bireyin özgürlüğüne zarar verecek şekilde gerçekleşir.

5. Cinsel İşlev Bozukluklarında Fiziksel ve Psikolojik Etkenler

Kalp-damar hastalıkları, diyabet, nörolojik hastalıklar, hormonal bozukluklar, vitamin eksiklikleri gibi biyolojik etmenler doğrudan etkilidir.

Tutucu yetiştirilme tarzı, cinsel mitler, cinsel eğitimsizlik, eşler arası iletişim sorunları, travmatik deneyimler, kendini beğenmeme, utanç duyguları gibi psikolojik etmenler önemli rol oynar.

6. Tedavi Yöntemleri

Bilişsel Davranışçı Cinsel Terapi: Yanlış inançların düzeltilmesi ve yeni davranış kalıplarının kazandırılması.

Psikodinamik Terapi: Altta yatan bilinçdışı çatışmaların çalışılması.

İlaç Tedavisi: Antidepresanlar, hormon takviyesi, anksiyolitikler.

Çift ve Aile Terapisi: Evlilik içi çatışmaların ele alınması.

Grup Terapisi: Destekleyici bir ortamda benzer sorunların paylaşımı.

Danışmanlık: Eğitici, bilgilendirici ve yönlendirici destek.

7. Hemşirelik Yaklaşımları

Değerlendirme: Cinsel öykü, fiziksel ve psikolojik durum, ilişkisel etkenlerin ayrıntılı analizi yapılmalıdır.

Hemşirelik Tanıları:

Yetersiz cinsel işlev

Anksiyete

Bozulmuş kişilerarası ilişki

Sosyal izolasyon

Benlik saygısı düşüklüğü

Hemşirelik Girişimleri:

Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmeli ve yargılayıcı olmayan bir dil kullanılmalıdır.

Cinsellikle ilgili doğru bilgiler verilmeli ve mitler düzeltilmelidir.

Eşlerin iş birliği içinde sürece dahil olması sağlanmalıdır.

Psikolojik destek ve gerekli uzmanlık alanlarına yönlendirme yapılmalıdır.

8. Cinsel Şiddet, Taciz ve Yasal Boyut

Cinsel taciz: Rızaya dayalı olmayan sözlü/sözsüz cinsel içerikli davranışlardır.

Cinsel saldırı: Fiziksel temasla gerçekleştirilen rızasız cinsel eylemlerdir.

Yasal Süreç:

Türk Ceza Kanunu'nun 102, **103, 105 ve 225.** maddeleri kapsamında düzenlenmiştir.

Cinsel suçlara yönelik cezai yaptırımlar, rızaya dayalı olmayan tüm eylemleri kapsar.

Hemşirelik Müdahalesi:

Kurban yalnız bırakılmamalı, empatik ve güvenli ortam sağlanmalı.

Adli raporlama, delil toplama ve destek kurumlarına yönlendirme yapılmalı.

9. Cinsel Travmalar ve Ruhsal Sonuçları

Travmalar depresyon, TSSB, anksiyete, fobi, cinsel isteksizlik, intihar eğilimi gibi sorunlara yol açabilir.

Tecavüz travma sendromu yaşayan bireylerde uzun süreli izlem ve profesyonel psikolojik destek esastır.

ÇOCUK VE ERGENLERDE RUHSAL SORUNLAR: TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

1. Giriş ve Tanımlamalar

Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluklar, gelişimsel dönemlerine özgü özelliklerle birlikte seyreden, davranışsal, duygusal ve sosyal alanları etkileyen klinik durumlardır.

DSM-5 sınıflamasına göre değerlendirilir ve genellikle dikkat eksikliği, otizm spektrum bozuklukları, davranım bozuklukları, kaygı bozuklukları, tikler ve gelişimsel geriliklerle tanımlanır.

Tanılama süreci multidisipliner yaklaşımı gerektirir; aile, okul, sağlık çalışanı ve psikiyatristin işbirliği önemlidir.

2. Ruhsal Sorunların Sınıflandırılması

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat eksikliğiyle karakterize, çocuklukta başlayıp erişkinliğe dek sürebilen bir bozukluktur.

Erkek çocuklarda kızlara oranla 3-5 kat daha sık görülür.

Tedavide psikostimulanlar (Ritalin, Concerta), davranış terapileri ve aile eğitimi birlikte kullanılmalıdır.

2.2. Otizm Spektrum Bozuklukları (OSB)

Sosyal etkileşimde yetersizlik, iletişim becerilerinde bozulma ve tekrarlayıcı davranışlarla belirginleşen nörogelişimsel bozukluklardır.

Tanı ortalama 30-**36 aylarda** konulur.

Tedavi planı bireyselleştirilir; özel eğitim, davranışsal terapiler ve aile desteği temel yaklaşımlardır.

2.3. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

Ebeveyninden ya da bağlandığı kişiden ayrılmaya karşı yaşanan yoğun kaygıdır.

Patolojik olan, yaşına uygun olmayan, şiddetli ve kalıcı ayrılık kaygısıdır.

Tedavide bilişsel-davranışçı terapiler, ebeveyn eğitimi ve bazen farmakoterapi uygulanır.

2.4. Davranım Bozuklukları

Saldırganlık, kural çiğneme, hayvanlara zarar verme, yalan söyleme ve okuldan kaçma gibi sosyal normlara uymayan davranış örüntüleridir.

Erkek çocuklarda yaygındır ve sıklıkla antisosyal kişilik bozukluğunun öncüsüdür.

Psikoterapi, aile desteği ve bireysel davranış değişikliği programları tedavide etkilidir.

2.5. Kekemelik (Akıcılık Bozukluğu)

Zamanlama ve konuşma akıcılığında bozulma ile kendini gösteren, genellikle çocuklukta başlayan bir bozukluktur.

Belirtiler arasında heceleme, ses uzatma ve sözcük tekrarları yer alır.

Tedavi sürecinde konuşma terapisi, psikoeğitim ve destekleyici ortam önemlidir.

2.6. Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

Rett sendromu, çocukluğun dezentegratif bozukluğu, Asperger sendromu gibi durumlar bu grupta yer alır.

Erken tanı ve özel eğitim uygulamaları temel tedavi yaklaşımıdır.

2.7. Zihinsel Gelişim Bozuklukları

Gelişimsel süreçte başlayan; zihinsel işlevlerde, öğrenme, kavrama, soyutlama ve adaptif davranışlarda yetersizlikle karakterizedir.

Hafif, orta, ağır şeklinde sınıflandırılır.

Eğitimsel ve davranışsal yaklaşımlar ön plandadır.

2.8. Tik Bozuklukları

Basit tikler (göz kırpma, omuz silkme) ya da karmaşık tikler (ekolali, koprolali) şeklinde ortaya çıkar.

Dopamin düzeyini düzenleyen ilaçlarla tedavi edilir.

2.9. Dışa Atım Bozuklukları

Enürezis: **5 yaş** üzerindeki çocuklarda istemsiz idrar kaçıрма durumudur.

Enkoprezis: **4 yaş** üzerindeki çocuklarda dışkı kaçıрма sorunudur.

Tedavide öncelikle altta yatan fizyolojik ya da nörolojik bir bozukluk dışlanmalı, davranışçı terapiler ve aile eğitimi uygulanmalıdır.

3. Genel Tedavi Yaklaşımları

Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT): Gerçek dışı düşüncelerin belirlenmesi, düşünce-duygu-davranış ilişkilerinin kurulması ve sağlıklı davranış örüntülerinin öğretilmesi.

Psikoeğitim: Çocuğun ruhsal durumuna, gelişim düzeyine ve ailesine yönelik bilgilendirme yapılır.

Farmakoterapi: Belirtilerin şiddeti ve eşlik eden diğer tanılara göre antidepresanlar, antipsikotikler veya psikostimulanlar uygulanabilir.

Aile Danışmanlığı: Anne-baba ve bakım veren bireylerin, çocuğun ihtiyaçlarını anlaması ve doğru yaklaşım göstermesi sağlanır.

Okul ile İş Birliği: Öğretmen, rehberlik servisi ve sınıf arkadaşları ile koordineli çalışılarak çocuğun sosyal çevresi düzenlenir.

4. Hemşirelik Yaklaşımları

4.1. Genel İlkeler

Bireyin fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal gelişimi kapsamlı olarak değerlendirilmelidir.

Sağlıklı büyüme ve gelişmenin desteklenmesi, ruhsal iyilik hâlinin artırılması temel hedeftir.

Bağlı olduğu kişilere karşı güvenli bağlanmayı destekleyici, empatik, yapılandırılmış bir bakım ortamı sağlanmalıdır.

4.2. Hemşirelik Tanıları

Benlik saygısında azalma

Kendine/başkasına zarar verme riski

Sosyal izolasyon

Uyku düzeninde bozulma

Ailede baş etme yetersizliği

Bireysel baş etme güçlüğü

Sözel iletişimde bozulma

4.3. Hemşirelik Girişimleri

Güvenli ortam oluşturulmalı, fiziksel zarar riski önlenmeli, birebir takip sağlanmalıdır.

Anksiyete, öfke ve saldırganlık durumlarında birlikte olma, dikkat dağıtma, güven verme önlemleri uygulanmalıdır.

Bireyin benlik algısı desteklenmeli; beden imajı, temel bakım becerileri ve sosyal etkileşim çalışılmalıdır.

Aile eğitimi sağlanmalı, hastalıkla başa çıkma becerileri kazandırılmalıdır.

Sağlık ekibi ile eşgüdüm içinde bireysel bakım planı oluşturulmalı ve sürecin takibi sağlanmalıdır.

DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

1. Temel Tanımlar ve Kavramlar

Duygulanım (Affect), bireyin iç ya da dış uyaranlara duygusal tepki verebilme yeteneğini ifade eder ve bu tepkiler bireyin çevresel durumlara karşı içsel uyumunu yansıtır.

Duygu Durumu (Mood), bireyin uzun süreli duygusal hâlini belirtir; bu hâl neşeli, çökkün, öfkeli veya kayıtsız olabilir.

Normal Duygu Durumu (Euthymia), bireyin duygusal dengesinin korunmuş olduğu hâli gösterirken, taşkın (euforia, elasyon), çökkün (disforik) ve uygunsuz duygulanım gibi bozulmuş hâller duygu durum bozuklukları kapsamındadır.

2. Depresyonun Tanımı ve Klinik Özellikleri

Depresyon, bireyin derin üzüntü, karamsarlık, değersizlik, yetersizlik, isteksizlik ve umutsuzluk gibi duygular yaşadığı; düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ile karakterize ciddi bir psikiyatrik bozukluktur.

Sosyal ilişkilerde azalma, işlevsellikte bozulma ve fiziksel hastalıklarda artış depresyonun sık görülen sonuçlarıdır.

3. Depresyonun Görülme Sıklığı ve Epidemiyolojisi

Toplum genelinde görülme oranı **%10-20** arasında olup, kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat **daha fazla** görülmektedir.

Depresyon tanısı genellikle geç konulmakta ve hastaların yalnızca **%20'si** yeterli tedavi almaktadır.

Depresif bireylerin yaklaşık **%15'i** intihar girişiminde bulunmaktadır.

4. Depresyonun Sınıflandırılması

a. Birincil Depresyonlar:

Majör Depresyon: Şiddetli, belirgin işlev kaybı ile seyreden depresif dönem.

Distimik Bozukluk: En az **iki yıl** süren hafif ancak kronik depresif belirtiler.

Siklotimik Bozukluk: Hipomani ve hafif depresyon dönemlerinin dalgalanması.

Atipik Depresyon: Aşırı yeme, uyuma gibi semptomlarla karakterizedir.

Tekrarlayan depresif nöbetler: Unipolar ya da bipolar şekilde ortaya çıkabilir.

b. İkincil Depresyonlar:

Diğer ruhsal ya da bedensel hastalıklara bağlı gelişen depresyon türüdür. (Kalp hastalıkları, hipotiroidi, şizofreni, demans vb.)

5. Depresyonun Tanı Ölçütleri (DSM-5'e göre)

En az **iki hafta** süren ve bireyin işlevselliğini bozan; depresif duygudurum, ilgi/haz kaybı, iştah ve kilo değişiklikleri, uyku bozuklukları, ajitasyon, yorgunluk, değersizlik, intihar düşüncesi gibi belirtilerin beş veya **daha fazlasının** bulunması gerekmektedir.

6. Örtülü (Maskelenmiş) Depresyon

Bedensel yakınmalar, sinirlilik, dalgınlık, unutkanlık, okul başarısızlığı, tırnak yeme gibi belirtilerle kendini gösterir.

Çocuk, genç ve yaşlılarda depresyon belirtileri tipik depresyondan farklı şekillerde gözlemlenebilir.

7. Depresyonun Tedavi Yöntemleri

a. Psikolojik Tedaviler

Psikodinamik terapi, bilişsel-davranışçı terapi, bireysel ve grup terapileri uygulanır.

b. Biyolojik Tedaviler

Farmakoterapi: SSRI, trisiklik, tetrasiklik antidepresanlar, anksiyolitikler.

Elektrokonvülsif Terapi (EKT): İlaçların yetersiz kaldığı, acil tedavi gereken durumlarda uygulanır.

Diğer: TMS, fototerapi, uyku yoksunluğu gibi alternatif tedaviler.

8. EKT ve Hemşirelik Sorumlulukları

EKT öncesinde hastanın bilgilendirilmesi ve onamının alınması gereklidir.

Fiziksel hazırlık (açlık, diş çıkarma, rahat kıyafet), ilaç kesimi ve gözlem önemlidir.

İşlem sonrası oryantasyon, güvenlik, yaşam bulgularının izlenmesi ve kayıtların eksiksiz tutulması sağlanmalıdır.

9. Antidepresanların Yan Etkileri ve Sağlık Eğitimi

Kabızlık: Posa içeren diyet, sıvı alımı, egzersiz önerilir.

Ağız kuruluğu: Sık su içme, şekersiz sakız kullanımı önerilir.

Uykusuzluk ve Baş dönmesi: Dinlenme, ilaç zamanlaması düzenlenir.

Kilo alma: Fiziksel aktivite teşvik edilir.

Sinirlilik, halsizlik, mide bulantısı: Rahatlatıcı yöntemler ve doktor danışmanlığı önemlidir.

10. Hemşirelik Değerlendirmesi ve Tanıları

Görünümde donukluk, hareketlerde yavaşlık, sosyal izolasyon, yetersiz bakım, düşük benlik algısı gibi gözlemler önemlidir.

Olası hemşirelik tanıları: Kendine zarar verme riski, benlik algısında bozulma, uyku bozukluğu, beslenme eksikliği, düşünce süreçlerinde bozulma.

11. Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımları

Uyaran sağlama, iletişim kurma, uyku ve beslenme ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olma gibi yaklaşımlar uygulanır.

Grup etkinliklerine yönlendirme, olumlu davranışları destekleme, hastayı motive etme önemlidir.

Hasta ve ailesine sağlık eğitimi verilerek desteklenir, tedavi sürecinde aktif katılım sağlanır.

12. İntihar Riski ve Hemşirelik Yaklaşımları

Riskli gruplar: Yaşlılar, yalnız yaşayanlar, kronik hastalığı olanlar, daha önce intihar girişiminde bulunanlar.

Belirti Tanıma: Karamsarlık, vasiyet hazırlama, sosyal izolasyon, geleceğe dair plan yapamama gibi belirtiler gözlenmelidir.

Hemşirelik Girişimleri: Ortamın güvenliğinin sağlanması, benlik saygısını artırma, destek sistemlerinin güçlendirilmesi gerekir.

HASTALIK VE ENGELLİLİK PSİKOLOJİSİ

1. Hasta Olmanın Anlamı

Hastalık, birey için yalnızca fiziksel işlevlerin bozulması değil; aynı zamanda sosyal rollerin, bağımsızlığın ve yaşam kontrolünün kaybı anlamına gelmektedir.

Sağlık kaybı bir tür kayıp süreci olarak yaşanır ve bireyde belirsizlik, korku, yalnızlık, suçluluk ve yetersizlik duygularını tetikler.

Bu durum, bireyin sadece bedensel değil, psikolojik ve sosyal düzeyde de uyum sağlamasını zorlaştıran karmaşık bir deneyimdir.

2. Hastalığın Algılanışı

Hastalığın birey tarafından nasıl algılandığı, hem baş etme stratejilerini hem de iyileşme sürecini belirleyici bir faktördür.

Kimi birey hastalığı bir cezalandırma ya da sevilmemeye göstergesi olarak yorumlayabilir; bu, depresyon gibi ruhsal sorunlara zemin hazırlar.

Bazıları ise hastalığı bir çaresizlik hali, kontrol kaybı ve yaşam amaçlarının sönümlenmesi biçiminde deneyimler.

Hastalık, bireyde benlik değişimi yaratabilir; kişi artık “eski ben” olmadığını düşünerek izolasyon yaşayabilir.

Aile yaşamı da hastalığın bir “ard düşünce” hâline gelmesiyle planlamalara, sosyal ilişkilere ve duygusal yapılara göre şekillenmeye başlar.

Kayıp duygusu, işlev ve statü kaybıyla birleştiğinde birey ve ailesi için travmatik bir deneyim hâline gelir.

Bu durum, bazen bireyin hastalık nedeniyle kendisine ya da yaşamına ihanet edildiği inancını doğurur ve öfkeyi tetikler.

3. Hastalığa Tepkiler ve Uyumsuz Davranışlar

Uyum süreci, Elisabeth Kübler-Ross'un modeline göre şu aşamalardan geçer: Şok, inkâr, öfke, depresyon, pazarlık, kabullenme ve uyum.

Ancak bazı bireylerde bu süreç uyumsuz biçimlerde gelişebilir:

Anksiyete: Sürekli endişe, belirsizlik ve panik hali.

Depresyon: Umutsuzluk, motivasyon kaybı, enerji düşüklüğü.

Paranoid tepkiler: Kendisini suçlayıcı ya da dış dünyaya karşı kuşkucu tutumlar.

Hastalığı reddetme: Tanıyı inkâr etme, tedaviyi reddetme.

Hastalıkla aşırı uğraş: Hastalıkla ilgili takıntılı düşünce ve davranışlar.

Hasta rolünden çıkar sağlama: Sekonder kazanç peşinde olma (ilgi, bakım, sorumluluklardan kaçış).

4. Hastalığa Tepkileri Etkileyen Biyopsikososyal Etkenler

Hastanın fiziksel sağlık düzeyi ve hastalığın semptomatik yoğunluğu,
Hastalığın birey için anlamı, geçmiş hastalık deneyimleri,
Yaş ve gelişim dönemi, destek sistemlerinin varlığı,
Kişilik yapısı, baş etme kapasitesi,
Kültürel inançlar ve toplumsal algılar (damgalama, dışlanma gibi).

5. Savunma Mekanizmaları

a) Regresyon:

Bireyin çocukça davranışlara dönerek bağımlı hale gelmesi. Yakınmalarla çevreyi meşgul ederek yalnızlaşabilir. Normal bir süreçtir; destekle azaltılabilir.

b) Baskılama ve İnkâr:

Kişi hastalığı kabullenmekte zorlanır, duygularını bastırarak psikolojik yükten korunmaya çalışır.

c) Uzaklaşma ve Kaçınma:

Korku ve ağrıyla başa çıkamayan bireyler apati, umursamazlık, intihar eğilimi gibi tepkiler verebilir. Profesyonel destek şarttır.

d) Projeksiyon (Yansıtma):

Hasta kendi öfkesini hemşire veya hekime yansıtarak onların kızgın olduğunu iddia eder. Ortamın sakinleştirilmesi gerekir.

e) Depersonalizasyon:

Birey, yaşadığı süreci benliğiyle bağdaştıramaz. Gerçeklik duygusunda yabancılaşma yaşanır. Güvenli ve tanıdık ortamlar destekleyicidir.

f) Obsesif-Kompulsif Savunma:

Özellikle fiziksel hastalıklarda, ilaç, diyet ve hijyen takıntıları baş gösterir. Bu davranışlar yapıcı yönde desteklenmelidir.

6. Engellilik ve Psikolojik Yansımaları

a) Tanımlar (WHO):

Yetersizlik (Impairment): Anatomik ya da fonksiyonel eksiklik.

Özürlülük (Disability): Günlük işlevlerde kısıtlılık.

Engellilik (Handicap): Sosyal rollerini yerine getirmedeki yetersizlik.

b) Algılanma Şekli:

Patoloji, acizlik, kısıtlılık gibi negatif çağrışımlarla engelli bireyler dışlanmakta, ötekileştirilmekte ve hak ihlallerine uğramaktadır.

c) Toplumsal Sorun:

Sorun bireyin engelli olması değil; toplumun dışlayıcı, damgalayıcı ve önyargılı tutumlarıdır. Uygun çevresel ve sosyal düzenlemelerle bireylerin yaşam kalitesi artırılabilir.

7. Damgalama (Stigma)

Damgalama, bireyin fiziksel ya da ruhsal farklılıkları nedeniyle kusurlu ya da dışlanmış olarak algılanmasıdır.

Sonuçları:

Engelliliğin ve hastalığın kabulünde zorlanma,

Tedaviye geç başvurma,

Sosyal izolasyon, utanma, değersizlik hissi.

a) Damgalama Nedenleri:

Bilgi eksikliği, küçük yaşta öğrenilen yanlış inançlar,

Değerler kültürünün değil, korku kültürünün egemen olduğu toplumlar.

b) Damgalamayla Mücadele:

Eğitim faaliyetleri, medya işbirliği, ruhsal bozukluğu olanlarla halkın temas etmesini sağlama, odak grup çalışmaları.

c) İçselleştirilmiş Damgalama:

Açık bir ayrımcılık yaşanmadan dahi birey kendini damgalanmış hissedebilir.

Sonuç olarak özgüven kaybı, sosyal çekilme, olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkabilir.

d) İçselleştirmeye Karşı Müdahale:

Hastaya bilgi verilmesi, hastalığın kabulüne yardım, çevresel destek, iyileşme sürecinin güçlendirilmesi, psikososyal beceri eğitimi ve aile desteği büyük önem taşır.

KADIN RUH SAĞLIĞI SORUNLARI: TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

1. Kadın Ruh Sağlığının Önemi

Cinsiyet, ruh sağlığı sorunlarının görülme sıklığını, türünü, seyrini ve tedaviye yanıtı belirlemede önemli bir etkidir.

Kadınlar; sosyoekonomik yoksunluk, güç kaynaklarına erişim kısıtlılığı, toplumsal baskılar gibi nedenlerle ruhsal bozukluklara karşı daha hassastır.

Ruhsal hastalıklar kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha sık görülmektedir.

2. Kadına Özgü Psikiyatrik Sorunlar ve Yaşam Dönemleri

a. Dismenore

Genç kadınlarda sık görülür; prostaglandinlerin aşırı salınımı veya bu maddelere duyarlılık sonucu gelişir.

Semptomatik tedavide: Mens başlamadan önce naproksen sodyum kullanımı, gevşeme egzersizleri, anksiyete için diazepam verilebilir.

Psikolojik yönü göz ardı edilmemelidir; kadının cinselliğe ve kadınlık kimliğine bakışı tedaviyi etkileyebilir.

b. Düzensiz Menstrüasyon

Üniversiteye yeni başlayan, suçluluk hissi yaşayan ya da yeme bozukluğu/psikozu olan bireylerde sık görülür.

Menstrüel düzensizlik ve premenstrüel sendrom arasında ilişki vardır.

c. Premenstrüel Sendrom (PMS)

Üreme çağındaki kadınların **%70–90'ında** görülür; duygusal dalgalanmalar, öfke, depresif hisler gibi belirtilerle seyreder.

Tanı için semptom takibi yapılmalı, kişisel bakım ve stres yönetimi öğretilmelidir.

Bireysel psikoterapi, diyet, egzersiz ve gerekirse ilaç tedavisi uygulanmalıdır.

d. Pelvik Ağrı

Jinekolojik sorunlara bağlı olabilir. Psikojenik temelli depresyonun belirtisi olabilir.

Antidepresan tedavi (doxepin, maprotiline) ve psikoterapi gereklidir.

e. Histerektomi Sonrası Depresyon

Kadınların yaklaşık **yedide birinde** görülür. Yas süreci ve kimlik kaybı yaşanabilir.

Psikolojik destek ve L-triptofan gibi biyolojik destek tedavileri faydalıdır.

3. Gebelik ve Ruhsal Sağlık

a. Gebelik Psikolojisi

1. trimester: Anksiyete ve kararsızlık baskındır.
2. trimester: Denge ve güvenin arttığı dönemdir.
3. trimester: Letarji ve doğum kaygısı artar.

b. Gebelikte Ruhsal Bozuklukların Etkileri

Anne sütü kesilmesi, düşük doğum ağırlığı, anne-bebek bağının zayıflaması, bebeğin gelişimsel riskleri gibi sonuçlar doğurabilir.

c. Tedavi Yaklaşımları

Psikoterapi ve destekleyici yaklaşımlar tercih edilmeli, ilaç tedavisine dikkatle yaklaşılmalıdır.

Organogenez dönemi (13-**58. günler**) teratojenik risk açısından en hassas dönemdir.

Ağır vakalarda hastaneye yatış ve EKT gibi tedaviler gündeme gelebilir.

4. Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunlar

a. Doğum Sonu Hüznü (Bebek Hüznü)

Kadınların **%50–80'inde** görülür. **3–5 gün** içinde en yoğun düzeye ulaşır, **2 hafta** sürer.

Destekleyici bakım ve izlem gerekir.

b. Postpartum Depresyon (PPD)

Doğum yapan her 10 kadından birinde görülür. **2–8 hafta** arasında başlar, **bir yıla** kadar sürebilir.

Risk faktörleri: Sosyal destek eksikliği, önceki depresyon öyküsü, kız bebek doğurma, plansız gebelik, zor doğum.

Tedavi: Antidepresanlar, gerekirse EKT, aileye yönelik danışmanlık.

c. Postpartum Psikoz (PPP)

1/500 kadında görülür. Şizofreni ya da bipolar bozukluk zemininde gelişebilir.

Delüzyonlar, bebeği reddetme, kendine zarar verme düşünceleri olabilir.

Tedavi: Emzirmeyi durdurma, hastaneye yatış, antipsikotikler, EKT.

5. Anksiyete ve Panik Bozukluklar

Özellikle doğum sonrası sık görülür. Obsesyonlar yenidoğana zarar verme içerikli olabilir.

Çok iyi psikiyatrik öykü alınmalı, patolojik olmayan kaygılarla ayırıcı tanı yapılmalıdır.

6. Menopoz ve Ruhsal Etkiler

Depresyon, duygu durum dalgalanmaları menopoz döneminde artabilir.

Sosyal destek ve menopoz eğitimi önemlidir.

Menopozu “yıkım” olarak gören kültürel inançlar ruhsal sorunları derinleştirebilir.

7. İnfertilite Psikolojisi

Kadınlarda benlik algısında bozulma, depresyon, evlilik çatışmaları sık görülür.

Tedavi: Psikoeğitim, psikoterapi, stresle baş etme eğitimi, ekip yaklaşımı

NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR: TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

1. Nörobilişsel Kavramı ve Öğrenme Süreci

Nörobilişsel işlevler, beynin düşünme, öğrenme, konuşma, dikkat, bellek ve akıl yürütme gibi bilişsel süreçleriyle ilgilidir.

Öğrenme, çevresel etkileşimle beyinde oluşan biyokimyasal değişiklikler sonucu meydana gelir ve sinaptik bağlantıların kuvvetlenmesiyle desteklenir.

Beyindeki dentritik dallanma, sık kullanılan sinir yollarında artar; kullanılmayan sinir yolları budanır. Bu süreç öğrenmenin nöral temelini oluşturur.

2. Nörobilişsel Bozuklukların Sınıflandırılması

- I. Deliryum, Demans, Amnestik Bozukluklar ve Diğer Bilişsel Bozukluklar
- II. Genel tıbbi durumlara bağlı mental bozukluklar
- III. Madde kullanımına bağlı bilişsel bozukluklar

3. Deliryum

Tanım ve Özellikler

Deliryum, ani başlayan, dalgalı seyirli, bilinç düzeyinde bozulma ve bilişsel değişikliklerle karakterize bir durumdur.

Genellikle saatler ya da günler içinde gelişir, geçici olabilir fakat ölüm riski yüksektir.

Belirtiler

Bilişsel: Bilinç bulanıklığı, yönelim bozukluğu, dikkat dağınıklığı

Davranışsal: Huzursuzluk, stereotipik hareketler, saldırganlık

Fizyolojik: Terleme, tremor, hipertansiyon, uykusuzluk

Algısal: Görsel varsanılar, sanrılar

Nedenler

Enfeksiyonlar (pnömoni, HIV), kafa travması, tümörler, ilaçlar (antikolinerjikler, antipsikotikler), metabolik bozukluklar, madde yoksunlukları, yaşlılık, uyaran eksikliği

Tedavi

Etiyolojiye Yönelik: Altta yatan nedenlerin giderilmesi

Destekleyici: Sıvı-elektrolit dengesi, çevresel düzenleme

Semptomatik: Antipsikotikler (haloperidol), benzodiazepinler

Hemşirelik Yaklaşımları

Hasta yalnız bırakılmamalı, yanında tanıdığı biri olmalı

Uyaranlar dengelenmeli, saat/takvim gibi nesneler kullanılmalı

Fiziksel tespit yerine sözel güvenlik sağlanmalı

Açık, basit cümlelerle iletişim kurulmalı

4. Demans

Tanım ve Alt Türler

Demans, bellekte, yargılamada, dilde, öğrenmede ve kişilikte ilerleyici bozulmalarla seyreden bir sendromdur.

Alzheimer, Vasküler demans, Lewy cisimcikli demans, Pick hastalığı, Alkolik demans, HIV ilişkili demans gibi alt türleri vardır.

Klinik Özellikler

Başlangıç: Sinsi, ilerleyici seyir

Bellek: Yakın bellek kaybı en erken belirtidir

Yönelim: Önce zamana, sonra mekâna ve kişilere karşı bozulur

Dil ve düşünce: Konuşma, anlama, yazma becerilerinde bozulmalar

Kişilik: Abartılı ya da sapmış davranışsal değişiklikler (cimrilik, cinsel uygunsuzluk vb.)

Tedavi ve Bakım Hedefleri

Bilişsel işlevleri korumak/yavaşlatmak

Davranışsal semptomları azaltmak

Aile ve bakıcı yükünü hafifletmek

Hastaneye yatışı geciktirmek

Psikososyal Müdahaleler

Anırtırma terapisi, gerçeklik yönelimi terapisi

Sanat terapisi, dans/egzersiz terapileri

Bakım verenlere psikolojik destek

5. Alzheimer Hastalığı

Alzheimer, özellikle bellek, düşünce, yargı, konuşma ve günlük yaşam becerilerinde ilerleyici yıkımla seyreden en yaygın demans türüdür.

Nedeni tam bilinmemekle birlikte, dejeneratif süreçler, serbest radikaller ve inflamasyon mekanizmaları suçlanmaktadır.

Evrelere göre belirti şiddeti artar; son evrede yatağa bağımlı, iletişimsiz hale gelir.

6. Amnestik Bozukluk

Tıbbi bir duruma bağlı olarak gelişen, uzak ve yakın belleğin bozulduğu fakat anlık belleğin korunduğu bozukluktur.

Yeni bilgi öğrenilemez; hasta sürekli konfabulasyon yapabilir.

Bilinç ve kişilik genellikle korunur.

Nedenleri arasında tiamin eksikliği, beyin tümörleri, intoksikasyonlar yer alır.

7. Genel Tıbbi Durumlara Bağlı Mental Bozukluklar

a. Kişilik Değişiklikleri

Beyin hasarı sonrası gelişir. Labil duygulanım, dürtüsellik, apati ve kuşkuculuk belirgindir.

b. Katatonik Bozukluk

Psikomotor belirtilerin baskın olduğu bozukluk; stupor, mutizm, balmumu fleksibilitesi gibi belirtilerle seyreder.

Nedenleri arasında metabolik hastalıklar, epilepsi, antipsikotik ilaçlar, ansefalit sayılabilir.

EKT ile olumlu sonuç alınabilir.

8. Hemşirelik Tanıları ve Girişimleri

Konfüzyon

Düşünce süreçlerinde bozulma

Algı bozukluğu

Sosyal etkileşimde bozulma

Öz bakım yetersizliği

İletişim güçlüğü

Kendine veya başkasına zarar verme riski

Uyku bozukluğu

Aile eğitimi ve destek gereksinimi

9. Örnek Hemşirelik Girişimi

Alzheimer hastası yaşlı bir birey, oryantasyon sorunu nedeniyle gece uyanıp diğer hastaların odalarında dolaşır.

Hemşirelik yaklaşımı: Güvenli ortam sağlanması, hatırlatıcı nesnelerle destek, kısa ve basit cümlelerle iletişim, sabit bakım veren personel desteği.

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE ETİK VE YASAL KONULAR

1. Etik Kavramının Gelişimi ve Psikiyatride Etik İlkeler

Etik, doğru ve yanlışın ayırımına yönelik davranış normlarını belirleyen bir felsefe alanı olup, hemşirelikte mesleki kararların ahlaki temellere dayalı olarak alınmasını sağlar.

Psikiyatri alanında etik ilkeler, bireyin haklarına saygı temelinde şekillenmiş olup, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin **1973 yılında** yayımladığı bildirge ile standartlaştırılmıştır.

"İnsan Hakları ve Ruh Sağlığı Bildirgesi", bireyin kültürel farklılıklarına saygı gösterilmesini, ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında hastanın da söz sahibi olmasını ve tedavi süreçlerinin bilimsel ve etik normlara dayanmasını esas alır.

2. Etik Uygulamalarda Temel İlkeler

Sorumluluk, hemşirenin hizmet, tedavi ve araştırmalarda en yüksek standartları gözetmesini; öğrenci ve hastaların haklarını korumasını gerektirir.

Yeterlilik, hemşirenin kendi mesleki sınırlarını tanıması, yeterli eğitim ve deneyime sahip olmadığı alanlarda uygulamadan kaçınması gerektiğini ifade eder.

Zorunlu Hastaneye Yatış, etik ve yasal boyutları olan hassas bir konudur; hasta ve yakınına açık bilgi verilmesi zorunludur. Türkiye’de bu süreci düzenleyen özel bir yasa bulunmamaktadır.

Gizlilik, hastaya ait bilgilerin yalnızca yetkili kişilerce erişilebilir olmasını içerir. Bazı özel durumlarda (zarar riski, AIDS vb.) etik ikilemler doğabilmektedir.

Onam Alma, bilgilendirilmiş onam hem etik hem yasal zorunluluktur; özellikle bilişsel bozukluğu olan hastalarda uygulama farklılık gösterebilir.

3. Eğitim, Tanı ve Tedavi Süreçlerinde Etik Sorunlar

Eğitim ve araştırma amacıyla hastaların kullanımı ancak yazılı onam ile mümkün olmalı, hasta mahremiyetine saygı gösterilmelidir.

Tanı koyma ve tedavi sürecinde ilacın yan etkileri, maliyeti, uygulama yolu gibi tüm değişkenler dikkate alınmalıdır.

Etik açıdan monoterapi tercih edilmelidir çünkü çoklu ilaç kullanımı yan etki riskini artırır.

Elektrokonvülsif terapi (EKT) uygulamalarında anestezi kullanımı etik gereklilik olarak kabul edilir.

4. Araştırmalarda Etik İlkeler

İnsanlar üzerinde yapılacak araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğü esas alınmalıdır:

Araştırmalar yalnızca yeterince denenmiş yöntemlerle ve hastaya zarar vermeyeceği ispatlanmışsa yapılabilir.

İnsan üzerinde cerrahi ya da fiziksel müdahaleler ancak klasik yöntemlerin etkisiz kalması durumunda mümkündür.

Bulgular nesnel olarak sunulmalı, yanıltıcı bilgi verilmemelidir.

5. Psikoterapi Sürecinde Etik Dikkatler

Aktarım (transferans) ve karşıt aktarım (kontrtransferans) gibi süreçlerde profesyonel sınırların korunması gerekir.

Etik açıdan bu ilişkilerin terapistin kişisel duygularıyla karışmaması ve hastanın güveninin zedelenmemesi önemlidir.

Cinsel içerikli transferanslar oluşabileceği için sınırların açıkça tanımlanması şarttır.

6. Etik İkilemler ve Tartışmalı Alanlar

Gebelerde ilaç kullanımı, yeterli veri olmaması nedeniyle etik ikilemler yaratır.

Bilgi üretimindeki sınırlılıklar, araştırmalarda karar verirken etik sorunlara neden olabilir.

Risk alma zorunluluğu, yeni tedavilerde karar almayı güçleştirebilir.

Şizofrenide relaps çalışmaları, hastanın zarar görebileceği durumları gündeme getirir.

7. Hemşirelik Mesleğinde Etik ve Yasal Sorumluluklar

Hemşirelik uygulamaları etik ilkelerle çelişmemelidir. Ancak etik olmak her zaman yasal olmak anlamına gelmez.

Psikiyatri hemşireliği uygulamalarında karar verme süreçleri etik ve profesyonel standartlara dayalı olmalıdır.

Türkiye’de hastanın izni olmaksızın aileyle bilgi paylaşımı gibi uygulamalarda yasal çerçeve belirsizdir; bu da etik sorunlara neden olabilir.

8. Türk Ceza Kanununa Göre Psikiyatri ile İlgili Yasal Maddeler

Madde 32 (Akıl Hastalığı): Akıl hastalığı nedeniyle davranışlarını yönlendiremeyen kişilere ceza verilmez, ancak güvenlik tedbiri uygulanır.

Madde 34 (Geçici nedenler): İrade dışı alkol/uyuşturucu etkisinde suç işleyen kişiler cezalandırılmaz; iradi kullanımda bu hüküm uygulanmaz.

Madde 84 (İntihara Teşvik): İntihara yardım edenler ya da teşvik edenler ağır hapis cezaları alabilir.

Madde 96 (Eziyet): Ruhsal veya fiziksel açıdan kendini savunamayacak kişilere eziyet edenler daha ağır cezalara çarptırılır.

Madde 280 (Suç Bildiriminde Bulunmamak): Sağlık personelinin suçu bildirmemesi durumunda hapis cezası uygulanır.

Madde 281 (Delilleri Gizleme): Delil karartma kamu görevlilerince yapılırsa ceza artırılır.

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE İLETİŞİM BECERİLERİ

1. Kişilerarası İletişim Süreci

Kişilerarası iletişim, iki birey arasında gerçekleşen, bilgi üretme, aktarma ve bu bilgiyi anlamlandırma sürecidir.

Bu süreç, hem sözlü (verbal) hem de sözsüz (nonverbal) yollarla gerçekleşir.

Sözlü iletişimde kullanılan dil yalnızca **%7** etkilidirken, dil ötesi ögeler **%38**, yüz ifadeleri ve beden dili **%55** oranında etkilidir.

Etkin iletişimde hem gönderenin niyeti hem de alıcının algı kapasitesi önemlidir; bireyin dinlemesi, anlaması ve geri bildirim vermesi gerekir.

2. İletişimi Etkileyen Bilişsel Süreçler

Bilişsel süreçler; dil, algı, hafıza, düşünme ve problem çözme içerir.

Algı, dış uyaranların birey tarafından yorumlanmasıdır ve bu süreçte beklentiler, geçmiş deneyimler ve anlık duygular belirleyici olur.

Hafıza üç aşamadan oluşur: kodlama, depolama ve geri getirme.

ABC Modeli: A (uyaran), B (davranış), C (düşünce-yorum). Bu model, duygu-düşünce-davranış üçlüsünün nasıl birbiriyle ilişkili olduğunu açıklar.

3. Bilişsel Çarpıtmalar ve İletişim

Bireyin olayları hatalı şekilde değerlendirmesi, iletişimde yanlış anlamalara yol açar.

En yaygın çarpıtmalar:

Aşırı genelleme: Tek bir olaydan tüm yaşam hakkında sonuç çıkarma.

Abartma/küçümseme: Gerçekliğe aykırı biçimde olayları büyütme veya küçültme.

Kutuplaştırma: Ya hep ya hiç mantığı.

Üzerine alınma: Olayların kişisel olduğu varsayımı.

Mutlakçılık: Kesin kurallar koyma.

Seçici algılama: Sadece olumsuzluklara odaklanma.

4. Düşünceyi ve Davranışı Değiştirme

Davranış değişikliği için önce düşünceleri değiştirmek gerekir.

Süreç:

Değiştirilmek istenen davranışı tanımlama.

Bu davranışı yöneten düşünceyi belirleme.

Alternatif düşünceleri sıralama.

Yeni davranışla gelen duygu ve bedensel tepkileri gözlemleme.

Rol oynama ve değerlendirme.

Gerçek yaşamda uygulama.

5. Empatik İletişim

Empati, kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru anlaması ve bu anlayışı ona iletmesidir.

Etkili empatik iletişimin temel ögeleri:

Saygı: Bireyin değerli olduğunu kabul etmek.

İçtenlik: Samimi ve dürüst iletişim.

Somutluk: Genel konuşmak yerine bireye özgü duygulara odaklanmak.

Şimdi ve burada: Anın içinde kalmak, geçmişe ya da geleceğe değil, şu ana odaklanmak.

6. Empatik Tepki Türleri

Devam Ettirici Tepkiler:

a) İçerik Tepkileri: Duyulanın anlamını doğru yansıtmak.

b) Duygu Tepkileri: Karşıdakinin duygusunu anlayıp yansıtmak.

Yol Açıcı Tepkiler:

Açık uçlu sorularla kişinin daha derin paylaşım yapmasını sağlamak.

Sorumluluğu birlikte almak ve çözüm üretmek için aktif tutum geliştirmek.

7. Empati Aşamaları (Dökmen)

"Onlar" düzeyi: Senin sorununa başkalarının bakış açısıyla yaklaşmak.

"Ben" düzeyi: Sorun karşısında benim ne hissettiğimi fark etmek.

"Sen" düzeyi: **Asıl** empati, bireyin ne hissettiğini anlayarak bunu ona ifade etmektir.

8. Terapötik İletişim Teknikleri

Terapötik iletişim, bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesini kolaylaştıran tekniklerdir.

Açık uçlu sorular, bireyin kendi yaşamını, hastalık öyküsünü anlatmasını destekler.

Non-terapötik iletişim, bireyin kendini ifade etmesini engeller.

9. Atılgan İletişim

Atılgan iletişim, bireyin haklarını savunurken karşısındakinin haklarını da gözettiği, açık ve dürüst iletişim biçimidir.

Davranış tipleri:

Pasif: Kendi haklarını savunamayan, benlik saygısı düşük bireyler.

Agresif: Başkalarını ezen, saygısız bireyler.

Manüplatif: İkiyüzlü, dolaylı iletişim kuran bireyler.

Atılgan: Dürüst, açık, kendine ve başkasına saygılı bireyler.

10. Atılgan Davranışta Hak ve Sorumluluklar

Duygu ve düşüncelerini ifade etme hakkı; ancak aynı zamanda başkasının da duygularını dinleme sorumluluğu vardır.

“Hayır” deme hakkı; ancak başkasından gelen “hayır” yanıtını tolere etme sorumluluğu da vardır.

Bilmemeyi kabul etme; ama öğrenme isteği taşıma sorumluluğu.

Geri bildirim verme ve alma becerisi atılgan iletişimin temelidir.

11. Ben Dili Kullanımı

Ben dili, suçlayıcı olmadan duygu ve düşüncelerin açıkça ifade edilmesini sağlar.

Dört aşamalı yapı:

Durumun tanımı.

Etki alanı.

Duygunun ifadesi.

İsteğin net şekilde belirtilmesi.

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ: TARİHÇESİ, STANDARTLARI VE ROLLERİ

1. Psikiyatri Hemşireliğinin Tarihçesi

Psikiyatri hemşireliği, tarihsel olarak ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım ve izleminde özel bilgi, beceri ve etik anlayış gerektiren bir alan olarak ortaya çıkmıştır.

İlk psikiyatri hemşireliği uygulaması **1873 yılında** gerçekleştirilmiştir.

1882 yılında McLean Hemşirelik Okulu'nda ilk psikiyatri hemşireliği eğitimi başlatılmıştır.

1913 yılında John Hopkins Hemşirelik Okulu'nda ilk psikiyatri hemşireliği kurs programı açılmıştır.

1952'de Hildegard Peplau, "Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler" adlı çalışmasıyla psikiyatri hemşireliğinde terapötik iletişim becerisinin önemini vurgulayarak mesleğe kuramsal bir temel kazandırmıştır.

II. Dünya Savaşı sonrası artan ruhsal bozukluklar, psikiyatri hemşireliği uygulamalarının gelişmesini ve yaygınlaşmasını hızlandırmıştır.

1950'lerde, Maxwell Jones'un "Terapötik Toplum" kuramı ve psikotrop ilaçların keşfi, psikiyatri hemşireliğini köklü biçimde dönüştürmüştür.

2. Türkiye'de Psikiyatri Hemşireliğinin Gelişimi

Türkiye'de psikiyatri hemşireliği ihtiyacı 1927'de ilk psikiyatri hastanesinin açılmasıyla başlamıştır.

1930'da üç büyük hastanede toplam 1285 yatak kapasitesiyle hizmet verilmiştir.

1957'de sadece 44 hemşireyle 100 hastaya bir hemşire düşecek şekilde hizmet verilmiştir.

1977'de ise 140 hemşire ile 25 hastaya bir hemşire düşecek şekilde iyileşme sağlanmıştır.

İlk üniversite mezunu başhemşire **1977 yılında** göreve başlamıştır.

Günümüzde Türkiye'deki 9 psikiyatri hastanesinde 700 hemşire görev yapmakta; ayaktan hizmet veren 16 merkezde sadece 11 hemşire bulunmaktadır.

Psikiyatri hemşireliği, Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planlamasında önemli bir alan olarak tanımlanmıştır.

3. Psikiyatri Hemşireliğinin Temel İlkeleri

Her birey değerlidir, benzersizdir ve saygıyı hak eder.

Birey, gelişme ve değişme potansiyeline sahip bir varlıktır.

İnsan davranışları anlamlıdır ve ardında belirli psikolojik ya da sosyal nedenler yer alır.

Hemşirelik bakımı, bireyin çevresiyle olumlu etkileşim kurmasını sağlamaya ve iyilik halini artırmaya odaklanmalıdır.

Ruhsal hastalık bir gelişim fırsatı olabilir; bu süreçte bakım desteği çok önemlidir.

Her bireyin baş etme mekanizması vardır ve hemşirelik süreci bu mekanizmaları güçlendirmelidir.

4. Psikiyatri Hemşireliği Standartları (ISPN, 2006)

Veri Toplama: Hemşire, görüşme, gözlem ve ruhsal/fiziksel muayene yoluyla bütüncül, sistematik ve sürekli veri toplar.

Tanılama: Toplanan veriler, hemşirelik tanıları ve ruhsal bozukluk sınıflandırmalarına göre analiz edilerek bireyin sağlık sorunları tanımlanır.

Bakım Çıktılarını Belirleme: Planlama öncesi hedeflenen bakım sonuçları belirlenmelidir.

Planlama: Tanımlanan hedeflere ulaşmak için stratejik bir bakım planı geliştirilir.

Uygulama:

- a) Bakım koordinasyonu
- b) Sağlık eğitimi ve koruyucu hizmetler
- c) Ortam tedavisi
- d) İlaç ve biyolojik tedavi girişimleri
- e) Kültürel uygunlukla tedavi
- f) Psikoterapi
- g) Konsültasyon hizmetleri

Değerlendirme: Belirlenen çıktılara ulaşıp ulaşılmadığı gözden geçirilir.

Kalite Geliştirme: Sürekli olarak hemşirelik bakımının kalitesi artırılır.

Eğitim: Hemşire mesleki gelişim için eğitim ve yeterlilik kazanır.

Mesleki Uygulama Değerlendirmesi

Meslektaşlık ve İşbirliği

Etik Uygulama

Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulama

Kaynak Kullanımı ve Liderlik

5. Hemşirelik Roller ve Aktiviteleri

a) Bakım Verici Rol:

Günlük yaşam aktivitelerini yapamayan bireylerde doğrudan fiziksel ve ruhsal destek sağlar.

Sıcak, kabullenici, koruyucu ve sınırlayıcı bir tutumla güvenli ortam oluşturur.

b) Danışman Rolü:

Aktif dinleme teknikleri kullanır, bireyin anksiyete gibi duygularla baş etmesine yardımcı olur.

Kişinin karar vermesini kolaylaştıracak destekleyici bir yaklaşım sergiler.

c) Eğitimci Rolü:

Tedavi süreçleri, taburculuk, ilaç kullanımı gibi konularda birey ve ailesine eğitim verir.

Uygun olmayan davranışları değiştirmek için bireyle birlikte çalışır.

d) Teknisyen Rolü:

İlaç tedavilerini uygular, yan etkilerini gözlemler ve kaydeder.

Klinik gözlem ve raporlama süreçlerinde aktif görev alır.

e) Sosyalize Edici Rol:

Hastanın toplumla yeniden bütünleşmesine katkı sağlar.

Sosyal aktivitelere katılımı destekleyerek yeni rollerine adaptasyonunu kolaylaştırır.

6. Ruh Sağlığı Korumada Psikiyatri Hemşiresinin Görevleri

1) Birincil Koruma:

Sağlık eğitimi ve danışmanlık vererek hastalık oluşumunu önlemeye odaklanır.

Potansiyel stres etmenlerini belirler, bireyi ilgili hizmetlere yönlendirir.

Toplum düzeyinde ruh sağlığını geliştirmeye yönelik projeler yürütür.

2) İkincil Koruma:

Erken tanı, kriz yönetimi ve kısa süreli müdahale ile hastalığın ilerlemesini önler.

Ev ziyaretleri, intihar riski olan bireylerin değerlendirilmesi gibi önlemler alır.

3) Üçüncül Koruma:

İş-uğraş terapisi, rehabilitasyon ve toplumla yeniden bütünleşme süreçlerinde aktif rol alır.

7. Psikiyatri Hemşireliğinde Düzeyler

a) Genel Psikiyatri Hemşiresi (Lisans Düzeyi):

Temel sağlık koruma, değerlendirme, triaj, vaka yönetimi ve güvenli ortam oluşturma gibi işlevleri yerine getirir.

b) Uzman (Advanced) Psikiyatri Hemşiresi (Yüksek Lisans/Doktora):

Psikoterapi, psikofarmakoloji, laboratuvar tetkikleri isteme, reçete yazma gibi ileri düzey uygulamalarda bulunabilir.

Vaka yönetimi, klinik süpervizyon, danışmanlık ve liyezon hizmetleri yürütür.

8. Psikiyatri Hemşireliğinde Gerekli Yeterlilikler

Kanıta dayalı bilgiye sahip olma

Temel bilimler ve klinik yeterlilik

Terapötik iletişim becerileri

Takım çalışmasına yatkınlık

Etik duyarlılık ve empati

PSİKİYATRİNİN DOĞUŞU VE TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

1.1. İlkel Dönem (Antik Toplamlar)

İlk insanlar, akıl hastalıklarını genellikle doğüstü güçlerle, kötü ruhlarla, cinlerle veya tanrıların gazabıyla ilişkilendirmiştir.

Hastalıklar, büyücüler veya şamanlar tarafından kötü ruhların kovulması amacıyla yapılan ayinlerle tedavi edilmeye çalışılmıştır.

Duyusal algı bozuklukları (örneğin halüsinasyonlar), ilahi mesajlar olarak değerlendirilmiştir.

2. Eski Yunan ve Roma Dönemi (M.Ö. 500 - M.S. 500)

2.1. Hipokrat ve Tıp Anlayışı

Hipokrat, akıl hastalıklarını **ilk kez** doğüstü değil, biyolojik temelli açıklayan tıp insanı olmuştur.

Melankoli, histeri gibi ruhsal bozuklukları tanımlamış ve epilepsinin bir beyin hastalığı olduğunu savunmuştur.

Hipokrat'ın "dört mizah" kuramı (kan, balgam, sarı safra, kara safra), insan davranışlarını ve ruh halini açıklamada uzun yıllar etkili olmuştur.

2.2. Diğer Antik Düşünürler

Eflatun, ruhu üç parçalı (akıl, arzu, irade) olarak tanımlamıştır.

Aristo, akıl hastalıklarını bedensel süreçlerle açıklamaya çalışmıştır.

Cicero, psikolojik belirtileri felsefi anlamda tartışmış; duygu, düşünce ve davranış etkileşimini vurgulamıştır.

3. Orta Çağ (M.S. 500 - 1500)

3.1. Hristiyanlığın ve Dinî İnançların Etkisi

Orta Çağ boyunca Avrupa'da ruhsal hastalıklar yine şeytan, günah ve büyüyle ilişkilendirilmiş; hastalar şiddetle cezalandırılmış, toplumsal yaşamdan dışlanmış.

Cinsel sapkınlıklar ve nevrotik davranışlar ahlaki bozulma olarak görülmüş, hastalar çoğu zaman işkenceye uğramış veya yakılmıştır.

3.2. İslam Dünyasında Akıl Hastalığına Yaklaşım

İslam coğrafyasında ruh hastalarına daha insancıl bir yaklaşım benimsenmiştir.

Akıl hastalarının su, müzik, aroma terapileriyle tedavi edildiği bimarhaneler (örneğin Gevher Nesibe Darüşşifası) kurulmuştur.

Tıp bilgisi İbni Sina ve El-Razi gibi hekimlerle gelişmiş, bireyin iç dünyasına dair bilimsel açıklamalar yapılmıştır.

4. Rönesans ve Aydınlanma Dönemi (15.–18. yüzyıllar)

4.1. Bilimin Yükselişi

ve 13. yüzyıldan itibaren skolastik düşünceye tepki olarak bilimsel yaklaşım gelişmiştir.

Akıl hastalıklarının doğaüstü nedenlerle açıklanması yerine, gözlem ve deney temelli açıklamalar ön plana çıkmıştır.

4.2. Erasmus ve Hümanizm

Erasmus'un "Deliliğe Övgü" (1511) adlı eseri, deliliğin bir tür bilgelik olabileceğini savunarak toplumsal yargılara karşı çıkmıştır.

5. Modern Psikiyatriye Geçiş

5.1. 17. Yüzyıl: Tıbbileşme Süreci

İlk kez psikiyatrik bozukluklarla ilgili kararlar din adamları değil hekimler tarafından verilmeye başlanmıştır.

Hastalar, dini cezalandırmalardan çok tedavi amaçlı kurumlara alınmaya başlanmıştır.

5.2. 18. Yüzyıl: Philippe Pinel ve İnsanileşme

1795'te Pinel, "Moral Treatment" yaklaşımıyla hastaların zincirlerini çözmüş, insanca bakım ilkelerini savunmuştur.

Bu gelişme, planlı psikoterapilerin ve kurum temelli tedavi sisteminin temelini oluşturmuştur.

6. 19. ve 20. Yüzyılda Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi

6.1. Psikanalitik Yaklaşımlar

Sigmund Freud: Davranışların bilinçaltındaki dürtülerin sonucu olduğunu savunarak psikanaliz yöntemini geliştirmiştir.

Ruhsal sorunlar, bastırılmış çocukluk yaşantılarıyla ilişkilidir.

Psikanaliz, bilinçdışı içeriklerin yüzeye çıkarılmasını ve yorumlanmasını hedefler.

Adler: Kişisel üstünlük arayışına ve sosyal bağlara vurgu yapmıştır.

Jung: Kolektif bilinçdışı, arketipler gibi kavramlarla insan ruhunun bütüncül bir yapı olduğunu ileri sürmüştür.

6.2. Diğer Katkıları

Karen Horney: Nevrotik davranışların, çocuklukta yaşanan sevgi eksikliğiyle bağlantılı olduğunu savunmuştur.

Otto Rank: Tüm ruhsal sorunların doğum travmasına dayandığını öne sürmüştür.

Sullivan: İnsan ilişkilerinin tedavideki merkezi rolünü vurgulamıştır.

6.3. Davranışçı Yaklaşım

Pavlov'un klasik koşullanma kuramı, öğrenme psikolojisi ve davranış terapilerinin temelini oluşturmuştur.

6.4. Grup Tedavileri ve Psikodrama

Moreno, bireysel ve grup terapilerinde psikodrama yöntemini uygulamıştır.

7. 1950'lerden Sonra: Psikofarmakoloji ve Toplum Temelli Psikiyatri

1950'li yıllarda geliştirilen psikotrop ilaçlar (örn. antipsikotikler, antidepresanlar), uzun süreli yatışları azaltmış, bireylerin toplum içinde tedavi görmesini mümkün kılmıştır.

Psikiyatrik hastanelerde depo mantığı terk edilmiş, toplum temelli ruh sağlığı anlayışı benimsenmiştir.

1960'lardan sonra bireyin sadece biyolojik değil, toplumsal çevresiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

8. 1990'lar ve Sonrası: Nöropsikiyatri ve Beyin Araştırmaları

Beyin görüntüleme tekniklerinin (fMRI, PET) gelişmesiyle ruhsal hastalıkların biyolojik temelleri daha net anlaşılmıştır.

DSM ve ICD gibi sınıflama sistemleriyle ruhsal hastalıkların tanıları standartlaştırılmış ve evrenselleşmiştir.

9. Eski Türklerde Ruh Sağlığı

İslamiyet öncesi Türk toplumlarında, ruhsal bozukluklar kötü ruhların etkisiyle açıklanmış, şamanlar tarafından dini ritüellerle tedavi uygulanmıştır.

İslamiyet sonrasında geleneksel tıbbın etkisiyle hem biyolojik hem manevi tedavi yöntemleri benimsenmiştir.

10. Osmanlı ve Türkiye’de Psikiyatri

10.1. Osmanlı Dönemi

Osmanlı’da ilk akıl hastanesi Fatih Sultan Mehmet tarafından yaptırılmıştır.

Kanuni Sultan Süleyman ve diğer padişahlar da çeşitli şifahaneler kurmuştur.

Mazhar Osman Toptaşı Akıl Hastanesi’nin başhekimliğini yapmış, modern Türk psikiyatrisinin öncüsü olmuştur.

10.2. Cumhuriyet Dönemi

1898: Gülhane Askeri Tatbikat Okulu açılmış, Raşit Tahsin tarafından akıl sağlığı dersleri verilmiştir.

1945: Ankara Tıp Fakültesi’nde psikiyatri kliniği kurulmuş, Rasim Adasal psikiyatrinin halk arasında tanıtılmasına öncülük etmiştir.

PSİKOZLAR: TEDAVİ ve HEMŞİRELİK BAKIMI

1. Psikozların Tanımı ve Sınıflandırılması

Psikoz, bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin ciddi ölçüde bozulduğu, düşünce, duygu ve davranış alanlarında yaygın bozulmaların eşlik ettiği ağır bir zihinsel hastalık grubudur.

Birincil psikozlar: Şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, kısa psikotik bozukluk, paylaşılmış psikotik bozukluk.

İkincil psikozlar: Nörolojik ya da sistemik hastalıklar, metabolik bozukluklar, ilaçlar ya da toksik maddeler sonucu gelişir.

2. Şizofreni: Tanı, Yaygınlık, Etiyoloji

Şizofreni, kişinin algı, düşünce ve davranışlarını etkileyen, gerçeklikten kopmaya neden olan bir psikiyatrik hastalıktır.

Tanı için DSM-V'e göre belirtilerin **en az 6 ay** sürmesi ve sanrı, halüsinasyon veya dağınık konuşma gibi belirtilerin **en az** birinin bulunması gerekir.

Etiyoloji:

Kalıtımsal yatkınlık

Beyin yapısında bozukluklar (ventrikül genişlemesi)

Nörokimyasal dengesizlikler (dopamin, serotonin)

Psikososyal stresörler, düşük sosyoekonomik düzey, travmalar

3. Klinik Belirti ve Bulgular

a) Dış Görünüm ve Davranış

Bakımsızlık, donukluk, psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, katatoni

Stereotipik hareketler, ambivalans ve otizm bulguları

b) Duygulanım

Künt duygulanım, uygunsuz tepkiler, affektif oynamalar

c) Bilişsel Yetiler

Halüsinasyonlar (özellikle işitsel), dikkat dağınıklığı, ego sınırı kaybı

d) Düşünce İçeriği

Sistemsiz, garip sanrılar (grandiöz, persekütüvar, nihilistik, dini içerikli)

e) Fiziksel Belirtiler

Uyku ve iştah değişiklikleri, cinsel davranış bozuklukları

4. Tedavi Yaklaşımları

a) Farmakoterapi

Antipsikotikler (nöroleptikler): Haloperidol, risperidon, olanzapin vb.

Antipsikotikler pozitif belirtilerde etkilidir; negatif belirtiler dirençlidir.

Yan etkiler:

Ekstrapiramidal: Parkinsonizm, distoni, akatizi

Antikolinerjik: Ağız kuruluğu, kabızlık

Otonomik ve hormonal: Baş dönmesi, cinsel sorunlar

İlaç etkileşimleri: Antasitler, alkol, antihipertansifler

Kullanım ilkeleri:

Bol sıvı alımı, doz atlanırsa çift doz alınmaması

Besinlerle etkileşim (süt, çay, kahve vs.)

b) Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)

Katatonik ya da tedaviye dirençli olgularda uygulanabilir

c) Psikoterapi ve Psikososyal Müdahaleler

Psikoeğitim: Hastalık farkındalığını artırmak, tedavi uyumunu geliştirmek

Aile Eğitimi: Destekleyici iletişim, kriz durumlarıyla başa çıkma

Sosyal Beceri Eğitimi: Günlük yaşam aktivitelerinde işlevselliği sürdürme

Destekleyici Terapi: Bireysel veya grup terapisi

5. Malign Nöroleptik Sendrom (NMS)

Antipsikotik ilaçların nadir fakat ciddi bir yan etkisidir.

Belirtiler: Ateş, kas rijiditesi, bilinç değişiklikleri, CPK yüksekliği

Risk Faktörleri: Yüksek doz, kas içi enjeksiyonlar, ani doz artışı

Hemşirelik Yaklaşımları:

Yaşam bulgularının sık takibi

Sıvı-elektrolit dengesi izlenmeli

Deri ve ağız bakımı, mobilizasyon, yoğun bakım desteği

Aileye bilgi verilmesi

6. Hemşirelik Tanıları ve Girişimleri

Algısal bozulma: Halüsinasyon ve sanrılar için destekleyici yaklaşım

Düşünce bozukluğu: Gerçeklik yöneliminin güçlendirilmesi

Sosyal izolasyon: Grup terapileri ve güvenli sosyal etkileşim ortamları sağlama

Tedaviye uyumsuzluk: Psikoeğitimle iş birliği sağlamak

Kendine bakımda bozulma: Öz bakım becerilerini geliştirme programları

7. Hemşirelik Bakımının Amaçları

Hastanın gerçeklikle temasını yeniden kazanması

Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız sürdürmesi

Topluma ve aileye yeniden uyum sağlaması

Belirtileriyle başa çıkmayı öğrenmesi ve ilaç uyumunu sürdürmesi

TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI PROFİLİ

1. Genel Değerlendirme:

Türkiye’de yapılan 1998 tarihli ruh sağlığı profil çalışması, özellikle çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde ruhsal sorunların önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymuştur.

Bu profil, toplumun ruh sağlığı hizmetlerine erişiminde ciddi kısıtlılıklar ve ihtiyaçlar olduğunu göstermektedir.

Çocuk ve Ergenlerde:

3 yaş grubundaki çocukların **%11’inde** ruhsal belirtiler gözlenmiştir.

4–18 yaş grubundaki çocuklarda ise bu oran **%11.3’tür**.

5–18 yaş grubunda sorun davranış görülme oranı **%12** civarındadır.

11–18 yaş grubunun **%5’i** yardım ihtiyacı hissetmiş, ancak sadece **%0.2’si** ruh sağlığı hizmetine başvurmuştur.

Erişkinlerde:

Son **12 ayda** erişkin nüfusta ruhsal bozukluk görülme oranı **%17.2’dir**.

Ancak yardım başvuru oranı sadece **%4.7’dir**.

Kadınların, erkeklere göre iki kat **daha fazla** ruhsal yardım talebinde bulunduğu saptanmıştır.

İlk Başvuru Noktaları:

Bireyler ruhsal sıkıntılarında ilk olarak şu kişilere başvurmaktadır:

Psikiyatri uzmanı: **%39**

Psikiyatri dışı uzman hekim: **%33**

Pratisyen hekim: **%21**

Tıp dışı kişilere başvuru: **%3.6**

2. Türkiye'de Bölgelere Göre Ruhsal Bozukluk Dağılımı

Batı Bölgesi:

Ruhsal bozukluk görülme oranı **%20**.

En sık görülen hastalıklar: Ağrı bozukluğu, özgül fobi, alkol bağımlılığı, panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve bulimia.

Güney Bölgesi:

Görülme oranı: **%4.3**.

Nevrasteni, kısa yineleyici depresyon, hipokondriazis ve somatizasyon ön plandadır.

Doğu Bölgesi:

Görülme oranı: **%14.5**.

Sık karşılaşılan bozukluklar: Depressif nöbet ve distimi.

Orta Anadolu:

Görülme oranı: **%14.5**.

Her tür ruhsal bozukluk diğer bölgelere oranla daha düşük orandadır.

3. Dünyada Ruh Sağlığı Durumu

Global Ruhsal Sorunların Yaygınlığı:

Dünya genelinde **450 milyon** kişi ruhsal bozukluk yaşamaktadır.

En yaygın ruhsal rahatsızlıklar:

Depresyon: **150 milyon** kişi

Alkol ve madde bağımlılığı: **90 milyon** kişi

Şizofreni: **25 milyon** kişi

Epilepsi: **38 milyon** kişi

İntihar nedeniyle ölüm: **1 milyon**

İntihar girişimi: **5–10 milyon**

Birinci Basamak Başvurularında Ruhsal Sorunlar:

Başvuranların **%25'inde** ruhsal bozukluk, **%33'ünde** ruhsal belirti mevcuttur.

Ciddi Vakalarda Tedaviye Erişim:

Gelişmekte olan ülkelerde ciddi ruhsal bozukluklar için tedaviye ulaşım **%35.5–50.3** arasında değişmektedir.

Gelişmiş ülkelerde bu oran **%76.3–85.4'tür.**

Tedavi almama sıklığı **en çok**:

Alkol bağımlılığı

Yaygın anksiyete bozukluğu

Depresyon

Şizofreni için geçerlidir.

4. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Türleri

a) Temel Koruma:

Ruhsal sorunlara neden olabilecek ekonomik, sosyal ve kültürel risklerin önlenmesine odaklanır.

Hedef grup, henüz risk altına girmemiş bireylerdir.

b) Birincil Koruma:

Ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını engellemeye yöneliktir.

Yaşam kalitesini artırmaya, stresle baş etme becerilerini geliştirmeye odaklanır.

c) İkincil Koruma:

Hastalığın başlangıç döneminde müdahale ederek ilerlemesini ve komplikasyonları azaltmayı hedefler.

Erken tanı, testler ve tedavi bu kapsamda değerlendirilir.

d) Üçüncül Koruma:

Hastalık ilerlemişken bireyin yeti yitimini azaltmayı, rehabilitasyonunu sağlamayı amaçlar.

Tıbbi, mesleki, sosyal ve psikolojik destek içerir.

5. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011–2023)

Ana Amaçlar:

Toplum temelli, birinci basamakla entegre bir ruh sağlığı sistemi kurmak.

Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül sistem oluşturmak.

Psikiyatri yatak sayısını ihtiyaca göre düzenlemek.

Ruh sağlığı çalışanlarının sayı ve niteliğini artırmak.

Ruhsal özörlülere verilen hizmetlerin kalitesini yükseltmek.

Ruh sağlığı alanında yasa düzenlemelerini yapmak.

Toplumu damgalamaya karşı bilinçlendirmek ve hasta haklarını savunmak.

6. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Tanım ve Kapsam:

Ruhsal sorunların bireyin yaşadığı çevrede, ailesiyle birlikte, gündelik yaşamla iç içe olarak ele alındığı hizmet modelidir.

Özellikleri:

Coğrafi temelli yapılandırılır (100.000–300.000 nüfusluk alanlar).

Ekip çalışmasına dayalı çok yönlü bir hizmet sunar.

TRSM, psikiyatri klinikleri, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastanelerdeki psikiyatri birimlerini kapsar.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM):

Toplum temelli modelin uygulandığı merkezlerdir.

300 m² müstakil alanlarda kurulmalı; terapi odaları, spor alanı, mutfak, kütüphane, gözlem odası gibi birimlere sahip olmalıdır.

Ev ziyaretleri, farmakolojik tedavi takibi, grup terapileri, psiko-eğitim gibi hizmetler verir.

Gezici ekipler aracılığıyla bireylerin yaşadığı yerlerde hizmet sunumu gerçekleştirilir.

TRSM Personel Görevleri:

Psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacıların ortak görevleri şunlardır:

Bireye ve ailesine danışmanlık yapmak,

Psikososyal beceri eğitimi vermek,

Ev ziyaretlerine katılmak,

İstatistiksel verileri toplamak,

Toplumsal damgalamayı azaltıcı çalışmalar yapmak.

7. Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Sorunları

Ruh sağlığına özel bir yasa ve politikalar hâlâ oluşturulmamıştır.

Psikiyatri yatak sayısı Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği seviyenin çok altındadır (gereken 70 bin yatağın sadece 9 bini mevcuttur).

Ruh sağlığı profesyonelleri (psikolog, hemşire, sosyal çalışmacı) sayıca yetersizdir.

Her **100 kişiden** yalnızca 5’i ruh sağlığı hizmetine ulaşabilmektedir.

Psikiyatri hemşireliği yeni gelişmektedir ve eğitilmiş personel azdır.

Ek Başlıklar (Eksik Kalan Önemli Konular)

a) Ruh Sağlığında Damgalama (Stigma)

Toplumda ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz yargılar kişilerin yardım aramasını engeller.

Damgalama ile mücadelede medya, eğitim ve hasta hakları savunuculuğu önemlidir.

b) Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Etik İlkeler

Mahremiyetin korunması, gönüllülük, bilgilendirilmiş onam ve özerklik gibi temel etik ilkeler dikkate alınmalıdır.

c) Kriz Müdahalesi

Akut psikiyatrik krizlerde (intihar eğilimi, akut psikoz gibi) hızlı ve profesyonel müdahale gerekir.

Kriz hizmetleri, ruh sağlığı sisteminin kritik bir parçasıdır.

KORUYUCULUK

1. Koruyuculuk Nedir?

Ruh sağlığında koruyuculuk, bireylerin ruhsal bozukluk geliştirmesini önlemeye, var olan risk faktörlerini azaltmaya, süreci yavaşlatmaya, semptomların şiddetini hafifletmeye ve yeti yitimini önlemeye yönelik yapılan sistemli, planlı ve toplum temelli girişimlerin bütünüdür.

Koruyuculuk, sadece hastalık ortaya çıktıktan sonra yapılan müdahaleleri değil; birey sağlıklıyken yapılan önleyici yaklaşımları da kapsar.

“Önleme, tedavi etmekten daha etkili bir sağlık girişimidir.” ilkesinden hareketle, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri sağlık politikalarının temel taşıdır.

2. Koruyucu Ruh Sağlığı Yaklaşımları

2.1. Birincil Koruma (Primer Koruma)

Amaç, ruhsal hastalıkların hiç başlamamasını sağlamak veya ortaya çıkma olasılığını **en aza** indirmektir.

Hem bireye hem de çevresel etmenlere müdahale edilerek ruh sağlığının korunması hedeflenir.

Birincil Koruma Hedefleri:

Bireyin stresle etkili biçimde baş etme becerilerini artırmak.

Bireyin çevresinde yer alan ve risk yaratan stres kaynaklarını (şiddet, yoksulluk, yalnızlık vb.) tanımak ve azaltmak.

2.2. İkincil Koruma (Sekonder Koruma)

Amaç, hastalık erken aşamada fark edildiğinde müdahale ederek ilerlemesini engellemek ve süreyi kısaltmaktır.

Psikiyatrik bozuklukların erken tanı ve tedavisi ikincil koruma kapsamında değerlendirilir.

2.3. Üçüncül Koruma (Tersiyer Koruma)

Süreğen psikiyatrik hastalıklarda, bireyin yaşadığı kalıcı işlev kayıplarını azaltmaya ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik çalışmaları kapsar.

Rehabilitasyon, psikososyal destek ve bakım hizmetleri bu gruba girer.

3. Birincil Koruma Girişimleri: Uygulama Alanları

Birincil koruma, bireylerin ve toplumun eğitimi yoluyla risk azaltmayı hedefler. Bu kapsamda yapılan faaliyetler:

Ebeveyn Eğitimi: Yeni anne-baba adaylarına çocuk gelişimi, iletişim becerileri ve stres yönetimi konularında destek verilmesi.

Okul Temelli Programlar: İlkokul öğrencilerine madde bağımlılığı, zorbalıkla baş etme, öfke kontrolü ve benlik saygısı üzerine eğitim verilmesi.

Stresle Baş Etme Eğitimi: Her yaştan bireye, özellikle risk gruplarına (örneğin üniversite sınavına hazırlanan gençler, boşanma sürecindeki bireyler) yönelik stres yönetimi tekniklerinin öğretilmesi.

Toplum Temelli Eğitim: Kadın merkezleri, üniversiteler, camiler, toplum merkezleri gibi yerlerde ruh sağlığı farkındalığını artırıcı seminerler düzenlenmesi.

Sosyal Destek ve Eğitim: İşsiz, evsiz, yoksulluk sınırında yaşayan bireylere beceri kazandırma ve danışmanlık hizmeti verilmesi.

Geçiş Süreçleri İçin Destek: Dul kalma, emeklilik, boşanma, yaşlılık gibi yaşam geçişlerinde bireylerin psikososyal destekle güçlendirilmesi.

4. Birincil Koruma ve Temel İnsan Gereksinimleri

Ruh sağlığının sürdürülebilmesi için fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerin dengeli biçimde karşılanması gerekir.

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi doğrultusunda, bireyin barınma, güvenlik, sevgi, ait olma, saygı ve kendini gerçekleştirme düzeyindeki ihtiyaçları ruhsal denge üzerinde doğrudan etkilidir.

Koruyucu girişimler, bireyin bu ihtiyaçlarını karşılayacak sistemli destek mekanizmaları oluşturmayı hedefler.

5. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ve Ruh Sağlığı

5.1. Temel GYA Nedir?

Temel GYA: Bireyin yaşamını sürdürebilmesi için her gün gerçekleştirdiği kişisel bakım davranışlarıdır. (banyo, tuvalet, giyinme, beslenme, boşaltım, hareket, vs.)

Yardımcı GYA: Toplum içinde bağımsız yaşam sürebilmesi için gerekli olan işlevlerdir. (alışveriş, ilaç kullanımı, yemek yapma, iletişim kurma, vs.)

5.2. Roper-Logan-Tierney Modeline Göre GYA Başlıkları:

Güvenli çevrede yaşama

Etkin iletişim kurma

Solunum

Yeme-içme

Boşaltım

Kişisel temizlik ve giyinme

Vücut sıcaklığını dengeleme

Fiziksel hareketlilik

Çalışma ve eğlenme

Cinselliği ifade etme

Uyuma

Ölümle yüzleşme

5.3. Ruh Sağlığı - GYA İlişkisi:

Uyku bozukluğu, iştahsızlık, hareketsizlik, sosyal izolasyon gibi GYA'da meydana gelen bozulmalar ruh sağlığı sorunlarının habercisi olabilir.

GYA'lar bireyin kendine yeterliliğini, özsaygısını ve toplumsal işlevselliğini doğrudan etkiler.

6. Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi (IPSRT)

6.1. Tanım:

IPSRT, özellikle duygudurum bozuklukları (örneğin bipolar bozukluk) olan bireylerde, sosyal ve biyolojik ritimlerin düzenlenmesiyle ruhsal stabiliteyi hedefleyen bir psikoterapi türüdür.

6.2. Temel İlke:

Günlük yaşamda uyku, yemek, sosyal etkileşim gibi zamanlanmış davranışların düzenli hale getirilmesi, bireyin biyolojik ritmini de dengeleyerek ruhsal çöküntü ya da taşkınlık gibi epizotları önlemeye yardımcı olur.

6.3. Sosyal Zeitgeber Teorisi:

"Zeitgeber" Almanca'da "zaman verici" demektir. En güçlü zeitgeber, güneşin doğuşu ve batışıdır.

Günümüz yaşamında TV saatlerine göre uyumak, öğün atlamak, geç yatmak gibi alışkanlıklar bireyin sosyal ritmini ve dolaylı olarak biyolojik saatini bozar.

6.4. IPSRT'nin Uygulama Aşamaları:

Duygudurum değişimlerine neden olan yaşam olaylarının saptanması

Günlük yaşam rutinlerinin düzenlenmesi (uyku, yemek, sosyalleşme)

Sosyal rollerdeki değişimlerin ruh haline etkisinin fark edilmesi

Hastalıkla birlikte kaybedilen “sağlıklı benliğin” yas sürecinin ele alınması

Affektif (duygu durum) belirtilerin takibi ve yönetimi

7. Ek Alt Başlık: Ruh Sağlığında Koruyuculuğun Önündeki Engeller

Ruh sağlığına yönelik toplumsal damgalama (stigma) ve önyargılar

Ruh sağlığı hizmetlerine erişimde coğrafi, ekonomik, kültürel engeller

Bireylerin ruhsal belirtileri fark edememesi ya da önemsememesi

Ruh sağlığı çalışanı ve merkezlerinin yetersizliği

Sağlık sisteminde ruh sağlığına ayrılan kaynakların azlığı

RUH VE RUHSAL SÜREÇLER

1.1. Ruh Nedir?

Ruh, yalnızca biyolojik ya da fizyolojik işleyişlerle açıklanamayacak, insanın düşünme, hissetme, karar verme gibi yüksek zihinsel işlevlerinin bütününe yöneten, soyut bir kavramdır.

Bazı tanımlamalara göre ruh, beynin işlevsel süreçlerinin bir yansıması olarak kabul edilir; kimilerine göre ise madde ötesi, varoluşun manevi yönüdür.

1.2. Ruhsal Süreçler Nelerdir?

Ruhsal süreçler, bireyin davranışlarını ve çevreyle olan etkileşimlerini belirleyen temel zihinsel faaliyetlerdir. Üç ana gruba ayrılır:

Bilişsel Süreçler: Algılama, dikkat, bellek, öğrenme, düşünme, muhakeme, problem çözme, kavram oluşturma gibi işlevleri kapsar.

Duygusal Süreçler: Tutumlar, duygular (öfke, sevinç, üzüntü vb.), değer yargıları, güdüler ve ilgileri içerir.

Eylemsel/Hareket Süreçleri: Motor beceriler, konuşma, yazma, jest ve mimikler gibi bedensel eylemleri kapsar.

2. Psikiyatri Nedir?

Psikiyatri, bireyin zihinsel ve duygusal işlevlerinde, davranışlarında ve çevreye uyumunda görülen bozuklukların tanınması, sınıflandırılması, nedenlerinin araştırılması, tedavi edilmesi ve önlenmesiyle ilgilenen tıbbi disiplindir.

Ruh sağlığının korunması, bozulmuşsa yeniden kazanılması ve işlevselliğin artırılması psikiyatrinin temel amaçlarındandır.

3. Normal ve Anormal Davranışın Ölçütleri

3.1. Normallik Ölçütleri:

İstatistiksel Ölçüt: Toplumdaki bireylerin çoğunluğu tarafından gösterilen davranış norm kabul edilir; sapmalar ise anormal olarak değerlendirilebilir.

Normatif (Kültürel) Ölçüt: Toplumsal değerler ve gelenekler çerçevesinde uygunluk dikkate alınır.

İşlevsel Ölçüt: Davranış bireyin yaşamında anlamlı bir işlev kaybına neden oluyorsa, bu durum anormal sayılır.

3.2. Psikiyatrik Bakışla Anormallik:

Anormal davranış, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında süreklilik gösteren, kişinin işlevselliğini bozan, sosyal ilişkilerini zedeleyen, uyumsuz ya da aşırıya kaçan örüntülerle tanımlanır.

4. Antipsikiyatri Akımı

1960'lı yıllarda ortaya çıkan antipsikiyatri hareketi, psikiyatrinin toplumsal kontrol aracı olarak kullanılmasını eleştirmiştir.

4.1. Öncüleri:

David Cooper

Michel Foucault

Thomas Szasz: Ruhsal hastalıkların gerçek anlamda bir hastalık değil, bireyin yaşamındaki sorunların bir yansıması olduğunu savunmuştur.

4.2. Temel Görüş:

Ruhsal hastalıklar tıbbi değil, toplumsal ve etik bağlamlarda değerlendirilmelidir.

Psikiyatrik tanıları bireyleri damgalayıcıdır ve sınıflandırma ihtiyacı sorgulanmalıdır.

5. Olumlu Ruh Sağlığı Tanımı (WHO, 2001)

Bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirmesi,
Günlük streslerle başa çıkabilmesi,
Verimli ve üretken bir şekilde çalışabilmesi,
Topluma katkı sağlayabilmesi olarak tanımlanır.

6. Ruh Sağlığının Ölçütleri

6.1. Genel Ölçütler:

Bireyde uzun süreli kaygı, bunaltı, depresyon, öfke gibi yoğun duyguların kalıcı olarak bulunmaması.

İlişki kurma ve sürdürme becerisinin gelişmiş olması; sağlıklı bağlanma ve empati kurabilme.

Sevme ve sevilme kapasitesine sahip olma; yakın ilişkilerde güven duyabilme.

Gerçekçi özsaygı ve kendine güven düzeyinin varlığı.

Toplumda üretken bir birey olabilmesi; iş, eğitim veya sosyal etkinliklerde aktiflik.

Gelecek planları yapabilme; amaç belirleme ve bu yolda adım atabilme becerisi.

Stresle başa çıkma, adaptasyon sağlama yeteneği.

Karar verme ve sorumluluk alma kapasitesi.

Değer sistemine ve inançlara sahip olma; kişisel anlam üretme.

Mesleki ilgi dışında da kendini geliştirme, dinlenme ve eğlenme için sağlıklı uğraşlara yönelme.

7. Psikolojik İyi Oluşun Ölçütleri (Ryff, 1989, 1999)

7.1. Ryff'in Altı Boyutu:

Kendini Kabul: Kişinin geçmiş deneyimlerini, güçlü ve zayıf yönlerini gerçekçi bir şekilde değerlendirerek kendini kabullenmesi.

Kişisel Gelişim: Yaşam boyunca bireysel ilerleme, öğrenme ve kendini yenileme arzusu.

Yaşam Amacı: Yaşamın anlamlı olduğuna dair içsel bir inanç ve hedeflere sahip olma.

Diğerleriyle Olumlu İlişkiler: Güven, sevgi, empati ve bağlılıkla kurulan kişilerarası ilişkiler.

Çevresel Hakimiyet: Yaşanılan ortamı şekillendirebilme ve dış çevre üzerinde kontrol hissi geliştirme.

Otonomi (Özerklik): Sosyal baskılardan bağımsız kararlar alabilme ve kendi değerleri doğrultusunda yaşama.

8. Freud'a Göre Ruh Sağlığı

Freud, bireyin üretken bir şekilde çalışabilmesi ve sevme kapasitesine sahip olması durumlarını ruhsal sağlığın temel göstergeleri olarak tanımlamıştır.

9. Ekstra Alt Başlık: Ruhsal Sağlığın Bozulma Belirtileri

Sürekli yorgunluk, ilgisizlik, neşesizlik.

Sosyal ilişkilerde uzaklaşma, içe kapanma.

Uyku ve iştah düzensizlikleri.

Yoğun öfke, korku, huzursuzluk.

Kendine zarar verme düşünceleri.

Değersizlik veya suçluluk duyguları.

TERAPÖTİK ORTAM VE HEMŞİRELİK ROLLERİ

1. Terapötik Ortamın Tanımı ve Tarihçesi

Terapötik ortam, ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi sürecini destekleyen, iyileşme, güvenlik, öğrenme ve sosyal etkileşim gibi psikososyal hedefleri içeren, planlı ve yapılandırılmış fiziksel, duygusal ve sosyal bir ortamdır.

1840'lı yıllarda moral tedavi yaklaşımlarıyla başlayan bu anlayış, özellikle **1953 yılında** Maxwell Jones'un "Terapötik Toplum" adlı eserinde detaylandırılarak çağdaş anlamda temelini oluşturmuştur.

Terapötik ortam kavramı II. Dünya Savaşı sonrası Belmont Hastanesi gibi kurumlarda uygulanmaya başlanarak yaygınlık kazanmıştır.

Temel amacı, bireyin ruhsal dengesini yeniden kazanmasını sağlamak, sosyal becerilerini geliştirmek ve sağlıklı davranış örüntüleri oluşturmaya yardımcı olmaktır.

2. Terapötik Ortamın İlkeleri

İnsan davranışları, çevresel uyaranlara ve sosyal etkileşimlere bağlı olarak şekillenir; bu nedenle ortam, olumlu davranışları destekleyici şekilde düzenlenmelidir.

Bireylerin sosyal ilişki kurma ihtiyacı dikkate alınmalı ve bu ilişkiler üzerinden psikolojik destek sağlanmalıdır.

Terapötik ortam, bireyin sağlıklı yönlerini öne çıkarmayı ve olumlu pekiştirme ile bu yönleri geliştirmeyi amaçlamalıdır.

Her bireyin başkalarına yardım edebilme kapasitesine sahip olduğu kabul edilerek, iş birliğine dayalı ve sorumluluk almayı teşvik eden bir yapı sunulmalıdır.

Hastalık, birey için başkalarıyla ve kendisiyle olan ilişkilerini yeniden gözden geçirme ve kişisel gelişim fırsatıdır.

3. Terapötik Ortamın Özellikleri

Birey, ortamda bir topluluğun parçası değil; kendi ihtiyaçları ve özellikleriyle "biricik" bir varlık olarak ele alınır.

Ortamda karar alma süreçlerine hasta da dâhil edilir. Bu katılıma bazı uygulamalarda "hasta hükümeti" adı verilir.

Etkin iletişim kanalları bulunur; düzenli grup tartışmaları ve disiplinler arası ekip toplantılarıyla hem bireyin hem kurumun gelişimi sağlanır.

Güvenli ve korunaklı bir fiziksel çevre oluşturulur, bireyin kendine ya da başkalarına zarar vermesi engellenir.

Bireylerin aktif katılımını ve sosyal sorumluluğunu artırmak amacıyla aktiviteler, görev dağılımları ve geri bildirim mekanizmaları kurulur.

4. Terapötik Ortamda JCHO Güvenlik Standartları

a) Fiziksel Güvenlik:

Ortamda sürekli güvenlik değerlendirmesi yapılmalı ve tehlike arz eden malzemeler kaldırılmalıdır.

Güvenlik ihlalleri rapor edilmeli, izleme sistemleri kurularak denetim sağlanmalıdır.

b) Acil Durumlara Hazırlık:

Güvenlik prosedürleri tüm personele öğretilmeli, acil durum senaryoları için tatbikatlar düzenlenmelidir.

Medya ile kriz iletişim mekanizmaları oluşturulmalı ve yönetilmelidir.

c) Sosyal Çevre Güvencesi:

Bireyin kişisel bakımına yönelik olanaklar sağlanmalı; uygun giysi, kişisel dolap, hijyen ürünleri ve oda konforu temin edilmelidir.

d) Fiziksel Ortam Koşulları:

Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmeli, kapalı kapı politikası amaca uygun belirlenmelidir.

Telefonla özel görüşme, açık havaya çıkma gibi bireysel alanlara saygı temelinde uygulamalar yapılmalıdır.

5. Terapötik Ortamın Birey Üzerindeki Etkileri

Birey, ortamda karşılaştığı güven, saygı ve kabul görme yoluyla benlik saygısını yeniden inşa eder.

Duygularını ifade etme, karar alma, alternatif davranış geliştirme ve sorun çözme becerileri gelişir.

Bireyin başkalarıyla güvene dayalı ilişkiler kurması sağlanarak sosyal etkileşim becerileri desteklenir.

Bireyin sosyal rolleri yeniden yapılandırılır; birey, yaşamdaki sorumluluklarına daha hazır hale gelir.

6. Terapötik Ortamın Temel Öğeleri

Güvenlik: Bireyin kendisine ve çevresine zarar vermemesi için fiziksel ve psikolojik önlemler alınır.

Fiziksel Çevre: Hijyen, kişisel eşyaların düzenlenmesi, uygun mobilyalar ve alan kullanımı sağlanır.

Sosyal Çevre: Kuralların belirginliği, hasta hakları, sosyal aktiviteler, aile katılımı ve personel desteği ile yapılandırılır.

Duygusal Ortam: Açık iletişim, personel ulaşılabilirliği ve bireysel farklara saygı ortamı oluşturur.

Denge: Hemşireler, bağımlılık ve bağımsızlık arasında bireyin iyiliğini koruyacak dengeyi kurmakla yükümlüdür.

Sınırlar: Kabul edilebilir ve edilemez davranışların net şekilde belirtilmesi önemlidir.

7. Terapötik Ortamdaki Aktiviteler

Uğraş terapisi, müzik terapisi, sanat çalışmaları ve egzersiz terapileri gibi yapıcı faaliyetler uygulanır. Hasta eğitimi kapsamında ruhsal hastalıklar, baş etme mekanizmaları ve tedavi planları bireye açıklanır. Grup terapileri ve sosyal beceri eğitimleriyle bireyin iletişim becerileri geliştirilir. Terapötik toplum toplantıları ve ekip değerlendirme toplantıları düzenli olarak yapılır.

8. Terapötik Ortamı Etkileyen Faktörler

Personelin hasta ile kurduğu ilişkiler ve yaklaşımlar
Hemşirenin rolü ve terapötik becerileri
Tükenmişlik, ikincil travmatizasyon ve şiddet olaylarının yönetimi
Kurumsal yapı, yönetim tarzı ve işleyiş
Klinik süpervizyon kalitesi ve bakım planlarının uygulanma düzeyi

9. Terapötik Ortamın Geliştirilme Stratejileri

Günlük personel toplantıları ve sabah raporlarıyla sürecin planlanması
Hasta–personel toplantıları ile iki yönlü iletişimin güçlendirilmesi

Küçük grup terapileri, disiplinler arası değerlendirme toplantıları

Eğitsel ve psikodrama gibi terapi etkinliklerinin düzenli yapılması

Bireysel ve grup değerlendirmelerle ortamın etkisinin izlenmesi

10. Hemşirelik Süreci İçinde Gözlem ve Değerlendirme

a) Hasta Davranışlarının Gözlemi:

Servisteki genel tutumu, sosyal ilişkileri, personele tepkileri, çevreye uyumu gözlemlenir.

Kişisel bakım alışkanlıkları, yemek ve uyku düzeni, bağımlılık düzeyi değerlendirilir.

b) Klinik Gözlem Alanları:

Hastanın duygusal tepkileri, anksiyete düzeyi, kendine ve çevresine yönelik riskli davranışları izlenir.

Gözlem süreci objektif ve hasta mahremiyetine saygılı olmalıdır.

c) Kayıt Tutma:

Gözlemler kısa, açık ve net ifadelerle belgelenmeli; hemşirelik tanıları, hekim istemleri ve klinik değerlendirmeler kayıtlara düzenli işlenmelidir.

11. Terapötik Ortamda Hemşirenin Roller

Planlayıcı: Ortamın güvenliğini ve işleyişini sağlamak için planlar yapar.

Eğitimci: Hasta ve aileyi hastalık, tedavi ve bakım süreci hakkında bilgilendirir.

Gözlemci: Hastanın tüm davranış ve tepkilerini profesyonel şekilde gözlemler.

Danışman: Bireyin sorunlarını paylaşabileceği güvenli bir destek noktası oluşturur.

Sosyal Destekleyici: Bireyin sosyal aktivitelere katılımını teşvik eder.

Değerlendirici: Terapötik sürecin etkilerini analiz ederek bakımın etkinliğini değerlendirir.

EK BAŞLIKLAR

Etik İlkeler ve Terapötik Ortam

Bireyin özerkliğine saygı, mahremiyetin korunması, bilgilendirilmiş onam gibi etik ilkeler terapötik ortamın ayrılmaz bir parçasıdır.

Krize Müdahale Ortamları

Terapötik ortam içinde kriz anlarında uygulanabilecek özel stratejiler ve güvenlik protokolleri geliştirilmiş olmalıdır.

YEME BOZUKLUKLARI: TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

1. Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Genel Özellikleri

Yeme bozuklukları, bireyin yemek yeme, kilo kontrolü ve beden görünümüne ilişkin düşünce ve davranışlarında ciddi bozulmalarla seyreden, tıbbi, psikolojik ve sosyal komplikasyonlar doğurabilen ciddi psikiyatrik bozukluklardır.

Bu bozukluklar özellikle genç kadınlarda, ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde sık görülmekle birlikte, her yaştan bireyi etkileyebilir.

Anoreksiya nervroza, bulimia nervroza ve tikanırcasına yeme bozukluğu en sık karşılaşılan alt türlerdir.

2. Yaygın Yeme Davranışları

Seçici Yeme: Belli gıdalara karşı katı tercihler geliştirme.

Kısıtlı Yeme (Diyet): Kalori veya miktar olarak ciddi gıda kısıtlamaları.

Emosyonel Yeme: Duygusal durumlarla tetiklenen aşırı yeme davranışları.

Kompulsif Aşırı Yeme: Kontrolsüz, dürtüsel, tikanırcasına yeme davranışı.

3. Anoreksiya Nevroza (AN)

Tanım: Vücut ağırlığı ve görünümüne yönelik saplantılı korkular nedeniyle, bireyin ciddi şekilde kilo kaybı yaşamasına neden olan bozukluktur.

DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri:

Normalin **%85'inin** altında vücut ağırlığı.

Kilo alma korkusu.

Vücut imajı algısında ciddi bozulma.

En az **3 ay** süren amenore.

Alt tipleri:

Kısıtlayıcı tip

Tıkanırcasına yeme/çıkartma tipi

Klinik Özellikler:

Amenore, hipotermi, bradikardi, hipotansiyon, osteoporoz

Mükemmeliyetçilik, sosyal izolasyon, egosintonik tutum

4. Bulimia Nevroza (BN)

Tanım: Kontrolsüz yeme atakları ve ardından kusma, laksatif kullanımı veya aşırı egzersiz gibi davranışlarla yediklerini telafi etme çabasıyla karakterizedir.

DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri:

Haftada **en az 2 kez** tekrarlayan tıkınma atakları

Ardından uygunsuz telafi davranışları

Kendi bedenine ve kilosuna aşırı önem verme

Anoreksiya ile birlikte olmaması

Klinik Özellikler:

Normal ya da hafif artmış vücut ağırlığı

Elektrolit dengesizlikleri, parotis bez büyümesi, dental erozyon

Egodistonik tutum (rahatsızlık duyma)

5. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Kontrolsüzce ve hızlı yemek yeme, genellikle yalnızken yeme, yemek sonrası suçluluk ve iğrenme hisleriyle karakterizedir.

Fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkileri vardır.

Depresyon, düşük benlik saygısı ve sosyal problemler siktir.

6. Komplikasyonlar

Kısıtlı beslenme: Osteoporoz, hipotermi, amenore, bradikardi.

Kusma: Elektrolit bozuklukları, özafagus hasarı, dental erozyon.

Laksatif kullanımı: Dehidratasyon, katartik kolon, böbrek hasarı.

Aşırı egzersiz: Amenore, stres kırıkları, yorgunluk sendromu.

7. Tedavi İlkeleri

Hastaneye Yatış Amaçları:

Kilo kazanımını sağlamak

Normal yeme davranışını kazandırmak

Altta yatan psikolojik sorunlara müdahale etmek

Nüksleri önlemek

Multidisipliner yaklaşım: Psikiyatrist, diyetisyen, psikoterapist, hemşire iş birliği

Tıbbi İzlem:

Sıvı-elektrolit dengesi, kalp ritmi, böbrek ve karaciğer fonksiyonları izlenmeli

Psikoterapi Türleri:

Bilişsel Davranışçı Terapi: Bozuk düşünce kalıplarını değiştirmeyi hedefler.

Aile Terapisi: Özellikle ergenlerde önemlidir; aile dinamikleri ele alınır.

Grup Terapisi: Sosyal izolasyonu azaltır, destek sağlar.

Bireysel Terapi: Düşük benlik saygısı, kontrol ihtiyacı gibi faktörlere odaklanır.

Farmakoterapi:

AN için ilaçlar ikincil bozukluklara (depresyon, OKB) yöneliktir.

BN'de SSRI grubu antidepresanlar etkilidir.

8. Hemşirelik Tanıları

Gereksinimden az besin alımı

Sıvı hacminde azalma riski

Düşünce süreçlerinde bozulma

Beden imajı bozukluğu

Etkisiz baş etme ve inkar

Sosyal izolasyon

Anksiyete ve depresyon

Tedaviye uyumsuzluk

9. Hemşirelik Yaklaşımları

Hastayla güvene dayalı, yargılamayan bir ilişki kurmak esastır.

Kilo takibi, yaşam bulgularının izlenmesi, sıvı-elektrolit dengesi kontrolü yapılmalıdır.

Hastanın kendi kontrol algısını destekleyen hedefler belirlenmeli.

“Yeme” eylemine değil, hastanın genel yaşam kalitesine odaklanılmalıdır.

Hasta ile ödül-temelli anlaşmalar yapılabilir.

Beden imajı bozukluğu, sosyal izolasyon gibi sorunlara yönelik bireysel bakım planları geliştirilmelidir.

10. Aile Eğitimi ve Katılımı

Aile bireyleri yeme bozukluğunun psikolojik bir hastalık olduğunu kavramalıdır.

Eleştirel, cezalandırıcı veya aşırı koruyucu tutumlardan kaçınmaları sağlanmalıdır.

Aileye psikoeğitim verilerek sürece aktif katılım teşvik edilmelidir.