

T.C.

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**

**PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞINA
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

Zekiye KAYA

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
2022-ANTALYA**

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ

PSİKIYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞINA
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Zekiye KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ
DANIŞMAN
Doç.Dr. Kerime BADEMLİ
İKİNCİ DANIŞMAN
Prof. Dr. İlhan GÜNBAYI

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından
TYL-2019-4881 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2022-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Anabilim Dalı
.....Programında tezi olarak kabul
edilmiştir. .../...../.....

İmza

Tez Danışmanı :
(¼nvanı, Adı Soyadı)
(¼niversite)

¼ye :
(¼nvanı, Adı Soyadı)
(¼niversite)

¼ye :
(¼nvanı, Adı Soyadı)
(¼niversite)

¼ye :
(¼nvanı, Adı Soyadı)
(¼niversite)

¼ye :
(¼nvanı, Adı Soyadı)
(¼niversite)

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun
g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/.....
sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Zekiye KAYA

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Kerime BADEMLİ

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca hoşgörü ve samimiyetiyle beni destekleyen, motive eden, her daim tüm engin bilgileriyle yanımda olan değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Kerime Bademli'ye, tezimin şekillenmesinde destek veren değerli hocam Prof. Dr. İlhan GÜNBAYI'ya,

Yüksek lisans eğitimimin tüm aşamasında bilgileri ile katkı sağlayan değerli hocalarıma, İşlerini özveri ve nezaketle yapan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü'sü çalışanlarına,

Araştırmaya katılarak tez çalışmamın var olmasına yardımcı olan ve değerli vaktini bana ayıran Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi psikiyatri kliniklerinde çalışan sevgili hemşirelere,

Tez yazım sürecimde benden desteklerini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşlarım Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği hemşirelerine,

Tüm hayatım boyunca bana destek olan, sevgisini her daim hissettiğim canım dedem Ramazan TÜZÜN, canım anneannem Cemile TÜZÜN'e, kıymetli annem Gülümser KAYA'ya, kıymetli babam Yüksel Kaya'ya ve sevgili kardeşim Cemile Kaya'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşlerini belirlemektir.

Yöntem: Bu araştırmada, kalitatif araştırma yöntemlerinden fenomenolojik desen kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan toplam 15 hemşire oluşturmuştur. Veri toplamada açık uçlu sorulara dayanan yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın verileri, MAXQDA 2020 programında tümevarıma dayalı analiz yöntemi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Psikiyatri kliniği hemşirelerinin ruh sağlığı okur yazarlığına ilişkin görüşleri doğrultusunda, ruh sağlığı okuryazarlığının anlamına ilişkin görüşler, ruhsal hastalıklar, ruhsal hastalıkların belirtileri, hemşirelik bakımı ve tedavisi, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları, ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemleri olmak üzere altı ana tema ve toplam 107 alt tema elde edilmiştir.

Sonuç: Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, ruh sağlığı okur yazarlığına yönelik bilgi gereksinimleri olduğu ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere yönelik hizmet içi eğitimler yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ruh sağlığı okuryazarlığı, hemşirelik, psikiyatri hemşireliği, nitel araştırma

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to set the views of nurses working in psychiatry clinics on mental health literacy.

Method: Phenomenological design, one of the qualitative research methods, is used in this study. The sample of the study is consisted of 15 nurses working in Akdeniz University Hospital Psychiatry Clinic, Atatürk State Hospital Psychiatry Clinic and Antalya Training and Research Hospital Psychiatry Clinic. Semi-structured in-depth individual interviews based on open-ended questions are used for data collection. The data of the research is analyzed with the MAXQDA 2020 program by the inductive analysis method.

Results: In accordance with the views of nurses working in psychiatry clinics on mental health literacy, six main themes, which include including views on the meaning of mental health literacy, mental illnesses, symptoms of mental illnesses, nursing care and treatment, nurses' attitudes towards mental illnesses, methods of protecting, maintaining and improving mental health, and A total of 107 sub-themes are obtained.

Conclusion: It has been revealed that nurses working in the psychiatry clinics are need to be educated on mental health literacy. In this context, it is recommended for nurses working in psychiatry clinics to have an in- service training regarding them.

Key words: mental health literacy, nursing, phenomenology

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	3
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	5
2.3.Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları	6
2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	7
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	9
2.6. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları	12
2.7. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Psikiyatri Hemşireliği	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Türü	16
3.2. Araştırma Soruları	16
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.4. Evren ve Örneklem	17
3.5. Hemşireler İçin Örneklem Dahil Olma Kriterleri	17
	iii

3.6. Hemşireler İçin Örneklemden Dışlanma Kriterleri	17
3.7. Verilerin Toplanması	17
3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması	18
3.9. Araştırmanın Uygulanması	18
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.11. Geçerlik ve Güvenirlik	19
3.12. Nitel Verilerin Analizi	20
3.13. Veriyi Örgütleme	21
3.14. Nitel Bulguların Yorumlanması ve Raporlaştırılması	21
3.15. Sınırlılıklar	21
3.16. Araştırmanın Etiği	22
4. BULGULAR	23
4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri	23
4.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Görüşler	25
4.2.1. Alt Tema: Ruhsal Hastalıkları Tanıma ve Yönetme	26
4.2.2. Alt Tema: Hiçbirsey Çağrıştırmama	26
4.2.3. Alt Tema: Ruhsal Sağlığı Bilgisine Ulaşma	27
4.2.4. Alt Tema: Bireyin Kendini Keşfetmesi	28
4.3. Ruhsal Hastalıklar	29
4.3.1. Alt Tema: Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikoza Giden Diğer Bozukluklar	31
4.3.2. Alt Tema: Depresyon Bozuklukları	31
4.3.3. Alt Tema: İkiUçlu (Bipolar) İlişkili Bozukluklar	32
4.3.4. Alt Tema: Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	32
4.3.5. Alt Tema: Takıntı- Zorlantı (Obsesif- Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar	32
4.3.6. Alt Tema: Kişilik Bozuklukları	33

4.3.7. Alt Tema: Beslenme ve Yeme Bozuklukları	33
4.3.8. Alt Tema: Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları	33
4.3.9. Alt Tema: Bedensel Belirti Bozuklukları	33
4.4. Ana Tema: Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Faktörler	34
4.4.1. Alt Tema: Ailesel Faktörler	36
4.4.2. Alt Tema: Psikolojik Travmalar	36
4.4.3. Alt Tema: Genetik Faktörler	37
4.4.4. Alt Tema: Sosyoekonomik Düzey	37
4.4.5. Alt Tema: Toplumsal Faktörler	37
4.4.6. Alt Tema: Fizyolojik Faktörler	38
4.4.7. Alt Temalar: İş Yaşamında Yaşanan Sorunlar	38
4.4.8. Alt Tema: Eğitim Düzeyi	38
4.4.9. Alt Tema: Teknoloji	38
4.5. Ruhsal Hastalıkların Belirtileri, Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	39
4.5.1. Alt Tema: Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikoza Giden Diğer Bozuklukların Tanım ve Belirtileri	48
4.5.2. Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikoza Giden Diğer Bozuklukların Hemşirelik Bakımı Ve Tedavisi	51
4.5.3. Alt Tema: Depresyon Bozukluklarının Tanım ve Belirtileri	54
4.5.4 Depresyon Bozuklukların Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	55
4.5.5 İkiUçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri	57
Bipolar ve ilişkili bozuklukların tanım ve belirtilerini davranışsal ve duygusal değişimler temasını tanımlamışlardır.	57
4.5.6. İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozuklukların Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	58
4.5.7. Takıntı- Zorlantı Bozukluğu (Obsesif- Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri	61
4.5.8 Takıntı- Zorlantı Bozukluğu (Obsesif- Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozuklukların Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	62
4.5.9. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları Tanım ve Belirtileri	63
4.5.10 Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	64

4.5.11. Beslenme ve Yeme Bozuklukları Tanım ve Belirtileri	66
4.5.12. Beslenme ve Yeme Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	66
4.4.13. Kişilik Bozuklukları Tanım ve Belirtileri	68
4.5.14. Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	69
4.5.15. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Tanım ve Belirtileri	70
4.5.16. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	71
4.5.17. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri	72
4.5.18. Bedensel belirti bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	72
4.6. Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme Ve Geliştirme Yöntemleri	73
4.6.1. Alt Tema: Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Sosyal Faaliyetler	75
4.6.2. Alt Tema: İletişim ve Sosyal Destek	76
4.6.3. Alt Tema: Eğitim	76
4.6.4. Alt Tema: Profesyonel Destek	77
4.6.5. Alt Tema: Erken Müdahale	77
4.6.6 Alt Tema: Stresörlerden Uzaklaşma	77
4.6.7 Alt Tema: Ekonomik Destek	78
4.7. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Hemşirelerin Duygu ve Düşünceleri	79
4.7.1. Alt Tema: Mesleki Doyum ve Mutluluk	81
4.7.2. Alt Tema: Korku	81
4.7.3. Alt Tema: Empati	82
4.7.4. Alt Tema: Üzüntü	82
4.7.5. Alt Tema: Yetersiz Hissetme	82
4.7.6. Alt Temalar: Şükretme	83
4.7.7. Alt Tema: Profesyonellik	83
4.7.8. Alt Tema: Bunaltı	84
4.8 Hemşirelerin Ruhsal Hastalığı Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Metaforları	84
4.8.1 Alt Tema: Sabrın ve Özverinin İfadesi Olarak	85
4.8.2 Alt Tema: Dönüşümün ve Mücadelenin İfadesi Olarak	86

5.TARTIŞMA	88
5.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Görüşler	88
5.2. Ruhsal Hastalıklar	89
5.3. Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Faktörler	91
5.4. Ruhsal Hastalıklarının Belirtileri, Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	93
5.4. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar	93
5.4.1. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar Tanım ve Belirtileri	93
5.4.2. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklarda Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	94
5.5. Depresyon Bozuklukları	95
5.5.1. Depresyon Bozuklukları Tanım ve Belirtileri	95
5.5.2. Depresyon Hastalığında Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	95
5.6. İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar	96
5.6.1. İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri	96
5.6.2. İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	97
5.7. Takıntı- Zorlantı (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar	97
5.7.1. Takıntı-Zorlantı (Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar) Tanım ve Belirtileri	97
5.7.2. Takıntı- Zorlantı (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	98
5.8. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	98
5.8.1. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları Tanım ve Belirtileri	98
5.8.2. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	99
5.9. Beslenme ve Yeme Bozuklukları	100
5.9.1. Beslenme ve Yeme Bozuklukları Tanım ve Belirtileri	100
5.9.2. Beslenme ve Yeme Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	100
5.10. Kişilik Bozuklukları	101

5.10.1. Kişilik Bozuklukları Tanım ve Belirtileri	101
5.10.2. Kişilik Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	101
5.11. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları	102
5.11.1 Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Tanım ve Belirtileri	102
5.11.2. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	102
5.12. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	103
5.12.1. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri	103
5.12.2. Bedensel Belirti Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	104
5.13. Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme ve Geliştirme Yöntemleri	105
5.14. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Hemşirelerin Duygu ve Düşünceleri	105
5.15. Hemşirelerin Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Bakım Vermeye İlişkin Metaforları	107
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	108
6.1. Sonuç	108
6.2. Öneriler	111
6.2.1 Eğitime Yönelik Öneriler	111
6.2.2. Uygulamaya Yönelik Öneriler	111
6.2.3. Araştırmaya Yönelik Öneriler	111
KAYNAKLAR	112
EKLER	125
EK -1 Kişisel Bilgi Formu	
EK-2 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	
EK -3 Aydınlatılmış Onam Formu	

EK-4 Etik Kurul İzin Yazısı

ÖZGEÇMİŞ



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1: Hemşirelerin Demografik Özellikleri	23
Tablo 4.1.1: Hemşirelerin demografik özellikleri devamı- 1	24
Tablo 4.2: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Ait Tema, Alt Tema ve Kodlar	25
Tablo 4.3: Ruhsal Hastalıklara İlişkin Ait Tema, Alt Tema Ve Kodlar	29
Tablo 4.4: Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Faktörlere İlişkin Ait Tema, Alt Tema ve Kodlar	35
Tablo 4.5: Ruhsal Hastalıkların Belirtileri, Bakım Ve Tedavisine İlişkin Görüşlerine İlişkin Ait Tema, Alt Tema ve Kodlar	40
Tablo 4.6: Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme Ve Geliştirme Yöntemlerine İlişkin Görüşlerine Ait Tema, Alt Tema ve Kodlar	74
Tablo 4.7: Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Hemşirelerin Duygu ve Düşüncelerine İlişkin Görüşlerine Ait Tema, Alt Tema Ve Kodlar	80
Tablo 4.8: Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Olan Bireye Bakım Vermeye İlişin Metaforlar	85

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.2: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Alt Temalar	26
Şekil 4.2.1: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Görüşler Temasının Hemşirelere Göre İncelenmesi	28
Şekil 4.3: Ruhsal Hastalıklara İlişkin Temalar	30
Şekil 4.3.1: Ruh Sağlığı Hastalıkları Temasının Hemşirelere Göre İncelenmesi	34
Şekil 4.4: Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Faktörlere İlişkin Temalar	36
Şekil 4.4.1: Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Faktörler Temasının Hemşirelere Göre İncelenmesi	39
Şekil 4.6: Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme ve Geliştirme Yöntemleri ilişkin görüşlerine İlişkin Temalar	75
Şekil 4.6.1: Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme ve Geliştirme Yöntemleri Temasının Hemşirelere Göre İncelenmesi	79
Şekil 4.7: Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Hemşirelerin Dugu ve Düşünceleri Temasının Hemşirelere Göre İncelenmesi	84
Şekil 4.8: Kod Bulutu	87

SİMGELER ve KISALTMALAR

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği

BAP : Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

OKB: Obsesif- Kompulsif Bozukluk



1.GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı bireylerin, sağlıklarını etkileyecek kararlar alma, sağlıklarıyla ilgili edinilen bilgi doğrultusunda eyleme geçme, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ve kullanma becerisi olarak tanımlanmaktadır (Nutbeam ve ark., 2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı, sağlık okuryazarlığı kavramını ruh sağlığı alanına genişletmek amacıyla geliştirilmiş olup, sağlık okuryazarlığı kavramı temel alınmıştır. Ruh sağlığı okur yazarlığı kavramı, ilk kez 1997 yılında Jorm ve arkadaşları tarafından ruhsal bozuklukları tanıma, yönetebilme, önleyebilme ile ilgili bilgi ve inançlar olarak tanımlanmıştır (Jorm ve ark., 1997). Ruh sağlığı okur yazarlığı kavramı, ruhsal hastalıkları tanıma, yardım arama davranışı geliştirme, ruhsal hastalıkların nedenleri ve risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olma, etkili baş etme becerileri geliştirebilme, profesyonel yardım alma ile ilgili bilgi sahibi olma ve ruhsal hastalıklar konusunda bilgiye ulaşma olarak altı alandan oluşmaktadır (Jorm ve ark., 2006).

Ruhsal bozukluğu olan bireyler, bilgi eksikliği ve ön yargılardan dolayı toplum tarafından damgalanabilmektedirler. Damgalanma bireylerin yardım arama davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Guliver ve ark, 2010). Bu nedenle damgalanma kavramı da ruh sağlığı okuryazarlığı kavramına dahil edilmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi sahibi olunması, tedavilerini anlama, yardım arayışı için nereye, nasıl başvurulacağını, ruhsal bozukluklarla ilişkili damgalanmanın azaltılması olarak yeniden tanımlanmıştır (Kutcher ve ark., 2016; Wei ve Coniglio, 2016).

Hemşirelik yönetmeliğine göre, klinik psikiyatri hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplama sorumlulukları vardır. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, riskli davranışlara ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir, hastanın bakım gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hasta bakımında hemşirelik süreci sistemini kullanır. Hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme, damgalanma, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme

becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim programlarını planlar ve uygular. Bu sorumluluklarının yanı sıra, hasta ve ailesine, ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir (www.turkhemsirelerdernegi.org.tr, Erişim tarihi: 12.09.2021).

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin bireye bakım verirken ruhsal hastalığı doğru tanınması, bireylerin gereksinimine uygun bakım verebilmesi açısından önemlidir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin, depresyon ve bipolar bozukluk belirtilerini genel kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde doğru tanımladıkları bulunmuştur (Yeo ve ark., 2001).

Hemşirelerin bireye bütüncül bakım vermesi önemlidir. Bütüncül bakım, bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerini birbiri ile ilişkili ve bağlantılı bir bütün olarak ele alma ve bireylerin fiziksel, ruhsal ve psikososyal gereksinimlerine göre hemşirelik girişimlerin uygulanmasıdır (Morgan ve Yolder, 2012). Bütüncül bakım, ilaç uygulamaları, eğitim, iletişim, kendi kendine yardım ve tamamlayıcı tedavi gibi çeşitli yaklaşımları içermektedir (Zamanzadeh ve ark., 2015). Bu bağlamda hemşirelerin, ruhsal hastalıkları tanınması, tedavi yöntemlerini bilmesi, ruh sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi konusunda bilgi sahibi olması bütüncül bakım verebilmesi açısından önemlidir. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirenin bütüncül bakım verebilmesi için iyi düzeyde ruh sağlığı okuryazarı olması gerekmektedir. Ülkemizde psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin yapılan herhangi bir kalitatif bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşlerini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlığa ilişkin bilgiyi anlaması ve kullanması, sağlıkları ile ilgili karar verme sürecinde büyük öneme sahiptir. Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olmak, sağlığı koruma, sürdürme ve hastalıkların önleme konusunda koruyucu sağlık hizmetlerinin anlaşılması ve böylece bireylerin sağlık sonuçlarını iyileştirmelerine yardımcı olabilmektedir. Sağlık bilgisi bireylerin hastalık tanılarını anlama, tedavi sürecine karar verme, hastalık prognozunu öngörme ve hastalıkla baş etmelerine yardımcı olmaktadır (Chen ve ark., 2018).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 yılında Simond tarafından yayınlanan “Health Education as Social Policy” adlı bir makalede kullanılmıştır. Simond makalesinde sağlık okuryazarlığı kavramını, halkın sağlık iletişimi ve sağlık eğitimi olarak tanımlamıştır (Simonds 1974, Yılmaz ve Tiraki, 2016). Sağlık okuryazarlığı, 1990’lı yıllarda sağlık arama davranışları ve sağlık harcamaları üzerine etkilerini ortaya koyan çalışmalarda halk sağlığının önemli konuları arasında yer almıştır. Bu çalışmalar doğrultusunda tekrar gündeme gelen sağlık okuryazarlığı kavramını (Nutbeam, 2008) Amerikan Tıp Derneği “bireylerin sağlık hizmeti alırken reçete, ilaç ve randevu kartlarını, sağlığa ilişkin diğer önemli materyalleri okuma, anlama, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlama ve davranışa dönüştürme becerisi olarak tanımlamıştır (Parker ve ark., 1999; Safeer ve Keenan, 2005).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarıyla ilgili kararlar almak için gerekli olan okuryazarlık becerisine sahip olma ve bilgiye dayalı sağlık bilgilerini edinme, anlama ve kullanma yeteneği olarak tanımlanabilir. Sağlık okuryazarlığı kavramı çeşitli şekillerde tanımlanmış ve kavramsallaştırılmıştır. Tüm bu tanımlar incelendiğinde neredeyse hepsinde ortak olan sağlık okuryazarlığının temel unsurları; sağlıklarını etkileyecek kararlar alma, sağlıklarıyla ilgili edinilen bilgi doğrultusunda eyleme geçme ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, kullanma becerisidir (Nutbeam ve ark., 2018).

Sorensen halk sağlığı üzerine çalışmalar yaparken sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılmış olan araştırmaları incelemiştir. Bu inceleme sonucunda içinde Dünya Sağlık rgt (DSÖ), Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) gibi kuruluşların tanımlarının da olduğu 17 sağlık okuryazarlığı tanımının içerik analizini yapmış ve daha geniş bir tanım oluşturmuştur (Sorensen ve ark., 2012). Bu tanıma göre sağlık okuryazarlığı; genel okuryazarlık ile ilişkilidir ve bireylerin günlük yaşamlarında sağlıklarıyla ilgili karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek, sağlıklarını geliştirmek ve hastalıklarını önlemek amacıyla sağlık bilgisine erişme, anlama ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlik olarak tanımlanmaktadır. Kısaca sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık açısından iyi olma halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi için bilgiye erişme, anlama ve kullanma becerilerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanabilir (Giandinoto ve Edward, 2016).

Günümüz sağlık sistemi bireylerden sağlıklarıyla ilgili kendi kararlarını verme ve aldıkları kararın sorumluluklarını alabilmeleri beklenmektedir (Samerski, 2009). 21. yüzyılda sağlık okuryazarlığı tanımı bu beklentiyi yansıtmakta ve sağlık okuryazarı bireyleri sağlıklarıyla ilgili bilinçli bir karar verici olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendilerine uygun sağlık kararlarını vermek için gerekli olan temel sağlık bilgilerine ulaşma, anlama kapasitesi şeklinde tanımlanmıştır (Baur, 2010).

Sağlık okuryazarlığı kavramı bireysel olup, kişinin yetenek veya kapasitesine atıfta bulunur. Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili karar verme, sağlığı sürdürme ve geliştirme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Berkman ve ark., 2010). Bireyin sağlık okuryazarlığının olması kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar alabilmesi açısından önemlidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması sağlık hizmetlerinin bilinçsiz kullanımını ve hastaneye yatış oranlarını arttırmakta, bunun yanı sıra bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Baker ve ark., 1998; Lincoln ve ark., 2006).

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Dünya genelinde sağlık okuryazarlığına olan ilginin son on yılda arttığı gözlenmiştir. Bunun sebebi yetersiz sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlık sonuçlarını olumsuz etkilemesi, bireylerin önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmaması, sağlık hizmeti kullanımının artması, sağlık harcamalarının artması ilişkili olduğu saptanmıştır (Visscher ve ark. 2018). 2012 yılında bazı Avrupa Birliği’ne üye ülkelerde (Yunanistan, Hollanda, Avusturya, İspanya, İrlanda, Almanya, Polonya ve Bulgaristan) yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasına göre; çalışmaya katılanların %12’sinin bu konuda yetersiz, %35 sorunlu/düşük, %36’sının yeterli ve %16’sının ise mükemmel düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu saptanmıştır (The European Health Literacy Project, 2009-2012). Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Çin ve bazı Avrupa ülkelerinde toplumun sağlık okuryazarlığı oranının düşük olması nedeniyle hükümetler ve kurumlar toplumun sağlık okuryazarlığını geliştirmek için ulusal stratejiler ve hedefler belirlemişlerdir (Heijmans ve ark. 2015; Us Department of Health and Human Services 2010; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2013; Chinese Minisry of Health 2008). Sağlık okuryazarlığı ilgili düzenlenen politikalar toplumlardaki düşük sağlık okuryazarlığının neden olduğu olumsuzluklara ve toplumlarda sağlık okuryazarlığının gelişmesine ilişkin müdahalelere ilginin arttığı gözlemlenmiştir (Nutbeam ve ark., 2018).

Son yıllarda Türkiye’de de Sağlık okuryazarlığı konusuna, ilgi artmıştır. Sağlık okuryazarlığına ilişkin ülkemizde de çeşitli faaliyetler yürütülmektedir. Türkiye’de sağlık okuryazarlığı konusunda, Sağlık Bakanlığı 29 Nisan 2019’da “Sağlık Okuryazarlığı Temelinde Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım Bilgi, Deneyim ve Paylaşım Çalıştayı” düzenlemiştir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/saglik-okuryazarligi-temelinde-evde-bakim-ve-saglik-hizmetlerinde-cok-paydasli-yaklasim-bilgi,-deneyim-ve-paylasim-calistayi.html>, Erişim Tarihi: 20.10.2021). Ayrıca ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık okuryazarlığı araştırması yürütülmüştür. Bu araştırma sonuçlarına göre; %30,9’unun yetersiz, %38,0’ının sorunlu-düşük, %23,4’ünün yeterli, %7,7’sinin ise mükemmel düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu saptanmıştır (<https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>, Erişim Tarihi: 20.10.2021).

2.3.Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarını ve bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkilediği bilinmektedir (Rasu ve ark., 2015). Bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olması, sağlık çalışanları ile iletişim sorunlarına neden olabilmektedir. Örneğin, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyin sağlık çalışanı tarafından iletilen mesajları doğru bir şekilde alamaması doğru ilaç kullanımını etkileyebilmektedir. Birey ilacın kullanım zamanı ve dozu konusunda hatalı davranabilmektedir (Özdenk ve ark., 2015). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı sağlık eğitimlerini anlamada güçlüğü ve bunun sonucunda kronik hastalığın yönetiminin etkin yapılamamasına neden olmaktadır (Eicher ve ark., 2009). Sağlık okuryazarlığı düşük olan astımlı bireylerin, inhaler kullanımını etkin bir şekilde uygulayamadığı ve sağlık okuryazarlığı düşük olan diyabetik bireylerin şeker kontrollerini sağlayamadıkları, bunun sonucunda retinopati görülme oranının arttığı saptanmıştır (Özdemir ve ark., 2010). Bu durum bireylerin sağlıklarını olumsuz etkileyebilmekte ve tedavi sürecinin uzamasına neden olmaktadır (Howard ve ark., 2005). Düşük sağlık okuryazarlığı, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yetersiz yararlanmasına, acil servislere daha fazla başvurmasına ve hastaneye yatış sayılarının artmasına neden olduğu belirtilmektedir (Berkman ve ark., 2011; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2013). Bir başka çalışmada da sağlık okuryazarlığının düşük olmasının bireylerin sağlığının korunması ya da tedavi edilmesi üzerinde risk oluşturduğu ve sağlık giderlerinde artışa neden olduğu belirtilmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş 2014). Yakın dönemde Covid-19 salgını sürecinde Amerika da yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının düşük olmasının bireylerin sağlık hizmetlerinden yetersiz düzeyde yararlanmalarına ve sağlığı yönetme becerilerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olduğu belirtmiştir (Jackson ve ark., 2021).

Sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek bireylerin “kendilerini daha iyi ifade ettikleri, sağlık harcamalarının daha az olduğu, kişilerin sağlık bilgisinin yüksek olduğu, hastanede yatış oranlarının daha az olduğu, öz etkililiklerinin, motivasyonlarının ve sorun çözme becerilerinin yüksek olması sonucu sağlıklı yaşam biçimi geliştirdikleri belirlenmiştir (Baker, 2006). Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düşük olan

bireylere göre, hastane ve acil servis başvurularının daha düşük, doktor muayenelerinin daha az olduğu saptanmıştır (The European Health Literacy Project, 2009- 2012).

Bireylerin sağlık kalitelerinin artması, fiziksel hastalıklardan korunması, sağlık hizmetlerinden doğru yararlanması, sağlık harcamalarının azaltılması, hastanedeki yoğunluğun azaltılması için sağlık okuryazarlığının seviyesinin artırılması yönelik yapılacak çalışmalar önemlidir (Schilinger ve ark., 2002). Ayrıca sağlık okuryazarlığının seviyesinin artması, sigarayı bırakma, fiziksel aktiviteyi artırma, sağlıklı beslenme, obezitenin önlenmesi ve alkol tüketiminin azaltılması gibi iyileştirilmiş davranışsal sonuçlarla sonuçlanabilir (Walters ve ark., 2020).

2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Dünya sağlık örgütünün tanıma göre ruh sağlığı, bireylerin kendi potansiyelini fark edebildiği, yaşamın olağan stresiyle baş edebildiği, etkin çalışabildiği ve kendisine ya da bulunduğu topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, Erişim tarihi: 10 Eylül 2021). Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı sağlık okuryazarlığı kavramından temel almıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramını ruh sağlığı alanına genişletmek amaçlanmıştır. İlk kez 1997 yılında Jorm ve arkadaşları tarafından ruhsal bozuklukları tanıma, yönetebilme ve önleyebilme ile ilgili bilgi ve inançlar olarak tanımlanmıştır (Jorm ve ark., 1997).

Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı toplumda araştırılmaya başlanmıştır. Yapılan araştırmalarda toplum tarafından ruhsal hastalıkların, fiziksel hastalıklar kadar bilinmemesi, toplumun, ruhsal hastalıkları tanımada, nereye başvuracağını bilememe, tedavi sürecinin nasıl olduğu, hastalığın nasıl önleneceği konusunda bilgi eksikliğinin olması, ruhsal hastalıkların görülme sıklığının arttığı gözlemlenmiştir (Jorm ve ark., 2006; Rusch ve ark., 2011). Ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin yapılan araştırma sonucunda, Jorm ve arkadaşları, ruh sağlığı okuryazarlığı tanımını geliştirmiştir (Kitchener ve Jorm, 2002). Bu tanım, ruhsal hastalıkları tanıma, yardım arama davranışı geliştirme, ruhsal hastalıkların nedenleri ve risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olma, etkili baş etme becerileri geliştirebilme, profesyonel yardım ile ilgili bilgi sahibi olma ve ruhsal

hastalıklar konusunda bilgiye ulaşma olarak altı alandan oluşmaktadır (Jorm ve ark., 2006).

Ruhsal bozukluğu olan bireyler bilgi eksikliği ve ön yargılardan dolayı hem toplum tarafından hem de bireysel olarak damgalanmaktadır. Bu durum bireylerin kendi ruhsal bozuklukları kabullenip yardım arayışına başvurmalarını zorlaştırmakta, ayrıca toplum tarafından damgalanmaktan korktukları için ruhsal sağlık hizmeti almayı zorlaştırmaktadır (Guliver ve ark, 2010). Bu bilgiler doğrultusunda damgalanma kavramı da ruh sağlığı okuryazarlığı kavramına dahil edilmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi sahibi olunması, tedavilerini anlama, yardım arayışı için nereye, nasıl başvurulacağını, ruhsal bozukluklarla ilişkili damgalanmanın azaltılması olarak yeniden tanımlanmıştır (Kutcher ve ark., 2016; Wei ve Coniglio, 2016).

Ruh sağlığı okuryazarlığı ruh sağlığının önemli bir belirleyicisi, aynı zamanda hem bireysel hem de toplumun sağlığını iyileştirme gücüne sahiptir. Araştırmalar, gelişmiş ruh sağlığı okuryazarlığının ruhsal bozuklukların erken teşhisini sağlayabileceği, ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirebileceğini, sağlık hizmetlerinin kullanımını artırabileceğini ve toplumun daha iyi bir ruh sağlığı elde etmek için harekete geçmesini sağlayabileceğini göstermektedir (Kelly ve ark., 2007; Kutcher ve ark., 2015; Kutcher ve ark., 2016; Wei ve ark., 2015).

Ruh sağlığı sorunları olan bireylerin büyük bir çoğunluğu, ilk başta inanç şifacılarına ve dini liderlere danışır ve bu yöntemlerin etkisiz olduğuna karar verdikten sonra hizmet almak için ruh sağlığı profesyonellerine başvurmaktadır (Mubbashar ve Saeed, 2001; Munawar, ve ark., 2017). İnsanlar, ruhsal bozukluklara doğaüstü nedenler yüklemektedir (Choudhry ve ark., 2018; Munawar ve ark., 2020). Geleneksel Çin kültüründe ruh sağlığı sorunlarının nedenleriyle ilgili ruhsal hastalığını aile üyelerinin ve/veya atalarının suistimali için bir ceza olarak görme veya ruhsal hastalığın üstün bir varlık tarafından verildiğine dair inançlar yer almaktadır (Chan ve ark, 2015). Ruh sağlığı okuryazarlığının yetersizliği ve ruh sağlığı ile ilişkili farklı kültürel inançlar, birçok ülkede ortak bir sorun oluşturmaktadır (Mubbashar ve Farooq, 2001). Bu tür inançlar uygun olmayan yardım

arama davranışlarına, yardım arama davranışlarında gecikmelere, tedavi ve sonuçlarını etkilemektedir. Ayrıcı ruhsal bozukluğu olan bireylerin damgalanmasına neden olmaktadır (Golay ve ark., 2016) .

Ruh sağlığı okuryazar olunması ruhsal bozuklukların erken teşhisi, ruh sağlığının iyileştirilmesi, etkin sağlık hizmetlerinin kullanılması ve kendi kendine yönetim yetenekleri açısından önemlidir (Jorm, 2012).

2.5. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Dünyada 2000 yılından sonra ruh sağlığı okuryazarlığı alanında çalışmalar artmıştır (Wei ve ark., 2015). Bunun sebebi dünyada ruhsal bozukluklara sahip bireylerin sayısının artması, bu bireylerin damgalanmaya maruz kalması ve ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşaması gibi problemlerle karşılaşması ve bu problemleri çözmek için ülkelerin politikalar geliştirilmesi şeklinde açıklanabilir (https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1, Erişim Tarihi: 21.11.2021).

Avustralya, Kanada, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri’nde ruh sağlığı okuryazarlığı alanında çok fazla sayıda çalışma yapıldığı gözlemlenmiştir. Bunun sebebi bu ülkelerde depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygınlaşması ve sağlık harcamalarının artması şeklinde açıklanabilir (Wei ve ark., 2015).

Alanyazın incelendiğinde dünyada 2000’den 2009 yılına kadar ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik yapılan çalışmalarda Jorm’un geleneksel vaka yöntemi ile farklı ruhsal bozuklukları içeren vaka örneklerine yönelik, bireylerin tutum ve inançlarını değerlendirildiği çok sayıda araştırma yapılmıştır. 2010 yılı ve sonrasında yapılan çalışmalar ise ruh sağlığı okuryazarlığını ölçmek için psikometrik ölçme aracı geliştirmek ve ruh sağlığı eğitim programlarının etkinliklerini değerlendirmeye yönelik yapılmıştır (Mubbashar ve Farooq, 2001; Kitchener ve Jorm, 2002; Jorm2006; Kelly ve ark., 2007; Rusch ve ark., 2011; Kutcher ve ark., 2015; Wei ve ark., ,2015).

Alanyazın incelendiğinde ülkemizde ruh sağlığı okuryazarlığı alanında az sayıda çalışma yapıldığı gözlemlenmiştir. Ülkemizde ilk ruh sağlığı okuryazarlığı araştırması olarak, Beşiroğlu ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışma örnek gösterilebilir. Beşiroğlu

ve arkadaşları (2010), farklı obsesif-kompulsif belirtilere ilişkin ruh sağlığı okuryazarlığını araştırmasında obsesif-kompulsif bozuklukların (agresif obsesyonlar ve ilgili kompulsiyonlar, bulaşma obsesyonları ve ilgili kompulsiyonlar, dini obsesyonlar ve ilgili kompulsiyonlar, ve sıralama-düzenleme-sayma obsesyonları ve ilgili kompulsiyonlar) faktör analizi çalışmaları yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireylere obsesif-kompulsif bozukluğunun kategorilerine ait skeç, problem tanılama, problemlerin nedenleri, tedavi alternatifleri ve damgalama-utanç hakkında 17 soru sorulmuştur. Bireyler dini kategoriye bir sorun olarak değerlendirmek ve dini bir şifacıya gitme, agresif obsesyonları anormal bir durum olarak değerlendirdi ve bu durumu stresli yaşam olayları ile ilişkilendirme, agresif ve bulaşma obsesyonları ruhsal bozukluk olduğunu ve tıbbi durum olarak değerlendirilmektedir. Çalışma bireylerin farklı obsesyonlarda farklı yardım arayışları geliştirdiklerini göstermektedir. Çalışma ruh sağlığı okuryazarlığı doğrultusunda incelendiğinde, ruh sağlığı okuryazarlığının temel kavramları olan, ruhsal hastalık hakkında bilgi sahibi olma, tedavilerini anlama, yardım arama davranışı için nereye, nasıl başvuracağını bilme ve damgalanmayı içerdiği gözlemlenmiştir.

Dündar ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada konversiyon bozukluğu, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve akut empotans durumu ile ilgili öyküler anlatılarak halkın bu konudaki tutumlarını araştırılmıştır. Anlatılan öykülerde en çok OKB hastalık olarak tanınmıştır. Katılımcıların sadece dörtte biri anksiyete bozukluklarını hastalık olarak tanımlamıştır. Tedavi olarak katılımcıların %40 uyumadan önce rahatlatıcı aktiviteler yapmasını(müzik dinlemek, kitap okumak, ılık duş almak vb.) gibi tavsiyelerde bulunmuştur. Bazı katılımcılar anksiyete bozukluğu olan bireylerin ibadet etmesi gerektiklerini öğütlemişlerdir. Katılımcıların %8.48'i samimi biriyle konuşup derdini anlatması gerektiğini %33,34'de psikiyatrist, doktor ve hocanı tedavi yaklaşımlarını önermiştir. Yapılan bu çalışmada, ruh sağlığı okuryazarlığının kavramlarından olan, ruhsal hastalıkları tanıma, tedaviyi anlama ve yardım arayışı için nereye başvuracağı içerdiği için ruh sağlığı okuryazarlığı hakkında bilgi verdiği düşünülebilir.

Bir başka ruh sağlığı okuryazarlığı çalışması olarak, Akdoğan (2018) ruh sağlığı okuryazarlığını ölçmek için geliştirilen ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması geçerlilik güvenirlik çalışmasını yürütmüştür. Çalışma sonucunda ruh sağlığı

okuryazarlığı ölçeğinin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Akdoğan, 2018).

Öztaş ve Aydoğan (2021) Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi üzerine yapılan çalışmada hemşirelerin, diyetisyenlerin sosyal hizmet uzmanlarının ve çocuk gelişim uzmanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ebe, sağlık memuru ve biyologlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmalara ek olarak, Göktaş ve arkadaşları (2018), ruh sağlığı okuryazarlığı makalesi yayımlamıştır. Makalede ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı ve ülkemiz için potansiyel önemine değinilmiştir (Göktaş ve ark., 2018).

Ülkemizde ruh sağlığı okuryazarlığındaki çalışmaların yaygın olmamasına rağmen ruh sağlığı okuryazarlığı kavramını oluşturan, ruhsal hastalık, hastalıklara yönelik inanç ve tutumlara, damgalanma ve yardım arama davranışlarını araştıran çalışmalara rastlanılmıştır.

Ruhsal hastalık, hastalıklara yönelik inanç ve tutumları araştıran çalışmalarda genelde tutumların olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Büyükbayram ve arkadaşları(2017) psikiyatri kliniğinde çalışan y kuşağı hemşirelerin, x kuşağı hemşirelerine göre alkol ve madde kullanan bireylere karşı daha olumlu bir tutuma sahip olduğu fakat ruhsal hastalıkları olan bireylere karşı daha olumsuz tutuma sahip oldukları görülmüştür. Arkan ve arkadaşları(2011) tarafından Türkiye’de son on yılda sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları araştıran çalışmaları derlediği yayınında; sağlık alanındaki öğrencilerin şizofreni hastası olan bireye karşı daha fazla reddedici ve dışlayıcı bir tutum sergilerken depresyon hastası olan bireye daha olumlu bir tutum sergilediği tespit edilmiştir. Gökmen ve Okanlı (2017) yapmış oldukları çalışmada özel bakım merkezlerinde çalışan bireylere verilen eğitim sonrası çalışanların şizofreniye yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.

Ülkemizde ruh sağlığı okuryazarlığının bir diğer kavramı olan ruhsal hastalara yönelik damgalanmanın araştırıldığı çalışmalar yapılmıştır. Öz ve Barlas(2017) niteliksel çalışmalarında şizofreni hastalığı olan bireylerin işte çalışmak istedikleri, çalışma arkadaşlarının önyargılı davrandığı, alay ettikleri, destekleyici davranmama gibi nedenlere işten ayrılmak zorunda kaldığı tespit edilmiştir. Öztürk ve Çam (2020),

şizofreni hastalarıyla komşu olan bireylerin şizofreni hastalarını nasıl algıladığını belirlemek amacıyla yaptığı nitel araştırma yürütmüşlerdir. Şizofreni hastalarıyla komşu olan bireylerin, şizofreni hastaları hakkında, deli/dengesiz olabildikleri, şizofreni hastaların tehlikeli ve saldırgan olduğu, şizofreni hastalarının tuhaf, bakımsız görüntülerinin olduğunu, şizofreni hastalarının kendi kendine konuşma, garip el-kol hareketleri yapma, içlerine cin/şeytan girmiş gibi davrandıklarını, şizofreni hastalarının asla iyileşemeyeceğini ve hep hastanede kalmaları gerektiği ile ilgili görüşlerde bulunduğu gözlemlenmiştir. Çam ve arkadaşları, (2014) muhtarlarla yürüttükleri ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadele eğitimi sonrası muhtarların ruhsal hastalıklara yönelik damgalamalarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışmalarda ruhsal hastalıklara yönelik eğitimlerin, ruhsal hastalıklara bakışı olumlu olarak etkilediği tespit edilmiştir. Bu sonuç doğrultusunda ruh sağlığı okuryazarlığının artması ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının iyileştirilebileceğini göstermektedir.

Tüm bu araştırmalar incelendiğinde ülkemizde ruh sağlığı okuryazarlığının düşük olduğu söylenebilmektedir.

2.6. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Ruh sağlığı ve okuryazarlığı üzerine 2005 yılında yürütülmüş ilk araştırmada katılımcıların yaygın olarak görülen depresyonu, tanımada, profesyonel yardım arama davranışında bulunma ve tedavi yöntemleri hakkında yetersiz ve yanlış bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir (Jorm ve ark, 2006). Toplumun ruhsal hastalıkları bilgisinin yetersiz olduğundan dolayı bu durumu geliştirmek için Avustralya’ da Mental health first aid training adlı programla ruh sağlığı eğitimi yürütülmeye başlanmıştır (Kitchener ve Jorm, 2002).

Korelilerin %22,2’si (Kim,2018), Amerikalıların %41,3 ve Kanadalıların %46,5’i Profesyonel yardım aramaktadır (Ministry of Health and Welfare, 2017).Ruh sağlığı okur yazarlığının yetersiz olması gecikmiş yardım arama veya yetersiz ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma bireylerin yaşamlarını, akademik başarılarını, sosyal maliyeti olumsuz etkilemektedir (Kim ve ark., 2020).

Ko ve Choi (2015) ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesinin düşük olmasını ruh sağlığının kötüleşmesine ve depresyonla ilişkilendirmiştir.

Ruh sağlığı okuryazarlığı yüksek olan bireylerin ruhsal hastalığı tanıma ve yardım arama davranışı arama ve tedaviyi sürdürme, ruh sağlığı okuryazarlığı düşük olan bireylerin ise tedaviyi erken sonlandırma, baş etme yöntemi olarak alkol ve madde gibi uygun olmayan yöntemler kullandığı gözlemlenmiştir (Jorm, 2012 , Rusch ve ark., 2011 , Wright ve ark., 2007).

Ruh sağlığı okuryazarlığı yüksek olan bireyler, ruhsal hastalığa sahip bireyleri sağlık hizmetleri ve erken müdahale için teşvik edebilir, kriz durumları, intihar, cinayet gibi ciddi durumların önlenmesini sağlayabilmektedir(Jorm ve Kitchener, 2011 ; Kelly ve ark., 2007).

2.7. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Psikiyatri hemşireleri, ruhsal hastalığı olan bireyle, hastanede yattığı süre içerisinde en çok iletişime geçen sağlık çalışanlarından biridir. Hemşirelerin, hastalarla birebir ilgilenmesinden dolayı hastarın gereksinimlerini en iyi bilen kişidir. Bu sebepten dolayı tedavi sürecini etkileyen konumdadır. Hemşirelerin hastalara karşı tutumları, hastaların tedavi sürecinde doğrudan etkili olmaktadır (Van der Kluit ve Goossens, 2011). Hemşirelerin tutumları, klinikteki terapötik ortamın düzenlenmesini taburculuk sonrasını rehabilitasyon sürecini etkilemektedir (Ceylan ve Uyaroğlu 2018). Hemşirelik yönetmeliğine göre, klinik psikiyatri hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplama sorumlulukları vardır. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, riskli davranışlara ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir, hastanın bakım gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hasta bakımında hemşirelik süreci sistemini kullanır. Hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme, damgalanma, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim programlarını planlar ve uygular. Bu sorumluluklarının yanı sıra, hasta ve ailesine, ilaçların etki ve yan etkileri

konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir (www.turkhemsirelerdernegi.org.tr, Erişim tarihi: 12.09.2021). Bu görevleri yerine getirirken hemşirenin ruh sağlığı okuryazarı olması gerekmektedir.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin bireye bakım verirken ruhsal hastalığı doğru tanınması, bireylerin gereksinimine uygun bakım verebilmesi açısından önemlidir. Literatürde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin bakım verdikleri bireylerin ruhsal sağlık gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldıkları ve çeşitli zorluklar yaşadıkları, yaşadıkları zorlukların nedenleri, ruhsal hastalığı olan bireye bakım verme ile ilişkili bilgi eksiliği, olumsuz algılar ve hastadan korkma gibi durumlar olduğu belirtilmektedir (Van der Kluit ve Goossens, 2011; Zolnierek ve Clingerman, 2012). Giandinoto ve Edward (2016) çalışmasında genel kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığı olan birey ile çalışırken korku yaşadıkları, olumsuz tutumlar sergiledikleri ve ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireye bakım verme konusunda olumlu ve iyimser olmakta ve uygun bakım vermekte zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (Giandinoto ve Edward, 2016). Yapılan bir diğer çalışmada ise psikiyatri klinikleri dışında çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozulan bireye bakım verme veya müdahale etme konusunda kendilerine güvenmedikleri, kendilerine güvenmeme nedenlerinin ise bakım verme konusunda eğitime gereksinim duymaları ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (Rutledge ve ark. 2013). Singapur’da yapılan bir çalışmada, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler ile genel kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı durumları karşılaştırmış ve psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin depresyon ve bipolar bozukluk belirtilerini genel kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde doğru tanımladıkları bulunmuştur (Yeo ve ark., 2001). Batı Afrika Bölgesi’nde yapılan bir başka çalışmada, psikiyatri kliniği dışında çalışan hemşirelerin çoğunluğun (%94) verilen örnek vakalardaki ruhsal hastalıkları doğru tanımlayamadıkları ve ruhsal hastalığı olan kişilere karşı olumsuz tutumlar sergiledikleri ortaya çıkmıştır. Ayrıca hemşirelerin psikofarmakolojik tedavilerin beyin hasarına ve bağımlılığa neden olduğu düşüncesine sahip oldukları ortaya çıkmıştır (Dirwayi, 2002).

Ülkemizde ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili hemşirelerle yapılan kalitatif bir çalışmaya rastlanılmıştır. Öztaş ve Aydoğan (2021) Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi üzerine yapılan çalışmada hemşirelerin,

diyetisyenlerin sosyal hizmet uzmanlarının ve çocuk gelişim uzmanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ebe, sağlık memuru ve biyologlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde hemşirelerin, ruh sağlığı okuryazarlığı kavramlarından biri olan ruhsal hastalığı olan bireye yönelik tutumların değerlendirildiği çalışmaların yapıldığı görülmüştür. Eşsizoglu ve Arısoy (2008) psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler ve genel kliniklerde çalışan hemşirelerin şizofreniye yönelik tutumlarını değerlendirmişlerdir. Çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, şizofreni hastalarının saldırgan olduğunu ve tam olarak düzelmeyeceklerini düşündükleri ortaya çıkmıştır. Genel kliniklerde çalışan hemşirelerin ise şizofreni hastalarına daha fazla sosyal mesafe koydukları belirtilmiştir (Arısoy, Eşsizoglu, 2004). Yapılan bir başka tutum çalışmasında psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniğinde çalışıyor olmalarına rağmen şizofreni hastalığını tüm yönleriyle ve yeterli düzeyde tanımlayamadıkları, bu hastaların tedirgin olunması gereken ve ne yapacağı kestirilemeyen hastalar olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Katılımcılar şizofreniye yönelik damgalama ile mücadelede en etkin yolun sağlık çalışanları, aile ve topluma yönelik eğitimler verilmesi olduğunda hem fikir oldukları ortaya çıkmıştır. (Ceylan ve Uyaroğlu 2018).

Hemşirelikte bütüncül bakım, bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerini birbiri ile ilişkili ve bağlantılı bir bütün olarak ele alma ve bireylerin fiziksel, ruhsal ve psikososyal gereksinimlerine göre hemşirelik girişimlerin uygulanmasıdır (Morgan ve Yolder, 2012). Bütüncül bakım, ilaç uygulamaları, eğitim, iletişim, kendi kendine yardım ve tamamlayıcı tedavi gibi çeşitli yaklaşımları içermektedir (Zamanzadeh ve ark., 2015). Bu bağlamda hemşirenin, ruhsal hastalıkları tanınması, tedavi yöntemlerini bilmesi, ruh sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi konusunda bilgi sahibi olması bütüncül bakım verebilmesi açısından önemlidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmada, kalitatif araştırma yöntemlerinden Fenomenolojik desen kullanılmıştır. Araştırma soruları oluşturulurken ruh sağlığı okuryazarlığının; ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi konusunda bilgi sahibi olma, ruhsal hastalıkları ve tedavi yöntemlerini anlayabilme, bireyin kendisinde veya çevresinde ruhsal hastalığı olan bir kişi olduğunda profesyonel yardımı ne zaman, nereden ve nasıl alacağını bilme ve ruhsal hastalıklara ilişkin damgalamanın azaltılması boyutları dikkate alınarak oluşturulmuştur.

3.2. Araştırma Soruları

- Hemşirelerin ruhsal hastalıkları tanıma ve hemşirelik bakımı verme konusunda kendi yeterliliklerine ilişkin görüşleri nasıldır/nelerdir?
- Hemşirelerin ruh sağlığı bozulan bireylerin, ruh sağlığını sağlamaya, korumaya ve sürdürmeye yönelik hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri nelerdir?
- Hemşirelerin ruhsal hastalık belirtilerine ilişkin düşünceleri nelerdir?
- Hemşirelerin ruh sağlığı bozulan bireylere hemşirelik bakımı verme deneyimleri nelerdir?
- Hemşirelerin ruhsal hastalığa sahip bireye bakım vermeye ilişkin düşünceleri nelerdir?
- Hemşireler ruh sağlığı bozulan bireye hemşirelik bakımı vermeyi neye benzetmektedirler? Neden?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi psikiyatri kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler katılımcıların kendilerini rahat ifade edebildikleri bir yerde yapılacak olup, görüşme yerinin kendileri tarafından belirlenmesi istenilmiştir. Görüşmenin yapılacağı yerin seçiminde görüşmenin bölünmeyeceği ve sessizliğin sağlanacağı bir ortam olmasına dikkat edilmiştir. Görüşme yapılırken görüşmenin bölünmemesi açısından kapıya

görüşme olduğunu belirten yazı asılmıştır. Araştırmanın Mart 2019- Mart 2020 yılları arasında yapılmıştır.

3.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, 2019-2020 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı "Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu, örneklem büyüklüğü hesabı yapılmadan, “**doygunluk**” noktasına ulaşana kadar veri toplanmıştır.

3.5. Hemşireler İçin Örneklem Dahil Olma Kriterleri

- Psikiyatri kliniklerinde çalışıyor olması,
- Araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olması,

3.6. Hemşireler İçin Örneklemden Dışlanma Kriterleri

- Kendisinde ruhsal hastalığın olması,

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi 10 sorudan oluşan kişisel bilgi formu (EK-1) ve yüz yüze bireysel görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Görüşmeler sırasında araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu (EK-2) kullanılmıştır. Görüşme formundaki sorular hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin deneyimlerine dayalı görüşlerini derinlemesine ortaya çıkarmak amacıyla oluşturulmuştur. Sorular açık uçlu oluşturulmuştur. Görüşme sorularının bazılarına alternatif sorular, bazılarına da sondalar yazılmıştır. Görüşmeler sırasında literatür bilgisi (Giandinoto ve Edward, 2016; Armstrong, Kermoda ve ark., 2011; O'Connor ve ark., 2014; Jorm ve ark., 2006) doğrultusunda görüşme sorularına yönelik kavramsal bir çerçeve belirlenmiştir. Net cevaplar alabilmek adına sorular belli bir akış doğrultusunda hazırlanmıştır. Görüşme soruları hazırlandıktan sonra dil bilgisi, açıklık, konu soru uygunluğu açısından, konu hakkında genel bilgiye sahip ve nitel araştırma yöntemi konusunda uzmanlaşmış kişilerden görüş alınmıştır. Bu görüşler doğrultusunda sorular

tekrardan düzenlenmiştir. Görüşmeye başlamadan önce iki hemşireyle soruların açıklığı, uygunluğu değerlendirmek için pilot görüşme yapılmıştır. Pilot görüşme sonrasında görüşme soruları son halini almış ve görüşmelere başlanmıştır. Ayrıca görüşmeler sırasında araştırmacılar tarafından alınan notlar veri kaynağı olarak kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanı ön uygulaması için araştırmanın dahil olma kriterlerini karşılayan iki hemşire ile pilot görüşme yapılmıştır. Pilot görüşme ile kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan soruların anlaşılabilirliği belirlenmiştir. Ön uygulamaya alınan hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanması sırasında izlenen yollar;

-Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir.

-Örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hemşirelere araştırma ile ilgili sözlü bilgi verilecek ve yazılı onam (EK-3) alınmıştır.

-Onam alınan hemşireler ile görüşmeler için randevu alınmıştır.

-Görüşmeler katılımcıların kendilerini rahat ifade edebilecekleri bir yerde yapılmış olup, görüşme yerinin kendileri tarafından belirlenmesi istenmiştir. Görüşmenin yapılacağı yerin seçiminde görüşmenin bölünmeyeceği ve sessizliğin sağlanacağı bir ortam olmasına dikkat edilmiştir. Görüşme yapılırken görüşmenin bölünmemesi açısından kapıya görüşme olduğunu belirten yazı asılmıştır. Görüşmeler sırasında kişisel bilgi formu (Ek-1) ve yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek-2) kullanılmıştır.

-Görüşmeler sırasında ses kayıt cihazlarının kullanılması ve not alınması için izin istenilmiştir. Hemşireler ile yapılacak olan görüşmelerin 30-50 dakika arasında sürmüştür.

-Görüşmenin sonunda verilerin doğruluğunu teyit etmek amacıyla özetleme yöntemi kullanılarak ve görüşme sonlandırılmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde içerik analizi yaklaşımı kullanılmıştır. Yüz yüze bireysel görüşmeler sırasında alınan ses kayıtları ve notlar bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Daha sonra içerik analizi yapılarak, sonuçlar betimsel bir anlatım ile sunularak ve doğrudan anlatımlara yer verilmiştir. Ortaya çıkan temalar ve örüntüler çerçevesinde elde edilen bulgular araştırma hedefleri doğrultusunda sınıflandırılarak nitel araştırma paket programı MAXQDA 2020 kullanılarak analiz edilmiştir.

3.11. Geçerlik ve Güvenirlik

Nitel araştırmada “geçerlik” bilimsel bulguların doğruluğu, “güvenirlik” ise bilimsel bulguların tekrarlanabilirliği ile ilgilidir. Bu doğrultuda araştırmanın geçerliği ve güvenilirliği artırmak için aşağıdaki uygulamalar gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın iç geçerliğini (inandırıcılığını), artırmak için görüşme formu geliştirilirken ilgili alan yazın incelemesi sonucunda konu ile ilgili kavramsal bir çerçeve oluşturulmuştur (Morse, 2016). İçerik analizinde temalar ve temaları oluşturan alt temaların kendi aralarındaki ilişkisi ile her bir temanın diğerleriyle ilişkisi kontrol edilerek bütünlük sağlanılmıştır. Araştırmacı tarafından literatüre bağlı olarak oluşturulan görüşme sorularının anlaşılabilirliğinin sağlanması amacıyla kriterleri karşılayan iki hemşire ile pilot görüşme yapılmıştır. Buna ilaveten veri toplamadan hemen sonra, ulaşılan sonuçlar ve yorumlar veri kaynakları ile teyit edilerek katılımcı teyidi sağlanılmıştır. Diğer taraftan görüşmede kaydedilen bilgilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve gizliliği konusunda aydınlatılmış onamın imzalatılması, karşılıklı güvenin sağlanmasında önemli bir etken oluşturmuştur. Böylece görüşme sürecinde toplanan verilerin gerçek durumu yansıtması sağlanmıştır.

Araştırmanın dış geçerliğini (aktarılabilirliğini), artırmak için araştırma süreci ve bu süreçte yapılanlar ayrıntılı bir şekilde açıklanmaya çalışılmıştır (Shenton, 2004). Bu bağlamda, araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama aracı, veri toplama süreci, verilerin çözümlenmesi ve analitik genelleme yöntemiyle alan yazında yapılmış konu ile ilgili araştırmalarla yapılan karşılaştırmalarla kurama genelleme yaparak yorumlanması ayrıntılı bir biçimde tanımlanmıştır. Örneklemi belirlemede amaçlı örneklem yöntemleri

içerisinde yer alan ölçüt örnekleme tekniği kullanılarak katılımcıların sahip olmaları gereken özellikler belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıya gönderilen transkriptin onayının alınması da dış geçerliğin arttırılmasına katkı sağlamıştır.

Araştırmanın iç güvenirliğini (tutarlılığını), artırmak için bulguların tamamı yorum yapılmadan doğrudan verilmiştir. Ayrıca görüşmede elde edilen veriler üzerinde araştırmacı ve nitel araştırma konusunda deneyimli ikinci bir araştırmacı ayrı ayrı kodlamalar yapmış ve kodlamalar karşılaştırılarak tutarlık oranı (Kappa değerleri) hesaplanmıştır. Böylelikle araştırmada değerlendiriciler arasında mükemmel bir uyum olup olmadığına ve kodlamanın güvenilir olduğuna karar verilmiştir. Kappa değeri %86,49 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın dış güvenirliğini (teyit edilebilirliğini), artırmak için araştırmacının tüm veri toplama araçlarını, ham verilerini, analiz aşamasında yaptığı kodlamaları ve rapora temel oluşturan algıları, notları, yazıları ve çıkarımları dışarıdan bir uzmanın incelemesine sunarak teyit incelemesi yaptırılmıştır (Cohen ve ark., 2007).

3.12. Nitel Verilerin Analizi

Veri seti farklı zamanlarda, aralıklı ve aralıksız olarak defalarca okunmuştur. Bu okumalarda, sınıflamaya yönelik çıkarsamalar oluşturulmuştur. Görüşme soruları birer şemsiye kategori olarak kullanılmış, bu sorulara verilen cevaplar alt kategorileri oluşturmuştur. Bu alt kategoriler verilerden oluşturulduğu için, görüşmelerde beliren tüm düşünce ve yorumların temsiliyeti sağlanabilmiştir. Bu kodlama sürecine ‘in-vivo’ kodlama denmektedir. Kodlama yöntemiyle bazen cümle, cümle bazen paragraf, paragraf kodlanarak yeni bir kategori çıkmayana kadar alt kategorilere ayrılmıştır. Kodlama temelli sistematik veri analizi, soyutlama düzeyi en düşük, verilere en yakın kategorilerdir (Kuş Saillard, 2010). Bu ilk düzey kategoriler yeniden düzenlenerek (yeniden adlandırma, ilgili olmayanları çıkarma vb) daha soyut bir kategorileştirme düzeyine geçilmiştir. Tümevarımsal olarak oluşturulan kodlar, yeniden düzenlenerek kategorilerin altına yerleştirilmiştir. Böylelikle doğrudan kategorilerin içerisine kodlama yapmak yerine, kategorilerin veriden hareketle oluşması sağlanmıştır. Çalışmada, kategorileştirme süreci in-vivo ile başlamış, ikinci aşamada kategoriler araştırma soruları bazında yeniden

düzenlenmiş, son olarak kategori listesi iyileşmeye ilişkin teorik kavramlar etrafında yeniden düzenlenmiştir. Veri analizi somuttan soyuta doğru ilerlemiştir.

3.13. Veriyi Örgütlenme

Tüm veri seti Nitel yazılımlarından biri olan MAXQDA 2020 Programı'na aktarılmıştır. MAXQDA 2020 Programı ile; görüşme dökümlerinin kodlama ve kategorileştirme işlemleri elle yapılan analize göre daha sistematik olarak yürütülmüştür. MAXQDA 2020 Programı ile çözümleme sürecinde belirlenen kod, alt kategori ve kategorilerin değiştirilebilmesi yöntemsel açıdan gerekli olan esnekliği desteklemiştir. Katılımcıların ifadeleri kolaylıkla görülebildiğinden raporlaştırma aşamasında çeşitlemeye gidilebilmiştir. Verileri okuyucunun anlayabileceği şekilde tanımlama, açıklama ve sunma kolaylaşmıştır.

3.14. Nitel Bulguların Yorumlanması ve Raporlaştırılması

Raporlaştırmada, kategoriler açıklanmış, betimlemeler yapılmış ve bulgular açıklanarak yorumlanmıştır. Bulguların örgütlenmesinde ilişkiler açıklanarak, neden-sonuç ilişkisi kurularak, bulgulardan sonuçlar çıkartılarak, bütüncül bir anlam oluşması sağlanmıştır. Ulaşılan sonuçlar alan yazında benzer çalışmalarda elde edilen sonuçlarla da karşılaştırılmıştır. Raporlama aşamasında kayıtlar araştırmacı tarafından yeniden okunmuş ve raporda hangi alıntılarının yer almasının uygun olabileceğine karar verilmiştir. Programın sunduğu 'model' oluşturma işlevi sayesinde, kategoriler arasındaki ilişkilerin görselleştirilmesi sağlanmıştır. Sunulan modellerde, ortak görüşler ve bireysel görüşler aktarılmıştır. Bunun nedeni, nitel analizde indirgemeci bir yaklaşımın benimsenmemesidir. Bir kategori, bir kişinin ifadesinden oluşabilir. Dolayısıyla, modellerde kullanılan kategoriler bazen tek bir katılımcının ifadesine dayanabilmektedir. Katılımcı ifadeleri metin içerisinde alıntılanırken ifadelerin sonuna katılımcıya ait rumuz ismi verilmiştir.

3.15. Sınırlılıklar

-Araştırma 2019-2020 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı "Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi,

Atatürk Devlet Hastanesi psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile yapılan görüşmelerden elde edilen görüşme kayıtlarıyla sınırlı kalmıştır.

3.16. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izni alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın adı, amacı, süresi ve şekli hakkında açıklama yapılarak bilgilendirilmiştir. Katılımcılara araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirileceği belirtilmiştir. Araştırmada hiçbir surette isimlerinin geçmeyeceği ve kendilerine takma bir isim atanacağını söylenmiştir. Bu sayede araştırmanın gizliliği ve güvenliği konusunda katılımcılara güven verilmiştir. Araştırmanın kaydedilmesindeki iki neden açıklanacak: birincisi görüşmeden elde edilecek verilerin daha iyi analiz edilebilmesi ve ikincisi zaman kazanmak. Katılımcıların görüşmenin kaydedilmesi konusunda hem fikir olmaları ve araştırmaya gönüllü olarak katılacaklarını beyan etmelerinin ardından onlardan araştırmaya katılım için aydınlatılmış onam (EK-3) formunu okuyup imzalamalarını istenmiştir.

4. BULGULAR

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşlerini fenomenolojik yöntemle inceleyen bu çalışmaya 15 hemşire katılmıştır. Araştırmanın katılımcıları gizliliği korumak adına H1’den H15’e kadar numaralandırılmıştır.

4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Araştırmaya psikiyatri kliniklerinde çalışan toplamda 15 hemşire katılmıştır. Hemşirelerin biri erkek, 14’ü kadındır. Hemşirelerin yaşları 32 ile 59 arasında değişmekte ve ikisi bekar, 13’ü evlidir. Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde 3’ünün ön lisans, 11’inin lisans ve 1’inin yüksek lisans mezunu olup, dokuzu bir-10 yıl, 6’sı 10 yıl ve üzeri deneyime sahiptir. Hemşirelerin 11’i ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar konusunda eğitim aldığını belirtirken dördü herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir. Eğitim alan hemşirelerin eğitimleri nerelerden aldıkları incelendiğinde 10’u üniversiteden, ikisi kongre ve seminerlerden ve biri Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nden aldığını belirtmiştir. Eğitimlerin içeriklerinin güvenli bağlanma, psikiyatriye ilaç kullanımı ve yan etkiler, hemşirelik ve psikiyatri hemşireliği, ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar, sanat terapisi, dans hareket terapisi olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Hemşirelerin Demografik Özellikleri

	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Çalışma Süresi	Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalıklar	Eğitimler Nereden Alındı	Eğitimlerin İçeriği
H1	Kadın	46	Bekar	Lisans	10 Yıl ve Üzeri	Evet	Üniversite ve Psikiyatri Kongresi	Güvenli Bağlanma, Psikiyatriye İlaç Kullanımı ve Yan Etkiler
H2	kadın	49	evli	Ön lisans	10 Yıl ve üzeri	Evet	Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi	Psikiyatri Hemşireliği

Tablo 4.1.1: Hemşirelerin demografik özellikleri devamı- 1

H3	Erkek	47	Evli	Lisans	10 Yıl ve Üzeri	Hayır		
H4	Kadın	39	Evli	Lisans	1-10 Yıl	Evet	Üniversite	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
H5	Kadın	52	Evli	Ön Lisans	10 Yıl ve Üzeri	Evet	Üniversite, Kongre ve Seminerler	Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalıklar
H6	Kadın	41	Evli	Lisans	1-10 Yıl	Evet	Üniversite, Hizmet İçi Eğitimler	Hemşirelik
H7	Kadın	45	Bekar	Lisans	1-10 Yıl	Evet	Üniversite	Hemşirelik
H8	Kadın	59	Evli	Ön Lisans	10 Yıl ve Üzeri	Hayır		
H9	Kadın	33	Evli	Lisans	1-10 Yıl	Evet	Üniversite	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
H10	Kadın	50	Evli	Lisans	1-10 Yıl	Hayır		
H11	Kadın	38	Evli	Lisans	1,5	Evet	Üniversite	Psikiyatri Hemşireliği
H12	Kadın	44	Evli	Lisans	1-10 Yıl	Hayır		
H13	Kadın	32	Evli	Yüksek Lisans	1-10 Yıl	Evet	Üniversite	Yüksek Lisans Eğitimi,
H14	Kadın	33	Evli	Lisans	1-10 Yıl	Evet	Üniversite	Sanat Terapisi
H15	Kadın	36	Evli	Lisans	10 Yıl ve Üzeri	Evet	Üniversite	Psikiyatri Hemşireliği

Araştırmada altı ana tema ortaya çıkmıştır. Bunlar;

1. Ruh sağlığı okuryazarlığının anlamına ilişkin görüşler,
2. Ruhsal hastalıklar,
3. Ruhsal hastalıklara neden olan faktörler,
4. Ruhsal hastalıkların belirtileri, bakım ve tedavisi,
5. Ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemleri
6. Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik hemşirelerin duygu ve düşünceleridir.

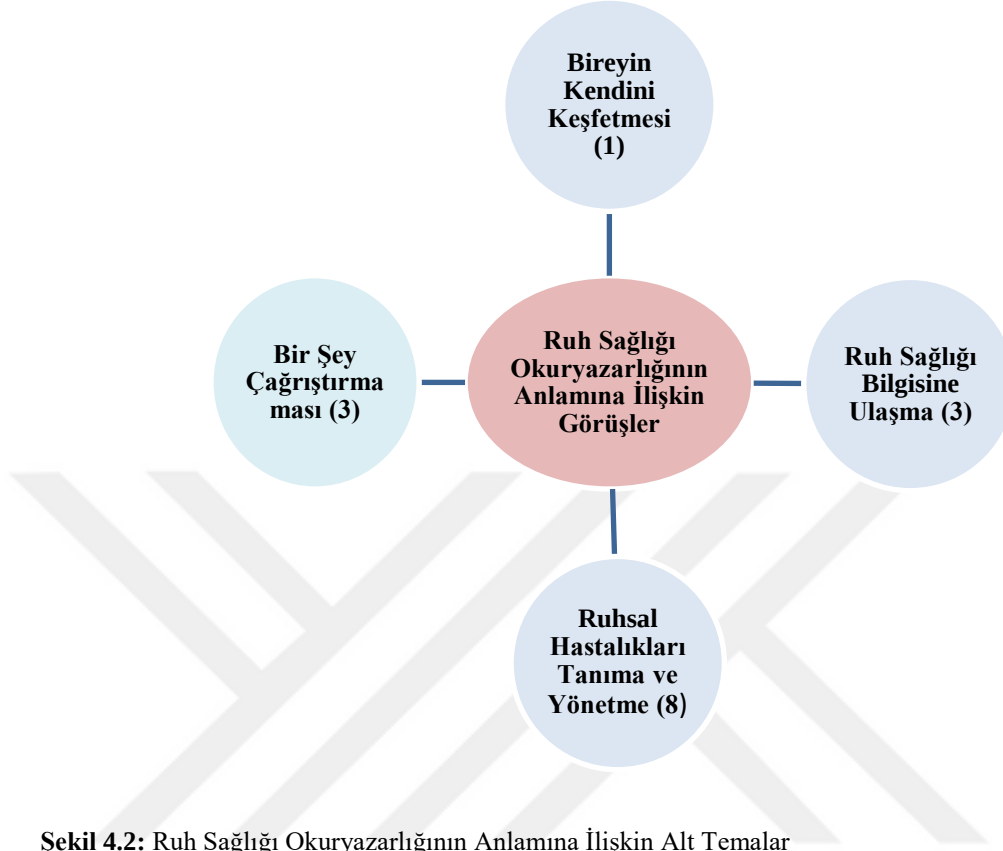
4.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Görüşler

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığının anlamına ilişkin görüşlerine ait bulgular Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Ait Tema, Alt Tema ve Kodlar

Kodlanan İfadeler	Alt tema	Ana Tema
- Ruh sağlığını, ruhsal hastalıkları bilmek diye düşünüyorum. - Hastanın hastalığından dolayı yaptığını anlayabilmek ona göre davranmak, kişiyi rahatlatabilmek, kişiyi rencide etmemek olabilir. Ben bakım verirken bunlara dikkat ediyorum.	Ruhsal hastalıkları tanıma ve yönetme	Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Görüşler
- Hiçbir şey çağrıştırmadı. O konuda bir şey diyemeyeceğim. - Hiç duymadım, okullarda öğretilen bir şey olabilir. Aklıma bir şey gelmiyor.	Bir şey çağrıştırmama	
- Ruhsal sağlık ve hastalıklar konusunda internet, kitap ve diğer uzmanlar gibi çeşitli kaynaklardan bilgi edinmek ve bilgileri güncellemek. - Herhalde ruh sağlığı ile ilgili, psikoloji ile ilgili gelişmeleri takip etmek, kaynakları okumak veya sosyal medya olsun, internet olsun, güncelleşmek, bilgi almak, takip etmek o şekilde düşünüyorum. - Tanımlı hastaların eğitim alabileceği bir yer. Mesela gündüz hastanesi. Ben kendimi eğitmen olarak görüyorum.	Ruhsal sağlık bilgisine ulaşma	
- Bireyin kendi ruhu ve bedeniyle ilgili neler yapabileceğini keşfetmesi, öğrenmesi ve geliştirmesi. - Tamamen kendimi okuryazar olarak görmesem de. Kendimi bu konuda geliştirmeye çalışıyorum.	Bireyin kendini keşfetmesi	

Araştırma kapsamında hemşirelere ruh sağlığı okuryazarlığının ne olduğu sorulmuştur. Elde edilen ifadeler ruh sağlığı okuryazarlığının anlamına ilişkin görüşler teması içerisinde beş alt tema ile tanımlanmıştır. Bunlar; ruhsal hastalıkları tanıma ve yönetme, bir şey çağrıştırmama, ruh sağlığı bilgisine ulaşma ve bireyin kendini keşfetmesidir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Alt Temalar

4.2.1. Alt Tema: Ruhsal Hastalıkları Tanıma ve Yönetme

Araştırmaya katılan hemşirelerden sekizi ruh sağlığı okuryazarlığını ruhsal hastalıkları tanıma ve yönetme olarak tanımlamışlardır. Hemşireler ruh sağlığı okuryazarlığını ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma, onları tanıma ve hastalığa göre bakım verme şeklinde belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

“Ruh sağlığını, ruhsal hastalıkları bilmek diye düşünüyorum.” (H2)

“Hastanın hastalığından dolayı yaptığını anlayabilmek ona göre davranmak, kişiyi rahatlatabilmek, kişiyi rencide etmemek olabilir. Ben bakım verirken bunlara dikkat ediyorum.” (H4)

“Ruhsal bozuklar hakkında bilgi sahibi olmak, tanıyabilmek diyebilirim. Kendimi iyi bir nokta da görüyorum.” (H13)

4.2.2. Alt Tema: Hiçbirşey Çağrıştırmama

Araştırmaya katılan hemşirelerden üçü ruh sağlığı okuryazarlığının kendilerine bir şey çağrıştırmadığını belirttikleri görülmektedir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

“Hiçbir şey çağrıştırmadı. O konuda bir şey diyemeyeceğim.” (H7)

“Hiç duymadım, okullarda öğretilen bir şey olabilir. Aklıma bir şey gelmiyor.” (H8)

4.2.3. Alt Tema: Ruhsal Sağlığı Bilgisine Ulaşma

Araştırmaya katılan hemşirelerden ikisi ruh sağlığı okuryazarlığının ruhsal sağlık bilgisine ulaşma anlamına geldiğini belirtmişlerdir. Ruhsal sağlık ve hastalıklar konusunda internet, kitap ve diğer uzmanlar gibi çeşitli kaynaklardan bilgi edinmek ve bilgileri güncellemek olduğunu ifade etmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

“Herhalde ruh sağlığı ile ilgili, psikoloji ile ilgili gelişmeleri takip etmek, kaynakları okumak veya sosyal medya olsun, internet olsun, güncelleşmek, bilgi almak, takip etmek o şekilde düşünüyorum. Bu konuda buraya başladığımdan beri, bundan önce hani başlamadan önceki durumum farklıydı. Daha sonra içimde bir merak uyandı. Araştırmaya başladım ben de. İşte bu hastalık geçiyor mu, nasıl ilerliyor, toplumdaki yeri ne, görüşler ne, nasıl ortaya çıkmış, başka ilaç tedavileri olabiliyor mu, farklı tedavi yöntemleri de olabiliyor mu diye. Ben de işte internetten okudum hatta burada doktorlarımızdan üç yeni başlayan arkadaş eğitim verdiler işte bize hastalıkları anlattılar. Orada kendimizi güncelledik çünkü okuldaki eğitim süresi geçti artık 13 yıl geçti. Gerek internet olsun gerek doktorlarımızdan bilgi olsun veya bazı burada kitaplar oluyor. Bir kitabım vardı benim de ruh sağlığı ile ilgili İ... hoca önermişti onu da okudum hatta Ankara Üniversitesi’nden bir hoca yazmış. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği ile ilgiliydi, o da yine bu alanla ilgili olduğu için.” (H9)

“Merak ettiğim değişik tanı gördüğüm zaman araştırıyorum, doktorlardan destek alıyorum. Bu olabilir. Ben bunları yapıyorum.” (H10)

Araştırmaya katılan hemşirelerden biri ise ruh sağlığı okuryazarlığını gündüz hastanesi olarak tanımlamıştır.

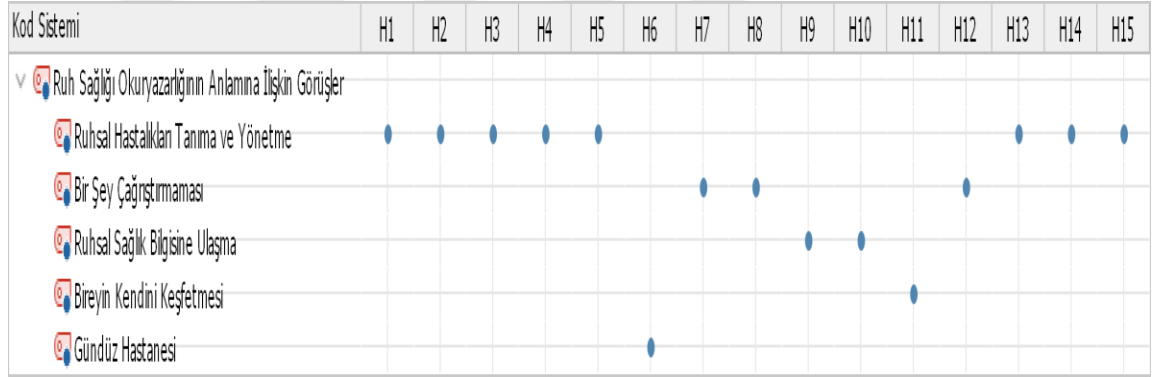
“Tanılı hastaların eğitim alabileceği bir yer. Mesela gündüz hastanesi. Ben kendimi eğitmen olarak görüyorum.” (H6)

4.2.4. Alt Tema: Bireyin Kendini Keşfetmesi

Araştırmaya katılan hemşirelerden biri ruh sağlığı okuryazarlığının bireyin kendini keşfetmesi şeklinde tanımlamıştır.

“Bireyin kendi ruhu ve bedeniyle ilgili neler yapabileceğini keşfetmesi, öğrenmesi ve geliştirmesi. Tamamen kendimi okuryazar olarak görmesem de. Kendimi bu konuda geliştirmeye çalışıyorum.” (H11)

Şekil 4.2.1: Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Görüşler Temasının Hemşirelere Göre İncelenmesi



Şekil 4.2.1 incelendiğinde hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşlerinin, ruhsal hastalıkları tanıma ve yönetme tanımı üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu konuda H1, H2, H3, H4, H5, H13, H14 ve H15 kodlu hemşireler görüş bildirmişlerdir. Bir şey çağrıştırmaması ile ilgili H7, H8 ve H12, ruhsal sağlık bilgisine ulaşma ile ilgili H9 ve H10, bireyin kendini keşfetmesi ile ilgili H11 ve gündüz hastanesi ile ilgili H6 kodlu hemşireler görüş bildirmişlerdir (Şekil 4.2.1).

4.3. Ruhsal Hastalıklar

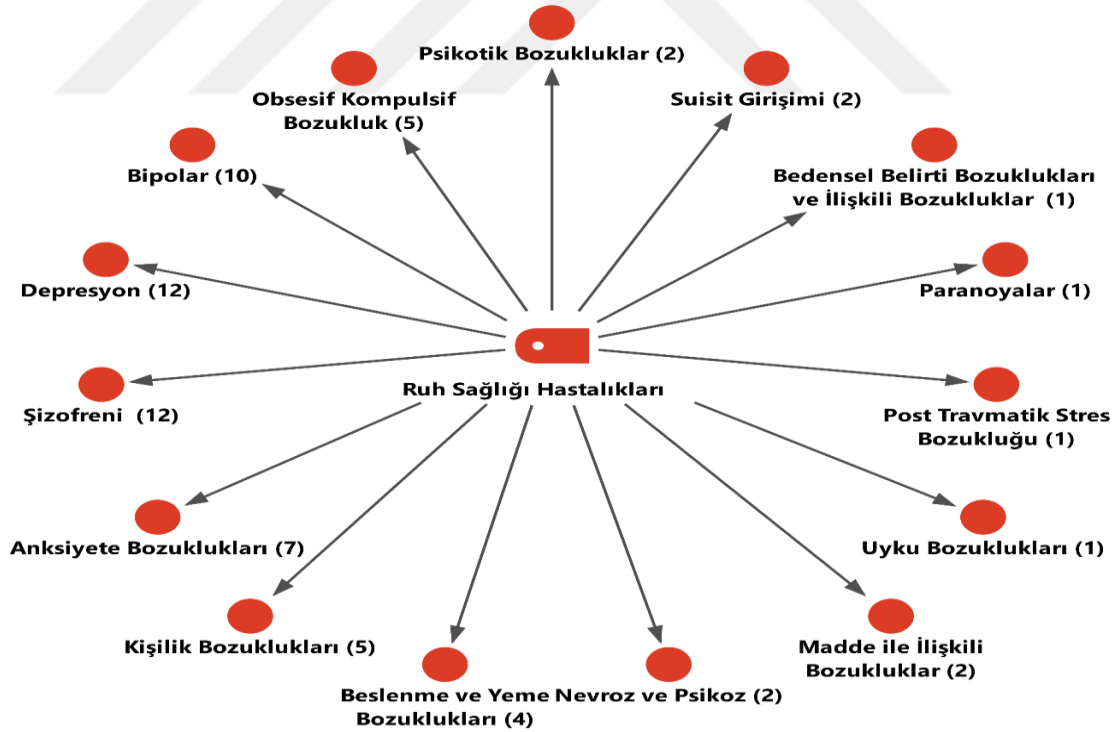
Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara ilişkin görüşlerine ait bulgular DSM-5' e göre tablo 4.3'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Ruhsal Hastalıklara İlişkin Ait Tema, Alt Tema Ve Kodlar

Kodlanan ifadeler	Alt Tema	Ana Tema
• Şizofreni, depresyon, bipolar, bunlar aklıma geliyor. • Şizofreni, bipolar, depresyon, obsesif kompulsif bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi şeyler • Psikoz ve nevrozlar geliyor. • Paronayalar genelde şüphe geliyor., • Psikotik bozukluklar	Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar	Ruhsal Hastalıklar
• Depresyonla başlayalım, anksiyete, psikoz, bipolar, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, suisit girişimleri geliyor, madde de geliyor. • Depresyon, bipolar duygu durum bozukluğu, şizofreni, somatoform bozukluklar, yeme bozukluğu, kişilik bozuklukları diyebilirim.	Depresyon Bozuklukları	
• Bipolar, şizofren, anksiyete bozukluğu, kaygı bozukluğu, anoreksiya, blumiya, çoklu kişilik bozukluğu, post travmatik bozukluk, stres bozukluğu • Bipolar, depresyon, obsesif kompulsif bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi şeyler • Bipolar hastalarda görülen uyku bozukluğu	İkiüçlü (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar	
• Anksiyete bozukluğu, kaygı bozukluğu, anoreksiya, blumiya, çoklu kişilik bozukluğu, post travmatik bozukluk, stres bozukluğu • Anksiyete bozukluğu gibi şeyler • Post travmatik stres bozukluğu anksiyetenin çeşididir.	Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	
• OKB, depresyon, bipolar, şizofren, anksiyete bozukluğu, kaygı bozukluğu, anoreksiya, blumiya, çoklu kişilik bozukluğu, post travmatik bozukluk, stres bozukluğu • Obsesif kompulsif bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi şeyler	Takıntı- Zorlantı (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar	
• Kişilik bozuklukları diyebilirim • Çoklu kişilik bozukluğu, post travmatik bozukluk, stres bozukluğu	Kişilik bozuklukları	
• Yeme bozukluğu, kişilik bozuklukları diyebilirim	Beslenme ve Yeme Bozuklukları	

Anoreksiya, blumiya diyebilirim		
Madde de geliyor	Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları	
Somatoform bozukluklar, yeme bozukluğu, kişilik bozuklukları diyebilirim.	Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar	

Araştırmada hemşirelerin ruhsal hastalıklar denilince akıllarına gelen hastalıklar incelenmiştir. Elde edilen ifadeler doğrultusunda ruhsal hastalıkları teması kendi içerisinde DSM-5'e göre 9 farklı alt tema ile tanımlanmıştır. Bunlar; şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozukluklar, depresyon bozuklukları, ikiyeçli (bipolar) ilişkili bozukluklar, kaygı (anksiyete) bozuklukları, takıntı- zorlantı (obsesif- kompulsif bozukluk) ve ilişkili bozukluklar, kişilik bozuklukları, beslenme ve yeme bozuklukları, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları, bedensel belirti bozukluklarıdır (Şekil 4.3).



Şekil 4.3: Ruhsal Hastalıklara İlişkin Temalar

4.3.1. Alt Tema: Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikoza Giden Diğer Bozukluklar

Araştırmaya katılan hemşirelerden 12'si ruhsal hastalık olarak şizofreniyi belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

Şizofreni, bipolar, depresyon, obsesif kompulsif bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi şeyler.” (H6)

Depresyon, bipolar, şizofren bunlar aklıma geliyor.” (H2)

“Depresyon, bipolar duygu durum bozukluğu, şizofreni, somatoform bozukluklar, yeme bozukluğu, kişilik bozuklukları diyebilirim.” (H13)

“OKB, depresyon, bipolar, şizofren, anksiyete bozukluğu, kaygı bozukluğu, anoreksiya, blumiya, çoklu kişilik bozukluğu, post travmatik bozukluk, stres bozukluğu.” (H15)

Araştırmaya katılan hemşirelerden ikisi ruhsal hastalık olarak psikotik bozukluklar belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

“ Şizofreni en başta, psikotik bozukluklar, paranoyalar bunların hepsinde hastanın gerçeği değerlendirme yetisi kaybolur”

Araştırmaya katılan hemşirelerden biri ruhsal hastalığı nevroz ve psikoz olarak tanımlamıştır.

“Psikozlar ve nevrozlar geliyor”

Araştırmaya katılan hemşirelerden birisi paranoyayı ruhsal hastalık olarak belirtmişlerdir.

“ Paranoya da genelde şüpheler”

4.3.2. Alt Tema: Depresyon Bozuklukları

Araştırmaya katılan hemşirelerden 12'si ruhsal hastalık olarak depresyonu belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir

“Depresyon, bipolar, şizofren bunlar aklıma geliyor.” (H2)

“Depresyon, psikotik bozukluklar, OKB, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve benzeri.” (H5)

“Depresyonla başlayalım, anksiyete, psikoz, bipolar, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, suisit girişimleri geliyor, madde de geliyor.” (H12)

“Depresyon, bipolar duygu durum bozukluğu, şizofreni, somatoform bozukluklar, yeme bozukluğu, kişilik bozuklukları diyebilirim.” (H13)

Araştırmaya katılan hemşirelerden ikisi suisid girişimini ruhsal hastalık olarak belirtmişlerdir.

“Suisid girişimleri geliyor”

“suisid girişimi”

4.3.3. Alt Tema: İkiUçlu (Bipolar) İlişkili Bozukluklar

Araştırmaya katılan hemşirelerden 10’u ruhsal hastalık olarak bipolar bozukluğu belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir

Depresyon, bipolar, şizofren bunlar aklıma geliyor.” (H2)

Şizofreni, bipolar, depresyon, obsesif kompulsif bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi şeyler.” (H6)

4.3.4. Alt Tema: Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları

Araştırmaya katılan hemşirelerden altısı ruhsal hastalık olarak anksiyete bozukluğunu belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir

“Anksiyete bozukluğu gibi şeyler”

“Anksiyete bozukluğu, kaygı bozukluğu, anoreksiya, blumiya, çoklu kişilik bozukluğu, post travmatik bozukluk, stres bozukluğu”

Araştırmaya katılan hemşirelerden biri post travmatik stres bozukluğunu ruhsal hastalık olarak belirtmiştir.

“post travmatik stres bozukluğu”

4.3.5. Alt Tema: Takıntı- Zorlantı (Obsesif- Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar

Araştırmaya katılan hemşirelerden dördü ruhsal hastalık olarak obsesif kompulsif bozukluğu belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

“OKB, depresyon, bipolar, şizofren, anksiyete bozukluğu, kaygı bozukluğu, anoreksiya, blumiya, çoklu kişilik bozukluğu, post travmatik bozukluk, stres bozukluğu”
“Obsesif kompulsif bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi şeyler”

4.3.6. Alt Tema: Kişilik Bozuklukları

Araştırmaya katılan hemşirelerden dördü ruhsal hastalık olarak kişilik bozukluklarını belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

“Çoklu kişilik bozukluğu, post travmatik bozukluk, stres bozukluğu”
“Kişilik bozuklukları diyebilirim”

4.3.7. Alt Tema: Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Araştırmaya katılan hemşirelerden ikisi ruhsal hastalık olarak yeme bozukluklarını belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

“Anoreksiya, blumiya, çoklu kişilik bozukluğu, post travmatik bozukluk, stres bozukluğu”
“Yeme bozukluğu, kişilik bozuklukları diyebilirim”

4.3.8. Alt Tema: Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları

Araştırmaya katılan hemşirelerden ikisi madde ile ilişkili bozuklukları ruhsal hastalık olarak belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

“ madde ve alkol bağımlılığı olabilir”

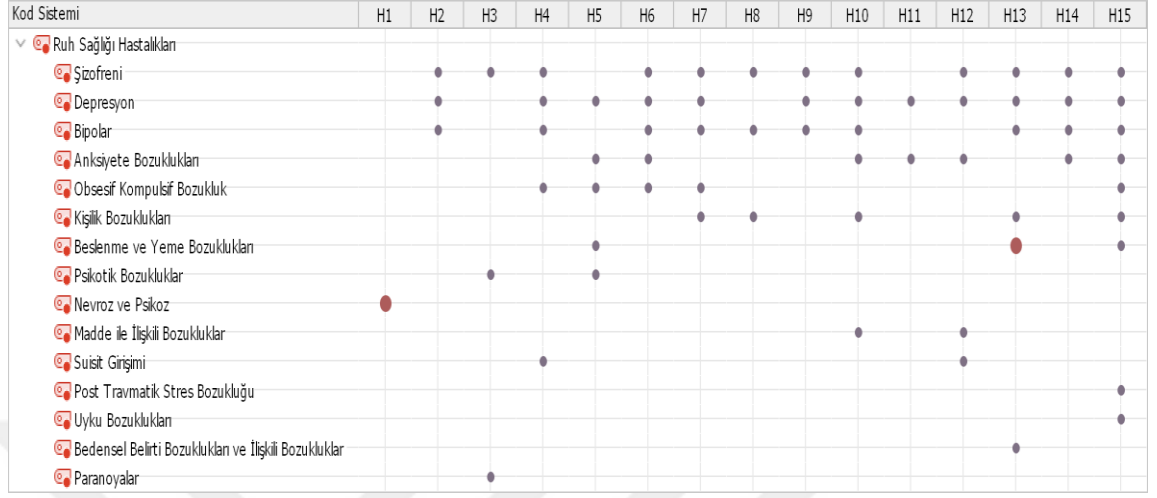
“madde de geliyor”

4.3.9. Alt Tema: Bedensel Belirti Bozuklukları

Araştırmaya katılan hemşirelerden birisi bedensel belirti bozukluklarını ruhsal hastalık olarak belirtmişlerdir.

“somatoform bozukluklar”

Şekil 4.3.1: Ruh Sağlığı Hastalıkları Temasının Hemşirelere Göre İncelenmesi



Şekil 4.3.1 incelendiğinde; hemşire görüşlerinin şizofreni, depresyon ve bipolar hastalıkları üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Şizofreni ile ilgili H2, H3, H4, H6, H7, H8, H9, H10, H12, H13, H14 ve H15; depresyon ile ilgili H2, H4, H5, H6, H7, H9, H10, H11, H12, H13, H14 ve H15; bipolar ile ilgili H2, H4, H6, H7, H8, H9, H10, H13, H14 ve H15 kodlu hemşireler görüş bildirmişlerdir (Şekil 4.3.1).

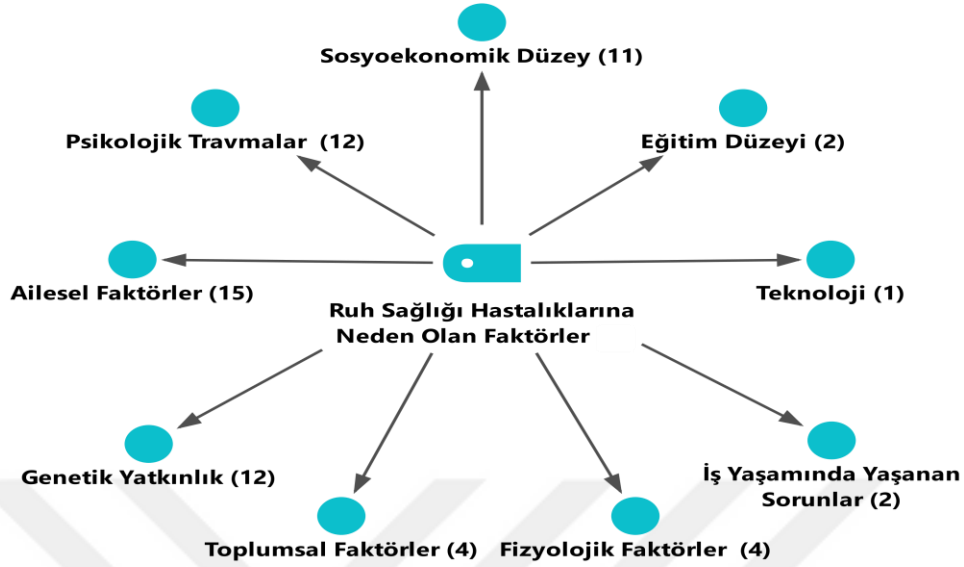
4.4. Ana Tema: Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Faktörler

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara neden olan faktörlere ilişkin görüşlerine ait bulgular Tablo 4.4'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4: Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Faktörlere İlişkin Ait Tema, Alt Tema ve Kodlar

Kodlanan İfadeler	Alt tema	Ana Tema
- Aile içi şiddet gibi evlilik problemlerinden - Anne babanın iletişimi, anne, babadan görülen şiddet, anne, babanın boşanmış olması, aile desteğinin olmaması	Ailesel faktörler	Ruh sağlığı hastalıklarına neden olan faktörler
- Ölüm, kayıp travma yaşanması - Çocukluktan gelen travma olabilir	Psikolojik travmalar	
Genetik faktörler tabii ki, yapılan araştırmalarda var	Genetik Faktörler	
- Günümüz şartlarında çok zor. Yaşam şartları çok zor. Ekonomi kötü olduğu için. Ruh sağlığını korumak çok zor - Maddi olanakları hani işinin olmaması	Sosyoekonomik düzey	
- Toplumda gerçekleşen siyasi, ekonomik, sosyal karmaşalar - Çevresi hani duyarsız, kaba insan tiplerinin olduğu, şiddete meyilli insan tiplerinin oluşturduğu bir yerde yaşıyor olabilir	Toplumsal faktörler	
- Organik dediğimiz durumlar, beyin ameliyatı sonrası, kansere yakalanma bu tür şeyler - Beynin nörobiyolojisi	Fizyolojik faktörler	
- Çalışma ortamında yaşadığı sıkıntılar	İş yaşamında yaşanan sorunlar	
Eğitim durumlarının düşük olması, ve hasta yakınlarının eğitim düzeyinin çok düşük olması.	Eğitim düzeyi	
Son dönemde sosyoekonomik nedenlerle ortaya çıkan ya da teknolojinin gelişmesiyle ortaya çıkan ve baş edilemeyen sorunlar aklıma geliyor	Teknoloji	

Araştırma kapsamında hemşirelere göre ruh sağlığı hastalıklarına neden olan faktörlerin neler olduğu irdelenmiştir. Ruh sağlığı hastalıklarına neden olan faktörler teması dokuz alt tema ile tanımlanmıştır. Bunlar; ailesel faktörler, psikolojik travmalar, genetik faktörler, sosyoekonomik düzey, toplumsal faktörler, fizyolojik faktörler, iş yaşamında yaşanan sorunlar, eğitim düzeyi ve teknolojidir (Tablo 4.3).



Şekil 4.4: Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Faktörlere İlişkin Temalar

4.4.1. Alt Tema: Ailesel Faktörler

Hemşireler ruhsal hastalıklara neden olan faktörlerde çoğunlukla ailesel faktörler ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Hemşireler ruhsal hastalıkların nedeni olarak aile içi şiddet gibi evlilik problemlerini ifade etmişlerdir. Buna ek olarak, bireylerin yetiştikleri ailenin parçalanmış olması, ebeveyn desteğinin olmaması, ebeveynler tarafından ihmal ve istismara uğrama gibi durumların da ruhsal hastalıklara neden olduğunu belirtmişlerdir. Aşağıda hemşirelerin konuyla ilgili bazı ifadelerine yer verilmiştir.

“Evliliklerde yaşanan şiddetler bunlar kadınlar için geçerli tabi erkekler fazla bir şiddete maruz kalmıyorlar.” (H2)

“Ailesel mesela yetiştiği ailenin davranış, yaklaşım biçimlerinden dolayı, belki şiddet görüyor, fiziksel veya sözel şiddet görüyor olabilir. Duyarsız bir ailede büyümüş olabilir.” (H9)

“Anne babanın iletişimi, anne, babadan görülen şiddet, anne, babanın boşanmış olması, aile desteğinin olmaması.” (H10)

4.4.2. Alt Tema: Psikolojik Travmalar

Hemşireler ruhsal hastalıklara neden olan faktörler olarak psikolojik travmalar ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Bir yakının ölümü, çocukluk travmaları gibi durumların da ruhsal

hastalıklara neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ölüm, kayıp travma yaşanması.” (H2)

“Hastanın, çocuklukta veya ergenlikte karşılaştığı bazı sorunlar. Bu sorunlar, birebir ruh sağlığı yapar diye bir şey düşünmüyorum fakat bazı travmalardan sonra, zemininde yatan bir ruhsal sorunun açığa çıkmasını sağlayabiliyor.” (H3)

“Yaşamında travmatik olaylar çok önemli faktör. Stresel faktörler tetikleyip ortaya çıkarabiliyor.” (H5)

“Çocukluktan gelen travma olabilir.” (H14)

4.4.3. Alt Tema: Genetik Faktörler

Hemşireler ruhsal hastalıklara neden olan faktörler olarak genetik faktörleri de vurgulamışlardır. Hemşireler ruhsal hastalıkların genetik yatkınlıktan ve kişilikten kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Genetik faktörler tabii ki, yapılan araştırmalarda var.” (H5)

4.4.4. Alt Tema: Sosyoekonomik Düzey

Hemşireler ruhsal hastalıklara neden olan faktörler olarak sosyoekonomik düzey ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Hemşireler ekonomik sıkıntıların ruhsal hastalıklara neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Günümüz şartlarında çok zor. Yaşam şartları çok zor. Ekonomi kötü olduğu için. Ruh sağlığını korumak çok zor.” (H6)

“Maddi olanakları hani işinin olmaması.” (H15)

4.4.5. Alt Tema: Toplumsal Faktörler

Hemşireler toplumsal faktörlerin de ruhsal hastalıklara neden olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşireler yaşanan toplumsal çevredeki siyasi, ekonomik ve sosyal karmaşa ve baskıların ruhsal hastalıklara neden olduğunu belirtmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Çevresel etmenler, yaşadığı yerle ilgili olabilir. Çevresi hani duyarsız, kaba insan tiplerinin olduğu, şiddete meyilli insan tiplerinin oluşturduğu bir yerde yaşıyor olabilir.” (H9)

“Toplumda gerçekleşen siyasi, ekonomik, sosyal karmaşalar. Böyle olayların artması hani toplumdaki şeyleri, daha hassas yapıda olması belki daha duyarlı olması, böyle şeylerden daha kolay etkilenmesi, çabuk kendini suçlaması.” (H15)

4.4.6. Alt Tema: Fizyolojik Faktörler

Hemşireler, fizyolojik faktörlerin de ruhsal hastalıklara neden olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşireler ruhsal hastalıkların beyindeki organik bir hasardan kaynaklanabileceğini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Organik dediğimiz durumlar, beyin ameliyatı sonrası, kansere yakalanma bu tür şeyler.” (H2)

“Beynin nörobiyolojisi.” (H13)

4.4.7. Alt Temalar: İş Yaşamında Yaşanan Sorunlar

Hemşireler, tarafından ruhsal hastalıkların nedenlerinde ifade edilen diğer konular ise iş yaşamında yaşanan sorunlardır. Hemşireler iş yaşamında yaşanan sıkıntıların, ruhsal hastalıklar ile ilişki olduğunu ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin bu konulara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Çalışma ortamında yaşadığı sıkıntılar.” (H4)

“Çalışma ortamında ki sıkıntılari, anlaşmazlıklar.” (H14)

4.4.8. Alt Tema: Eğitim Düzeyi

Hemşirelerden ikisi ruhsal hastalıkların nedenlerini eğitim düzeyi olarak belirtmişlerdir.

“Düşük eğitim düzeyine sahip olması.” (H9)

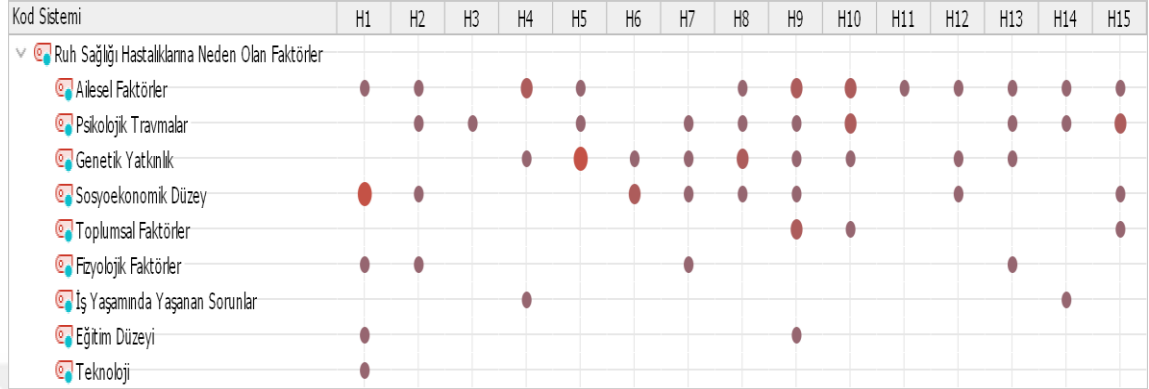
“Eğitim düzeyinin yetersiz olması.” (H1)

4.4.9. Alt Tema: Teknoloji

Hemşirelerden biri ruhsal hastalıkların nedeni olarak teknolojiyi ifade etmişlerdir.

“Teknolojinin gelişmesiyle ortaya çıkan ve baş edilemeyen sorunlar aklıma geliyor.” (H1)

Şekil 4.4.1: Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Faktörler Temasının Hemşirelere Göre İncelenmesi



Şekil 4.4.1 incelendiğinde, hemşirelerin, görüşlerinin ailesel faktörler, psikolojik travmalar, genetik faktörler ve sosyoekonomik düzey konularına yoğunlaştığı görülmektedir. Ailesel faktörler ile ilgili H1, H2, H4, H5, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14 ve H15; psikolojik travmalar ile ilgili H2, H3, H5, H7, H8, H9, H10, H13, H14 ve H15; genetik yatkınlık ile ilgili H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H12 ve H13; sosyoekonomik düzey ile ilgili H1, H2, H6, H7, H8, H9, H12 ve H15 kodlu hemşireler görüş bildirmişlerdir (Şekil 4.4.1).

4.5. Ruhsal Hastalıkların Belirtileri, Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıkların belirtileri, bakım ve tedavisine ilişkin görüşlerine ait bulgular Tablo 4.4'de gösterilmiştir.

Tablo 4.5: Ruhsal Hastalıkların Belirtileri, Bakım Ve Tedavisine İlişkin Görüşlerine İlişkin Ait Tema, Alt Tema ve Kodlar

Kodlanan İfadeler	Alt tema	Ana Tema
Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar		Ruhsal hastalıkların belirtileri, bakım ve tedavisi
• Şizofreni hastalığı algıda bozulma, etrafına oryante olamama, işte şizofreni hastalarında bir takım sanrılar oluyor, halüsinasyonlar oluyor, gerçeği değerlendirememesi gibi sıkıntıları oluyor • Kendi kendine konuşmaları, gülmeleri veya hikaye anlatmaları, hiç olmayan bir hikayeyi anlatmayı veya o hikayedeki kişi ile kavga etmeleri. Hasta duvarla kavga ediyor, normalde bizim gördüğümüz bir şey yok • İç görüşünü kaybetmiş • Nevrozda hastalar hastalıklarının farkında olabilirler ama baş etmede zorlandıklarını, bu durumla baş edemeyen, iç görüşü olan ve olamayan olarak düşünülebilir. • Psikotik bozukluklarda gerçeği değerlendirme yetisi tamamen bozulmuştur • Paranoya da genelde şüpheler, hastanın kendisine karşı komplo kurulduğunu düşünmesi, kendisini başkaları tarafından zarar verilebileceği kaygısı olarak tanımlayabilirim • Şizofreni tipine göre değişebilir, halüsinasyonlara bağlı kaygıları da olabilir, sesler işittiği için anksiyete yaşayabilir. Ya da huzursuzlukları olabilir içe kapanabilir. Kişiye göre değişebilir. Grandiyözitesi olabilir kendini Allah ya da peygamber gibi hissedebilir	Gerçeği Değerlendirme Yetisinde Bozulma	
• Sosyal alanda fonksiyonlarını kaybediyor. Merhaba bile diyemiyorlar. Kendi bakımlarını, gündelik ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalıyorlar. Konuşma fonksiyonlarında bozulmalar gözlemlenebiliyor • Bazen hiç iletişim kuramıyor, iç dünyasında yaşamak istiyorlar. Bazıları hiç yemek yemiyor	İşlevsel bozukluklar	
• Bazıları saldırgan olabiliyor, psikopat gibi • Kulağına sesler, görüntüler gelirse gözünün önüne bunların yönlendirmesi doğrultusunda kendisine de zarar verebiliyor başkalarına da zarar verebiliyor • Psikoz hastalığıyla ilgili farkındalığı olmayan, eksitasyonu, ajitasyonu olan • Nevrozda hastaların aşırı davranışları olabiliyor. • Psikotik bozukluklar çevresine zarar verebilir	Saldırganlık ve kendine zarar verme	
• Dini olarak da boşlukta oldukları için çoğu zaten dini konulara biraz daha eğiliyorlar, daha derin düşüncelere dalıyorlar • Genç yaşta ortaya çıkıyor	Septomların farklılaşması	
• Ailesel rol ve işlevlerde bozulmalar oluyor. • İletişime geçmiyorlar. • Konuşmuyorlar.	İlişki kurma ve iletişimde bozulma	

Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozuklukların Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	
• Tabii ilaç tedavisine başlanması ve kontrolü de önemli. Takip edildiklerini düşündükleri zaman antipsikotikler etki edebiliyor • Medikal tedavi dışında hemşirelik bakımı olarak hastanın mümkün olduğunca kendimize güven duymasını sağlıyoruz, en önemli şey bize güven duyduktan sonra zaten tedaviye olumlu yönde katkı sağlamasını sağlamış oluyoruz. • İlaçları veriyoruz	Biyolojik tedavi
• Hastalara çok iyi bir şekilde dinlemek, ön yargıda bulunmamak. Mesela burada neler yapıyoruz, sabah geliyoruz bütün hastalarımızla ilk başta görüşme yapıyoruz. • Bazen gerçek dışı, olmayan şeyler söylüyorlar ama biz bir hemşire olarak onun hasta olduğundan dolayı o şekilde düşündüğünü, tedavisinin devam ettiğini, düşüncelerinin zamanla değişeceğini her seferinde tekrardan açıklıyoruz. • Genelde bu hastalarla psikologlar görüşüyor. • Öncelikle kimyasal tedavi uyguluyoruz. Kimyasal tedavi olmadan zaten psikozu tedavi edemiyoruz. Kimyasal tedavi sonrasında sedasyonu sağlanan hastanın, uyumlu hale gelen hastanın rehabilitasyonuna yönelik uygulamalar yapıyoruz. • Psikoterapi yöntemleriyle günlük yaşantılarına devam edebilirler..	Psikososyal Tedavi
• Aktivitelerde rol ve sorumluluk verebiliyoruz. Yapabileceği aktivitelere katılması sağlıyoruz • “Bazen şiddete meyilli hastalarımız olabiliyor. Onlarda diğer hastalara ve kendimize karşı güvenlik önlemleri alarak yaklaşıyoruz. Öyle hastaları mesela yakın bakım odasına alıyoruz. • Öz bakımına yönelik hastayı teşvik etmek gerekir. Hemşirelik bakımı deyince bakımı her şeyle hemşire üstlenmemeli hastayı teşvik etmelidir. • Bazılarına o da yetmiyor öle bir durumda, daha radikal şey yapıp yatağa bağlıyoruz. Doktoru arayıp kimyasal ya da fiziksel bağlama yapıyoruz. • İlaç eğitimi, aktiviteler, diğer uyguladığımız yöntemlerle bu hastalıkla yaşamalarına destek oluyoruz. • İyi bir iletişim kurmaya çalışıyoruz, burada bulunmasının amacını konuşarak farkındalık yaratıyoruz. • Terapötik ortama yönlendiriyoruz resim yapması, ahşap boyama yapması, sosyal etkinliklere katılması, sosyal etkinlikler de hastanın görevlendirilmesi. • Tedavisinin devamlılığı için taburculuk sonrası için eğitimler veriyoruz. • Hasta servise kabul edildiğinde öncelikle iyi bir iletişim, öz bakım, tedavisinin düzgün bir şekilde verilmesi ve devamlılığının sağlanması.	Terapötik ortam sağlama

• Yakın takip ve ona göre bakımını planlamak gerekiyor. • Gerçeği değerlendirme yetisi tamamen bozulmuştur, çevresine ya da kendisine zarar verme riski yüksektir. Bu yüzden yakın takip ve ona göre bakımını planlamak gerekiyor • Öncelikle iyi bir iletişim, öz bakım, kimyasal tedavi. • tedavisinin düzgün bir şekilde verilmesi ve devamlılığının sağlanması. • En önemli şey hastanın size ve çalıştığı ortama güvenmesi, güvenini kazandıktan sonra tedaviye uyumu daha kolay oluyor. Burada daha güvenli bir ortamda olduğunu hissettirmek önemli hemşirelik ile verebileceğimiz katkı olarak.		
• Eğer hastanın gerek kimyasal anlamda, gerek rehabilitasyon anlamında eğer tedavi devamlılığı olursa hani kronik bir süreçte bazı hastalarda akut süreçteki hastalarda tedavi edilebilir. • Tamamen tedavi edilemez diye düşünüyorum. Tekrar ağır depresyonla tekrarlıyor yani. O yüzden tamamen yok olmaz diye düşünüyorum. • Kısmen iyileşme. Psikotik ataklarda belki iyileşme gözlemlenebilir. Ama kronikleşirse tam iyileşme olmaz sadece sosyal çevreye uyum sağlayabilirler. • Hasta yakınları hastaları iyileşecek diye düşünmesinler. İlaçlarla en azından sosyal çevreye uyum sağlatabiliyorlar. En azından düşüncelerinde düzelme gözlenebiliyor. • Genel bir kavram olduğu için her psikotik bozukluk tedavi edilemez diye bir şey yok. Mesela doğum sonu psikoz diye bir şey var tedavi ediliyor ondan sonra da bir daha olmuyor, o da bir psikotik bozukluk sonuçta psikoz.	Tam iyileşme gerçekleşmemesi	
Depresyon Bozuklukları Tanım ve Belirtileri		
• Kendilerini tamamen kapatıyorlar. Yemiyorlar, içmiyorlar, iletişim kurmuyorlar • Sosyal izolasyonu oluyor bu hastaların • Dünyadan, etraftan, insanlardan keyif alamama • Kişinin hayattan zevk almaması • Çökkünlük hali, mutsuzluk ve keyif alamama gibi. • “Duygu afektinin her zaman üzgün olması • Çok uyuma ya da az uyuma, yeme içme yani beslenmede bozulma olabilir. • “Bazısı çok kilo almış, bazısı kilo vermiş oluyor • Kendi öz bakımı azalabiliyor. • Depresyon anksiyete gibi yine sıkıntıları kaygıları olan ve yaşama sevincini kaybetmiş ruhsal açıdan kendini mutlu hissetmeyen bir kişi olarak değerlendirebilirim	Davranışsal ve duygusal değişimler	
• İntihar düşünceleri olabilir • Depresyona bağlı kendine zarar vermesi diye tanımlayabilirim • Suisitte kararı olan tekrar ediyor. Kararı olan en son yine intihar ediyor diyebilirim.	Kendine zarar verme	

Depresyon Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi	
- İlaç tedavisi uygulanmalı - Tedavi edilebilir. İlaç tedavisi ve sosyal aktivitelerle - Çeşitli ilaçlar var. TMS dediğimiz, EKT dediğimiz pek çok yöntemler var	Biyolojik tedaviler
- Sosyal etkinliklere yönlendirme, sosyal aktivitede görevler verdikçe hastalar bir şeyler başardıklarını görmelerini sağlamak ve bu aktiviteler sayesinde düşüncelerinden uzaklaştırabiliyorlar. - Hemşirelik bakımı olduğunda burada klinikteyken sosyal aktivitelerde onlara başkanlık veriyoruz biz genelde daha içe kapanmasın, aktivitelere katılsın, biraz daha destek isteniyor genelde çünkü daha içe kapanık olduğu için. - İlaçlarını düzenli kullanırlarsa, aile desteği ve toplum desteği ile iyileşebilirler. - Aile destek vermeli. - Kendilerini iyi hissetmeleri için öz bakımına dikkat etmesi konusunda destekliyoruz - Öz bakımla ilgili destek istiyor genelde destek vermeye çalışıyoruz. - Gece uyuması için uygun ortamın sağlanmasını sağlıyoruz diyebilirim. - Yatakta çıkmıyorlar mesela, yemek yemiyorlar, su içmiyorlar, kıyafetleri, banyoları bunların bakımları diğer hastalara göre bir üst seviyede ihtiyaç olabiliyor - Onlara hemşirelik bakımı verirken de mesela vital takiplerine daha fazla dikkat ediyoruz - İntihar düşünceleri olabilir. Onun için risk analizi yapmak gerekiyor. - Bazen saldırgan olabiliyorlar, hastaya sınır konuluyor bazen tespit yöntemini uygulayabiliyoruz - Hasta gözlemlenmeli, girişimlerine karşın önlemler alınmalı işte servis içine kesici, delici alet sokulmaması gibi. - Yakın gözleme alınmalıdır - Daha çok depresyona bağlı olduğu için sosyal etkinliklere katılma, sosyalleşmeyi sağlama	Terapötik ortam sağlama
- Depresyonda psikolog terapisi daha önemli gibi geliyor yani tıbbi olarak sadece bir antidepresan veriliyor. Bizim de yapabileceğimiz çok bir şey yok depresyonda. Ama psikolog görüşmeleri daha ayrıntılı olur diye düşünüyorum - Sıkıntılarıyla ilgili konuşmaya, sıkıntılara çözüm bulmak için konuşma	Psikososyal tedavi
- Eğer neden hala devam ediyorsa bazen uzun sürebiliyor, majör depresyona kadar gidebiliyor. - Kronik depresyonlarda tedavi etmek çok zor açıkçası. Akut depresyon döneminde belki tedavi edilebilirler. Ama çok zor.	Uzun tedavi süreci,
İkiUçlu (Bipolar) İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri	
Bana göre hareketlilik, çok konuşma, fazla alışveriş yapmak, ekonomisini düşünmeden para harcamaları bunlar bilinçsizce yapılan şeyler olduğu için insanları	Davranışsal ve duygusal değişimler

zora sokuyor. Çok konuştuklarının bile farkına varamıyorlar. - Bipolar hastalarında özellikle kadınlarda mani dönemlerinde aşırı derecede süslenme, abartılı makyaj yapma veya çok açık kıyafet giyme gibi durumları olabiliyor.” - Depresif dönemde de isteksiz oldukları için etkinliklere katılmakta zorlanıyorlar. - Depresif epizyotta hasta tamamen kapatıyor kendini, iletişime giremiyorsunuz. Hani çok fazla etkinliklere de, burada hastalar için yapılan etkinlikler oluyor öğretmenler geliyor dışarıdan, işte o tür etkinliklere katılmak istemiyorlar. Soru sorduğunuz zaman çok isteksiz oluyorlar, kısa cevaplar veriyorlar.		
İkiUçlu (Bipolar ve İlişkili) Bozuklukların Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi		
- İlaç tedavisiyle yaşam kalitesi yükseltilebilir. - Kronik bir hastalık yaşam boyu ilaç tedavisi gerekir.	Biyolojik tedavi	
- Önce iletişim diyorum. İletişim kurmadan bakıma karar verilemiyor. Yani bunlarda daha çok konuşmak iyi geliyor. - Mutsuz olanlara gel diyoruz etkinliklere katıl, gel bahçeye çıkalım, konuşalım diyoruz ilaç tedavisinin yanında konuşarak destek oluyoruz. - Hareketli oldukları için aktivitelere yönlendirmek gerekiyor. Spora, resim etkinliklerine yönlendirmek gerekiyor. - vital bulgularını takip ediyoruz. - şiddete meyilli hastalar için güvenlik önlemleri alınması gerek. - Kişisel bakımları da diğer bölümlerin hastalarına göre biraz daha geride depresif hastalarda olsun, şizofrenide olsun, bipolarlarda olsun. Hani el yıkama alışkanlığı, banyo yapma alışkanlığı, ağız bakımı, tırnak bakımı bunlar diğer bölümlerin hastalarına göre baya bir geride. - Çünkü kişisel bakım olarak gerçekten diğer bölümlere göre farkındalıkları çok düşük, kendilerini bırakmış salmış bir vaziyetler.	Terapötik ortam sağlama	
- Bunun tedavisi yok. Nasıl bir şey olabilir toplumda çok fazla bipolar hastası var. İlacını kullanır, düzenli kontrollerine giderse bir sıkıntı olmaz. Arada ilaç dozu değişmesi gerekebiliyor ya da işte ben iyiyim deyip ilacını kullanmadığı zaman bütün her şey alt üst oluyor. Kesin tedavisi gördüğüm kadarıyla yok - Tedavi edilemez ama kontrol altına alınabilir. Sıkı takip gerekiyor ilaç kullanıp, kullanmadıklarını.	Tam iyileşme gerçekleşmemesi	
Hastalara BDT uygulayabiliriz.	Psikososyal tedavi	
Takıntı- Zorlantı (Obsesif- Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozuklukların Tanım ve Belirtileri		
Durdurulamayan düşünce ve tekrarlayan davranışlar olarak tanımlayabilirim	İstenmeyen düşünce ve	

• Yaptığı hareketi sürekli tekrarlayan hani gidemeyen, günlük rutinine devam edemiyor, tekrardan aynı hareketi yapıyor, onun içinden çıkamıyor, davranışı sürekli tekrar etmesi gerekiyor. Ettirmediginde anksiyete yaşıyor, anksiyetesi artıyor. Anca bunu yaptığında rahatlıyor, bu hareketi, bu eylemi.” (H15)	tekrarlayan davranışlar	
• Kompulsiyonlarına bağlı izole oluyorlar. İşe gidemiyorlar ya da mesleklerini yapamıyorlar, günlük yaşam döngüsünü sürdürmekte zorlanabiliyorlar.	İlişki kurma ve iletişimde bozulma	
• Obsesyonlarda da anksiyete çok sık karşılaşılabiliyor. Sürekli el yıkama, bundan dolayı lavabodan ayırlamadığı için anksiyete görülebiliyor.	Davranışsal ve duygusal değişimler	
Takıntı- Zorlantı (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozuklukların Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi		
• İlaç tedavisinin yanında bilişsel davranış terapilerinin de yürütülmesi gerekiyor bu hastalıkta. • Sadece davranış terapisiyle azaltılabilir	Psikososyal tedavi	
• Kronik bir rahatsızlık tamamen geçmiyor gibi düşünelim. • OKB’yi aşmak gerçekten çok zor	Tam iyileşme gerçekleşmemesi,	
• İlaç tedavisi ve hastaneye yatışlarla tedavi olabilirler. • İlaç tedavisiyle yaşam kalitesi yükseltilebilir	Biyolojik tedavi tedavisi,	
• Temizlik takıntıları, kirlenme takıntıları olanlarla konuşulmalı onlara mikrop kapmayacakları, kirlenmedikleri söylenmeli • Etkinliklere katılıp sosyal ortamlarda bulunmalılar • Her kişide her hastada farklı obsesif düşünce yapısı kompulsiyonlar da farklı oluyor. Onun için her hasta kendine özgüdür ve bireysel olarak almak gerekir. Tedavi sürecini de ona göre yönlendirmek gerekiyor	Terapötik ortam sağlama	
Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları Tanım ve Belirtileri		
• Hep bir korkuları var ve bu korkuları besliyorlar. Bu korkularıyla yaşamaya çalışıyorlar • Kaygı bozukluğu diye tanımlarım • Depresyonun biraz ağır hali diye tanımlayabilirim • Uykusuzluk çekiyorlar ya da yemeği bırakıyorlar • Takıntıları var	Davranışsal ve duygusal değişimler	
• aile içinde huzursuzluk, davranışlarında yerinde duramama gibi şikayetler ortaya çıkıyor • İş veriminde bozulma	İlişki kurma ve iletişimde bozulma	
• Anksiyete durumunda hastanın kendisine zarar verme riski de yüksek oluyor, anksiyetenin onda yarattığı gerginliğe dayanamayıp suisitel girişimler aslında çok	Saldırganlık ve kendine zarar verme	
Anksiyete Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi		
• İlaçların düzenli kullanıp kullanılmadığı bakılabilir. • Tedavi edilir. İlaç tedavisi, psikolog görüşmeleriyle diye düşünüyorum.	Biyolojik tedavi	
• Sorunlarıyla baş etmeyi öğretmek lazım • Tamamen olmasa bile en azından baş etme yöntemleri öğretilir. • Konuşabiliriz, onun kaygıları, endişeleri hakkında bilgi alabiliriz • Onları dinlemek, onlarla konuşmak lazım.	Psikososyal tedavi	

- Kişilik özelliği olduğu için kontrol altına alına bilinir. Tamamen iyileşebileceğini düşünmüyorum - Tedavi edilemez ama biraz daha kontrol altına alınabilir gibi. Yaşanabilir yani. Çünkü çok var dışarıda depresyonu olan, anksiyete bozukluğu olan hani ilaç kullanan daha da yaygın	Tam iyileşme gerçekleşmemesi	
- Özellik gerektiren bir hemşirelik bakımı olduğunu düşünmüyorum. Klasik bakım, ilaç takibi, aktivitelere katılım gibi - İş uğraş terapisine yönlendirmek lazım. Onlara görev veriyoruz. Görev verince kendilerini değerli hissediyorlar.	Terapötik ortam sağlama	
Beslenme ve Yeme Bozuklukları Tanım ve Belirtileri		
Kendi beden algısının bozulması, kendisini kilolu görmesi bunun için de beden algısı bozulduğu için ne kadar zayıf olursa olsun o kendine aynaya baktığında öyle görmüyor.	Septomların farklılaşması	
- Kusma davranışı olduğunu ya da laktasiflerin kötüye kullanımı gibi durumlar olabiliyor. - Anoreksiya ve blumia nevroza şimdi ikisi arasın da en belirgin olan, blumia da kusma davranışı olduğunu ya da laktasiflerin kötüye kullanımı gibi durumlar olabiliyor	Davranışsal ve duygusal değişimler	
Beslenme ve Yeme Bozukluklarında Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi		
- Hastayla iyi bir iletişim, terapötik iletişim kurmak çok önemli - Aile desteği de önemli, aile dirençli mi. Özellikle bence yeme bozukluklarında ve şizofrende ailenin faktörü çok önemli. Yani biz burada klinik bazlı yapıyoruz hemşirelik bakımını - Haftada iki kez tartıyoruz - Tartıyoruz onlara göstermiyoruz - Yeme öğünlerini takip ediyoruz, yemekten sonra kontrol ediyoruz lavaboya gitmemeleri için.	Terapötik ortam sağlama	
- Bunlarda hemşirelik bakımı daha zor. Bunlarda psikotik hastalar gibi dirençli, çok dirençli. Uyum göstermede çok sıkıntılı - Genelde de davranış terapisi ihtiyacı olan, daha uzun süreli hastalar.	Psikososyal tedavi	
Tedavi edilebilir. İlaç tedavisi ve terapilerle sorun çözülürse normal yaşantısına devam edebilir.	Biyolojik tedavi	
Benim kendi görüşüm yani ekonomik durumun varsa sonrasında da devam edebileceks ama aile de bunu sürekli sürdüreceks, terapiyle, başka şeyle, düzenli kontrolle kontrol altına alınabilir. Ama ufacak bir anksiyete, bir şey yaşadığında yeniden tekrar etme olasılığı yüksek diye düşünüyorum.	Tam iyileşme gerçekleşmemesi	
Kişilik Bozuklukları Tanım ve Belirtileri		
Borderline , saldırgan ve kendine zarar veren, kendi vücutlarını kesenler ya da vücutlarında sigara söndürenler daha çok kendilerine zarar verenler olarak tanımlıyorum. Bir hastamız vardı duvara	Saldırganlık ve kendine zarar verme	

yumru atarak devamlı kolunu kırıyordu. Küfürbazlar ve uyumsuzlar		
- Bazen duygu durum bozukluğu olarak da düşünüyorum çünkü bir mutlu, bir mutsuz diye tanımlayabilirim - Diğer insanlara ayak uyduramadıkları için, hayata adapte olamadıkları için daha çok depresif olarak servise yatış yapıyorlar. İsteksiz oluyorlar	Duygusal değişimler	
Hastanın şöyle sıkıntıları olabiliyor, yani toplumda, iş hayatında sorun yaşıyor, ilişkilerinde sorun yaşıyor. Normal sosyal hayatına devam edemiyor, bir tedaviye ihtiyaç duyuyor	İlişki kurma ve iletişimde bozulma	
Genelde her konuda kendilerinin daha iyi olduğunu düşünme şeklinde oluyor	Septomların farklılaşması	
Kişilik Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi		
- Anlaşmaya gidilmeli hastalarla, servis kurallarına uyulması sağlanmalı, servis kurallarını çok sık hatırlatıyoruz - Tedaviyi reddetme olabiliyor. O yüzden hangi ilaç onu nasıl etkiliyor anlatmak gerekiyor. - Bazen saldırgan olabiliyorlar, hastaya sınır konuluyor bazen tespit yöntemini uygulayabiliyoruz	Terapötik ortam sağlama	
Artık insanın karakteri olduğu için tedavi edilebildiğini düşünmüyorum. Kişilik bozuklukları tedavi edilemez bence	Tam iyileşme gerçekleşmemesi	
İlaç tedavisi olabilir	Biyolojik tedavisi	
Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Tanım ve Belirtileri		
Buraya madde kullanıp geliyorlar. Maddenin etkisi geçince ajite oluyorlar	Saldırganlık	
İştahsız oluyorlar. Bol, bol su içmelerini hatırlatıyoruz	İştahsızlık,	
Madde bağımlılığını psikiyatrik bir hastalık olarak düşünmüyorum. Bizde yatıyor ama psikiyatrik bir hastalık değil bence	Ruhsal hastalık olmaması	
Madde Bağımlılığı Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi		
- IV tedavileri oluyor - İlaç tedavisi olabilir	Biyolojik tedavisi,	
İştahsız oluyorlar yemek takibi yapıyoruz, yemelerini sağlıyoruz. Kan şekeri takibi yapılıyor	Terapötik ortam sağlama	
Ben tedavi edilen görmedim	Tam iyileşme gerçekleşmemesi	
Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri		
- Bu sorunlarının temelinde fiziksel bir etken olmaması olarak tanımlayabilirim - Bireyin sürekli ağrısının olması ya da sürekli hasta olduğunu düşünmesi.	Septomların Farklılaşması	
Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi		
- İlaçların kullanıma yönelik eğitimler verilmeli diye düşünüyorum - Bu hastaları aktivitelere yönlendirerek dikkatleri başka yöne çekilmeli	Terapötik ortam sağlama	

• Bir süreliğine ortadan kalkıyor gibi oluyor. Ama tedavi edildiğini düşünmüyorum. Kronik bir hastalıktır. Tekrar eder.	Tam iyileşme gerçekleşmemesi	
---	------------------------------	--

4.5.1. Alt Tema: Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikoza Giden Diğer Bozuklukların Tanım ve Belirtileri

Araştırmaya katılan hemşirelerin şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların tanım ve belirtilerine yönelik ifadeleri beş alt temada tanımlanmıştır. Bunlar; gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma, işlevsel bozukluklar, saldırganlık ve kendine zarar verme, semptomların farklılaşması ve ilişki kurma ve iletişimde bozulmadır.

Alt Tema 1: Gerçeği Değerlendirme Yetisinde Bozulma

Hemşirelerin şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların tanım ve belirtilerini çoğunlukla hezeyan ve halüsinasyonlar üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Hemşireler şizofreni hastalarının sanrılar gördüklerini, gerçek olmayan hikayeler anlattıklarını, kendi kendilerine kouştuklarını ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Şizofreni hastalığı algıda bozulma, etrafına oryante olamama, işte şizofreni hastalarında bir takım sanrılar oluyor, halüsinasyonlar oluyor, gerçeği değerlendirememe gibi sıkıntıları oluyor.” (H9)

“Kendi kendine konuşmaları, gülmeleri veya hikaye anlatmaları, hiç olmayan bir hikayeyi anlatmayı veya o hikayedeki kişi ile kavga etmeleri. Hasta duvarla kavga ediyor, normalde bizim gördüğümüz bir şey yok.” (H10)

Araştırmaya katılan hemşirelerden biri psikoz tanım ve belirtilerinde ajitasyon ve eksitasyonun yanı sıra içgörü kaybını ifade etmiştir

“Psikoz hastalığıyla ilgili farkındalığı olmayan, eksitasyonu, ajitasyonu olan iç görüşünü kaybetmiş.” (H1)

Hemşireler tarafından psikotik bozukluklara sahip hastaların gerçeği değerlendiremedikleri ve şiddete meyilli olabildikleri ifade edilmiştir. Bu konulara ilişkin hemşirelerin görüşleri şu şekildedir:

“Psikotik bozukluk genel bir kavram. Mesela psikotik bozukluğun içinde şizofreni de psikotik bozukluk, paranoya da psikotik bozukluk daha birçok hastalığın tam ayırıcı tanı konmamış hali gibi bir şey psikotik bozukluk. Genel bir kavram.” (H3)

“Gerçeği değerlendirme yetisi tamamen bozulmuştur, çevresine ya da kendisine zarar verme riski yüksektir.” (H5)

Hastalar hastalıklarının farkında olabilirler ama baş etmede zorlandıklarını, bu durumla baş edemeyen, iç görüşü olan ve olamayan olarak düşünülebilir. Hastalar depresif belirtiler, aşırı davranışlar gösterebilir.” (H1)

“Paranoya da genelde şüpheler, hastanın kendisine karşı komplo kurulduğunu düşünmesi, kendisini başkaları tarafından zarar verilebileceği kaygısı olarak tanımlayabilirim.” (H3)

Alt Tema 2: İşlevsel Bozukluklar

Hemşireler şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların tanım ve belirtilerini işlevsel bozukluklar bahsetmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bazen hiç iletişim kuramıyor, iç dünyasında yaşamak istiyorlar. Bazıları hiç yemek yemiyor.” (H2)

“Sosyal alanda fonksiyonlarını kaybediyor. Merhaba bile diyemiyorlar. Kendi bakımlarını, gündelik ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalıyorlar. Konuşma fonksiyonlarında bozulmalar gözlemlenebiliyor.” (H13)

Alt Tema 3: Saldırganlık ve Kendine Zarar Verme

Hemşireler şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların tanım ve belirtilerini, saldırganlık ve kendine zarar verme olarak bahsetmişlerdir. Hemşireler şizofreni hastalarının sanrılar nedeniyle çevrelerine veya kendilerine zarar verebileceklerini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bunlarda takıntılar oluyor, şüpheler oluyor, kuşku durumları oluyor, mesela erkek hasta evliyse karısının kendisini aldattığının şüphesine düşüyor, onun için de zarar verebiliyor. Evdeki çocuklarına zarar verebiliyor. Kulağına sesler, görüntüler gelirse gözünün önüne

bunların yönlendirmesi doğrultusunda kendisine de zarar verebiliyor başkalarına da zarar verebiliyor.” (H7)

“Bazıları saldırgan olabiliyor, psikopat gibi.” (H8)

Alt Tema 4: Septomların Farklılaşması

Hemşireler şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların tanım ve belirtileri temasının bir diğer alt teması septomların farklılaşmasıdır. Hemşireler, paranoid, katatonik, hebefrenik gibi çeşitleri olduğunu, gösterilen belirtilerin bu çeşitlere göre farklılık gösterdiğini ifade etmişlerdir. Bu farklılıklar içe kapanma, anksiyete veya grandiyözite gibi sıralanabilir. Hemşireler ailesel problemler, dine yönelme ve genç yaşta ortaya çıkma şeklinde görüş belirtmişlerdir. Hemşireler şizofreni hastalarının dine yöneldiğini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bunların çok çeşitleri var paranoid, katatonik, hebefrenik olabiliyorlar.” (H2)

“Şizofreni tipine göre değişebilir, halüsinasyonlara bağlı kaygıları da olabilir, sesler işittiği için anksiyete yaşayabilir. Ya da huzursuzlukları olabilir içe kapanabilir. Kişiye göre değişebilir. Grandiyözitesi olabilir kendini Allah ya da peygamber gibi hissedebilir.” (H4)

“Dini olarak da boşlukta oldukları için çoğu zaten dini konulara biraz daha eğiliyorlar, daha derin düşüncelere dalyorlar.” (H7)

“Şizofreni hastalarında en belirgin şey genç yaşta ortaya çıkıyor.” (H7)

Alt Tema 5: İlişki Kurma ve İletişimde Bozulma

Hemşireler şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların tanım ve belirtilerini ilişki kurma ve iletişimde bozulma olarak da tanımlamışlardır. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ailesel rol ve işlevlerde bozulma oluyor.” (H13)

“Konuşmuyorlar.” (H2)

“İletişim kurmazlar.” (H10)

4.5.2. Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikoza Giden Diğer Bozuklukların Hemşirelik Bakımı Ve Tedavisi

Araştırmaya katılan hemşirelerin şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisine ilişkin ifadeleri dört alt temada tanımlanmıştır. Bunlar; biyolojik tedavi, psikososyal tedavi, terapötik ortam sağlama ve tam iyileşme gerçekleşmemesidir.

Alt Tema 1: Biyolojik Tedavi

Araştırmaya katılan hemşirelerin şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisinde ilaç tedavisini ifade etmişlerdir. İlaç tedavisine öncelik verilmesi ve takip edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Tabii ilaç tedavisine başlanması ve kontrolü de önemli. Takip edildiklerini düşündükleri zaman antipsikotikler etki edebiliyor.” (H2)

“Medikal tedavi uygulanmalı öncelik.” (H10)

“İlaç tedavisi, psikoterapi yöntemleriyle günlük yaşantılarına devam edebilirler.” (H5)

“Öncelikle kimyasal tedavi uyguluyoruz. Kimyasal tedavi olmadan zaten psikoza tedavi edemiyoruz. Kimyasal tedavi sonrasında sedasyonu sağlanan hastanın, uyumlu hale gelen hastanın rehabilitasyonuna yönelik uygulamalar yapıyoruz.” (H1)

Alt Tema 2: Psikososyal Tedavi

Hemşirelerin şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisi kapsamında psikososyal ifade etmişlerdir. Hemşireler şizofreni hastaları yargılamadan dinlediklerini ve onlarla güven ilişkisi kurmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Medikal tedavi dışında hemşirelik bakımı olarak hastanın mümkün olduğunca kendimize güven duymasını sağlıyoruz, en önemli şey bize güven duyduktan sonra zaten tedaviye olumlu yönde katkı sağlamasını sağlamış oluyoruz.” (H3)

“Hastalara çok iyi bir şekilde dinlemek, ön yargıda bulunmamak. Mesela burada neler yapıyoruz, sabah geliyoruz bütün hastalarımızla ilk başta görüşme yapıyoruz. İşte günün nasıl geçti, gecen nasıl geçti, uyuyabildin mi diye soruyoruz. Buna her zaman sağlıklı

cevaplar alamıyoruz. Bazen gerçek dışı, olmayan şeyler söylüyorlar ama biz bir hemşire olarak onun hasta olduğundan dolayı o şekilde düşündüğünü, tedavisinin devam ettiğini, düşüncelerinin zamanla değişeceğini her seferinde tekrardan açıklıyoruz.” (H9)

“İyi bir iletişim kurmaya çalışıyoruz, burada bulunmasının amacını konuşarak farkındalık yaratıyoruz.” (H1)

“Genelde psikologlar görüşüyor bu hastalarla.” (H7)

“Psikolog, proaktif testler ve MMPI testi ile kesin tanısı konması için yapılmalı.” (H10)

Alt Tema 3: Terapötik Ortam Sağlama

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer bir alt tema ise terapötik ortam sağlamadır.. Hemşireler şizofreni hastalarına çeşitli aktivitelerde görev ve sorumluluk verdiklerini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Aktivitelerde rol ve sorumluluk verebiliyoruz. Yapabileceği aktivitelere katılması sağlıyoruz.” (H13)

Hemşireler tarafından, özellikle şiddete meyilli şizofren hastalarında yakın bakım odasına alma, banyo ve tuvaleti ayrı tutma gibi çeşitli güvenlik önlemleri alındığı ifade edilmiştir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bazen şiddete meyilli hastalarımız olabiliyor. Onlarda diğer hastalara ve kendimize karşı güvenlik önlemleri alarak yaklaşıyoruz. Öyle hastaları mesela yakın bakım odasına alıyoruz. Yakın bakım odası tek kişilik bir odadan oluşuyor, banyosu, tuvaleti ayrı, biraz daha izole. Odaya girerken mesela bakım verirken güvenlikle birlikte giriş yapıyoruz.” (H9)

Hemşireler hastalarının öz bakımlarını kendilerinin gerçekleştirmeleri adına teşvik edilmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Aşağıdaki hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Öz bakımına yönelik hastayı teşvik etmek gerekir. Hemşirelik bakımı deyince bakımı her şeyle hemşire üstlenmemeli hastayı teşvik etmelidir.” (H6)

“Hasta servise kabul edildiğinde öncelikle iyi bir iletişim, öz bakım, tedavisinin düzgün bir şekilde verilmesi ve devamlılığının sağlanması.” (H1)

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer hemşirelik bakımları eğitim ve tespittir. Şizofreni hastalarına özellikle ilaçlar hakkında eğitim verildiği belirtilmiştir. Buna ek olarak, şiddete

mevilli şizofren hastalarında kimyasal veya fiziksel bağlama uygulandığı ifade edilmiştir. Bazı hemşirelerin bu konulara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Kronik bir hastalıktır. Hastalarda bunun diyabet gibi tansiyon gibi bir hastalık olduğunu, ömür boyu devam edeceği konusunda bilgi veriyoruz. İlaç eğitimi, aktiviteler, diğer uyguladığımız yöntemlerle bu hastalıkla yaşamalarına destek oluyoruz.” (H13)

“Bazıları çok saldırgan olabiliyor, o zaman onlarla konuşurken yüksek sesle konuşmalıyız, dik durmalıyız sert görsünler ki. O zaman bizi şey olarak otoriter gibi görüp öfkelerine hakim oluyorlar. Bazılarına o da yetmiyor öle bir durumda, daha radikal şey yapıp yatağa bağlıyoruz. Doktoru arayıp kimyasal ya da fiziksel bağlama yapıyoruz.” (H8)

“Tedavisinin devamlılığı için taburculuk sonrası için eğitimler veriyoruz.” (H1)

Alt Tema 4: Tam İyileşme Gerçekleşmemesi

Araştırmaya katılan hemşireler şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisine ilişkin tam iyileşme gerçekleşmemesi üzerine görüş bildirmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kısmen iyileşme. Psikotik ataklarda belki iyileşme gözlemlenebilir. Ama kronikleşirse tam iyileşme olmaz sadece sosyal çevreye uyum sağlayabilirler. Şizofreni hastaları iyileşmez. Hasta yakınları hastaları iyileşecek diye düşünmesinler. İlaçlarla en azından sosyal çevreye uyum sağlatabiliyorlar. En azından düşüncelerinde düzelme gözlenebiliyor.” (H2)

“Yüzde yüz tedavi edilemez fakat düzgün bir tedavi ile hayata tutunabilir.” (H3)

“Eğer hastanın gerek kimyasal anlamda, gerek rehabilitasyon anlamında eğer tedavi devamlılığı olursa hani kronik bir süreçte bazı hastalarda akut süreçteki hastalarda tedavi edilebilir.” (H1)

“Genelde kronik oluyor.” (H5)

“Genel bir kavram olduğu için her psikotik bozukluk tedavi edilemez diye bir şey yok. Mesela doğum sonu psikoz diye bir şey var tedavi ediliyor ondan sonra da bir daha olmuyor, o da bir psikotik bozukluk sonuçta psikoz. Ama atıyorum şizofreni tedavi edilemiyor.” (H3)

“Zorlu, uzun bir süreç. Hasta kimyasal tedaviye devam ederse, rehabilitasyona devam ederse tedavi edilebilir.” (H1)

4.5.3. Alt Tema: Depresyon Bozukluklarının Tanım ve Belirtileri

Depresyon bozuklukların tanım ve belirtilerinde iki alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; davranışsal ve duygusal değişimler ve kendine zarar vermedir.

Alt Tema 1: Davranışsal ve Duygusal Değişimler

Araştırmaya katılan hemşirelerden dokuzu, depresyon bozuklukların tanım ve belirtilerini davranışsal ve duygusal değişimler olarak tanımlamışlardır. Hemşireler hastalarının çevreleri ile iletişimi kestiklerini ve tamamen kendi içlerine kapandıklarını, hastaların hayattan ve insanlardan keyif alamadıklarını ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kendilerini tamamen kapatıyorlar. Yemiyorlar, içmiyorlar, iletişim kurmuyorlar.” (H10)

“Sosyal izolasyonu oluyor bu hastaların.” (H13)

“İnsanlarla olan ilişkilerin daha azalması bir nevi kendini kapatması.” (H14)

“Dünyadan, etraftan, insanlardan keyif alamama.” (H9)

“Kişinin hayattan zevk almaması...” (H15)

“Çökkünlük hali, mutsuzluk ve keyif alamama gibi.” (H6)

“Duygu afektinin her zaman üzgün olması.” (H15)

“Çok uyuma ya da az uyuma, yeme içme yani beslenmede bozulma olabilir.” (H5)

“Bazısı çok kilo almış, bazısı kilo vermiş oluyor.” (H13)

“Çok uyuma ya da uykusuzluk.” (H14)

“Kendi öz bakımı azalabiliyor.” (H5)

“Depresyon anksiyete gibi yine sıkıntıları kaygıları olan ve yaşama sevincini kaybetmiş ruhsal açıdan kendini mutlu hissetmeyen bir kişi olarak değerlendirebilirim.” (H11)

Alt Tema 2: Kendine Zarar Verme

Hemşirelerden bazıları depresyon bozukluklarının tanım ve belirtilerini kendine zarar verme şeklinde ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İntihar düşünceleri olabilir.” (H5)

“Depresyona bağlı kendine zarar vermesi diye tanımlayabilirim.” (H6)

4.5.4 Depresyon Bozukluklarının Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Depresyon bozukluklarının hemşirelik bakımı ve tedavisinde 4 alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; biyolojik tedaviler, terapötik ortam sağlama, psikososyal tedavi, uzun tedavi sürecidir.

Alt Tema: Biyolojik Tedavi

Hemşirelerin 10'u hemşirelik bakımı ve tedavisine ilişkin görüşlerini ilaç tedavisi olarak belirtmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İlaç tedavisi uygulanmalı.” (H4)

“Tedavi edilebilir. İlaç tedavisi ve sosyal aktivitelerle.” (H6)

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer bir konu ise EKT ve TMS'dir. Bazı hemşirenin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Çeşitli ilaçlar var. TMS dediğimiz, EKT dediğimiz pek çok yöntemler var.” (H5)

Alt Tema 2: Terapötik Ortam Sağlama

Hemşirelerin yedisi sosyal etkinliklere yönlendirme ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Sosyal etkinlikler sayesinde depresyon bozukluğu olan hastalarının düşüncelerinden uzaklaşabileceği, içe kapanmasının önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Sosyal etkinliklere yönlendirme, sosyal aktivitede görevler verdikçe hastalar bir şeyler başardıklarını görmelerini sağlamak ve bu aktiviteler sayesinde düşüncelerinden uzaklaştırabiliyorlar.” (H4)

“Hemşirelik bakımı olduğunda burada klinikteyken sosyal aktivitelerde onlara başkanlık veriyoruz biz genelde daha içe kapanmasın, aktivitelere katılsın, biraz daha destek isteniyor genelde çünkü daha içe kapanık olduğu için.” (H15)

“Daha çok depresyona bağlı olduğu için sosyal etkinliklere katılma, sosyalleşmeyi sağlama, sıkıntılarıyla ilgili konuşmaya, sıkıntılara çözüm bulmak için konuşma, ..., yine ilaç tedavisi uygulanmalı.” (H4)

Hemşireler depresyon bozukluklarının hemşirelik bakımı hakkında servis içi güvenlik önlemlerinin alınması, özbakım desteği verilmesi üzerine görüş bildirmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu hakkında ifadeleri şu şekildedir:

“Hasta gözlemlenmeli, girişimlerine karşın önlemler alınmalı işte servis içine kesici, delici alet sokulmaması gibi.” (H4)

“Kendilerini iyi hissetmeleri için öz bakımına dikkat etmesi konusunda destekliyoruz.”
(H13)

“Öz bakımla ilgili destek istiyor genelde destek vermeye çalışıyoruz. Sakalını kesersen daha iyi olur, saçlarını tararsan, banyonu yaparsan gibi. Ve bu değişimlerle ilgili onlara iyi geri bildirim veriyoruz. Bugün saçlarınızı yapmışsınız, hani bir şey yapıyorsun ve biz bunun farkındayız gibi anlatmaya çalışıyoruz.” (H15)

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer konular ise uygun ortam sağlama, eğitim, vital bulguların takibi ve risk analizidir. Depresyon bozukluğu olan hastalarının daha rahat uyuyabilmeleri adına uygun ortamın oluşturulduğu, uykunun önemi ile ilgili bilgilendirmeler yapıldığı ifade edilmiştir. Bunlara ek olarak, hastaların yemek yeme, su içme gibi durumlarının takip edildiği belirtilmiştir. İntihar düşünceleri olup olmadığı konusunda da risk analizi yapıldığı söylenmiştir. Bazı hemşirelerin bu konulara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Gece uyuması için uygun ortamın sağlanmasını sağlıyoruz diyebilirim.” (H13)

“Daha iyi hissetmesi için uyku düzenini sağlamaya çalışıyoruz. Gece salgılanan hormonların ruh sağlığı üzerindeki etkisini anlatıyoruz.” (H13)

“Depresyondaki hastalar biraz daha sıkıntılı olabiliyor. Yatakta çıkmıyorlar mesela, yemek yemiyorlar, su içmiyorlar, kıyafetleri, banyoları bunların bakımları diğer hastalara göre bir üst seviyede ihtiyaç olabiliyor. Onlara hemşirelik bakımı verirken de mesela vital takiplerine daha fazla dikkat ediyoruz. Beslenmeme, sıvı alımı eksikliği yönünden değerlendiriyoruz. Yine kişisel bakımlarına destekleyici şeyler, işte banyosu, ağız bakımı, tırnak bakımı, iletişimi.” (H9)

“İntihar düşünceleri olabilir. Onun için risk analizi yapmak gerekiyor. Onun için de suisit risk açısından bu hastaları yakın gözlemi ve buna yönelik hemşirelik bakım planlarının yapılması gerekiyor.” (H5)

Alt Tema 3: Psikososyal Tedavi

Hemşireler iletişim ve destek ile ilgili de sıklıkla görüş bildirmişlerdir. Depresyon bozukluğu olan hastalarına hem hemşireler tarafından destek olunmasının hem de aile ve toplum tarafından destek olunmasının önemi vurgulanmıştır. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İlaçlarını düzenli kullanırlarsa, aile desteği ve toplum desteği ile iyileşebilirler.” (H9)

“Öncelikle depresyona neden olan faktörleri göz önünde bulundurmak lazım kişiye özel olarak, onu bu noktaya getiren şey nedir? Daha sonrasında bunun üzerine konuşulup destek sağlanılabilir ve onun yaşama tutunmasını bu durumlardan kurtulması için neler yapabileceğini o hastaya yönelik değerlendirip ona göre konuşulabilir.” (H11)

“Aile destek vermeli.” (H14)

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer bir konu ise psikoterapilerdir. Depresyon bozukluğu olan hastalarda sadece ilaç tedavisinin etkili olmayacağını, bunun yanında psikoterapi almaları gerektiği ifade edilmiştir. Aşağıdaki hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Depresyonda psikolog terapisi daha önemli gibi geliyor yani tıbbi olarak sadece bir antidepresan veriliyor. Bizim de yapabileceğimiz çok bir şey yok depresyonda. Ama psikolog görüşmeleri daha ayrıntılı olur diye düşünüyorum.” (H12)

Alt Tema 4: Uzun Tedavi Süreci

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer bir hemşirelik bakımı uzun tedavi sürecidir. Depresyon bozuklukları sürecinin kronikleşebileceği ifade edilmiştir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Eğer neden hala devam ediyorsa bazen uzun sürebiliyor, majör depresyona kadar gidebiliyor.” (H2)

“Kronik depresyonlarda tedavi etmek çok zor açıkçası. Akut depresyon döneminde belki tedavi edilebilirler. Ama çok zor.” (H10)

“Hasta kesin kararlıysa mutlaka yapacaktır.” (H6)

“Suisitte kararı olan tekrar ediyor. Kararı olan en son yine intihar ediyor diye düşünüyorum. Suisitte birkaç sefer gelen şu an iki hasta var intihar edip başarılı olan. İntiharı kafasına koyan tekrar tekrar geliyor. Dikkat çekmek için intihar eden de mesela hiçbir zaman sonlandırmıyor hayatını.” (H12)

4.5.5 İkiUçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri

Bipolar ve ilişkili bozuklukların tanım ve belirtilerini davranışsal ve duygusal değişimler temasını tanımlamışlardır.

Alt Tema 1: Davranışsal ve Duygusal Değişimler

Hemşirelerin 10’u manik dönemdeki belirtiler ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Hemşireler bipolar hastalarının manik dönemdeyken çok hareketli olduklarını, çok konuştuklarını,

bilinçsizce alışveriş yaptıklarını, libidolarının yükseldiğini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bana göre hareketlilik, çok konuşma, fazla alışveriş yapmak, ekonomisini düşünmeden para harcamaları bunlar bilinçsizce yapılan şeyler olduğu için insanları zora sokuyor. Çok konuştuklarının bile farkına varamıyorlar.” (H2)

“Bipolar hastalarında özellikle kadınlarda mani dönemlerinde aşırı derecede süslenme, abartılı makyaj yapma veya çok açık kıyafet giyme gibi durumları olabiliyor.” (H9)

Hemşirelerin 10’u depresif dönemdeki belirtiler ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Hemşireler bipolar hastalarının depresif dönemdeyken etkinliklere katılma konusunda isteksiz olduklarını, içe kapandıklarını, kimseyle iletişim kurmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Depresif dönemde de isteksiz oldukları için etkinliklere katılmakta zorlanıyorlar.” (H4)

“Depresif epizyotta hasta tamamen kapatıyor kendini, iletişime giremiyorsunuz. Hani çok fazla etkinliklere de, burada hastalar için yapılan etkinlikler oluyor öğretmenler geliyor dışarıdan, işte o tür etkinliklere katılmak istemiyorlar. Soru sorduğunuz zaman çok isteksiz oluyorlar, kısa cevaplar veriyorlar.” (H7)

Bipolar ve ilişkili bozuklukların kişilik bozukluğu olduğunu ifade eden bir hemşire bulunmaktadır. Aşağıdaki hemşirenin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bipolar hastaları şöyle biraz kişilik bozukluğuyla ilgili. Kişilik bozukluğuyla alakalı bazı düşünce takıntıları oluyor onların.” (H7)

4.5.6. İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozuklukların Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Bipolar ve ilişkili bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisinde dört alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; biyolojik tedavi, terapötik ortam sağlama, psikososyal tedavi ve tam iyileşme gerçekleşmemesidir.

Alt Tema 1: Biyolojik Tedavi

Hemşirelerin 10’u ilaç tedavisi ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Bipolar ve ilişkili bozukluğu olan hastaların yaşam boyu ilaç tedavisi ile yaşam kalitelerinin yükseltilebileceği ifade edilmiştir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kronik bir hastalık, yaşam boyu ilaç tedavisiyle kontrol edilebilir.” (H4)

“İlaç tedavisiyle yaşam kalitesi yükseltilebilir.” (H6)

Alt Tema 2: Terapötik Ortam Sağlama

Hemşirelerin altı’sı iletişim ve destek ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Bipolar ve ilişkili bozukluğu olan hastalar ile iletişimin oldukça önemli olduğu, depresif dönemdeyken aktivitelere katılmaları adına desteklenmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Önce iletişim diyorum. İletişim kurmadan bakıma karar verilemiyor. Yani bunlarda daha çok konuşmak iyi geliyor.” (H2)

“Mutsuz olanlara gel diyoruz etkinliklere katıl, gel bahçeye çıkalım, konuşalım diyoruz ilaç tedavisinin yanında konuşarak destek oluyoruz.” (H8)

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer bir konu ise aktivitelere yönlendirmedir. Bipolar ve ilişkili bozukluğu olan hastaların enerjilerini aktivitelere yönlendirmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hareketli oldukları için aktivitelere yönlendirmek gerekiyor. Spora, resim etkinliklerine yönlendirmek gerekiyor.” (H2)

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer konular ise vital bulguların takibi, güvenlik önlemleri ve öz bakım desteğidir. Hemşirelerin yemek yeme, su içme, uyuma gibi durumlarının takip edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bunlara ek olarak öz bakım konusunda teşvik edilmeleri gerektiği, şiddete meyilli hastalar için güvenlik önlemleri alınması gerektiği ifade edilmiştir. Hemşirelerin ilaç tedavisine ek olarak psikoterapi ile ilgili de görüş bildirdikleri görülmektedir. Bazı hemşirelerin bu konulara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Uyku düzenlerine dikkat edilmeli, bazen manide çok yeme ya da yemeği unutma, depresif dönemde de yemek yememe gözlemleniyor.” (H13)

“İlacı uyumu, çevreye ya da kendine zarar verme yönünden takip edilmeli.” (H6)

“Kişisel bakımları da diğer bölümlerin hastalarına göre biraz daha geride depresif hastalarda olsun, şizofrenide olsun, bipolarda olsun. Hani el yıkama alışkanlığı, banyo yapma alışkanlığı, ağız bakımı, tırnak bakımı bunlar diğer bölümlerin hastalarına göre baya bir geride. Onları da günlük o kontrollerini yapıyoruz. Mesela ağız bakımı, ağızları kirli olan hastaları uyarıyoruz, gargara veriyoruz. Ondan sonra banyosunu yapmıyor

mesela hasta depresyonda oluyor, ie kapanıyor, yatıyor, banyosunu yapması için destekliyoruz. Bazen personelle birlikte hani zorla da olsa banyoya sokuyoruz artık yıkanman gerekiyor diye. Saçlarını taramıyorlar mesela burada bazı yatan hastalar. Bir hastanın saçı artık birbirine yapışmıştı onu mesela personelle birlikte kestik, sa bakımını yaptık. Ellerini yıkama alışkanlıkları, tırnak bakımları baya kötü. Bizim burada tırnak makasımız falan da var yine tırnak bakımlarını da onun desteği ile birlikte personelle yardımlaşarak o şekilde destek oluyoruz. Yine kıyafetleri öyle, hani kirli, dökük, yırtık olabiliyor. Kıyafet desteği de zaman zaman biz evimizden kullanmadığımız kıyafetleri getiriyoruz burada hastalara o yönden destek oluyoruz. Çünkü kişisel bakım olarak gerçekten diğer bölümlere göre farkındalıkları çok düşük, kendilerini bırakmış salmış bir vaziyetler.” (H9)

Alt Tema 3: Tam İyileşme Gerçekleşmemesi

Hemşireler aynı zamanda tam iyileşme gerçekleşmemesi ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Bipolar ve ilişkili bozukluğunun tedavi edilemediği ancak ilaçların düzenli kullanımı ile topluma uyum sağlayabilecekleri ifade edilmiştir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bunun tedavisi yok. Nasıl bir şey olabilir toplumda çok fazla bipolar hastası var. İlacını kullanır, düzenli kontrollerine giderse bir sıkıntı olmaz. Arada ilaç dozu değişmesi gerekebiliyor ya da işte ben iyiyim deyip ilacını kullanmadığı zaman bütün her şey alt üst oluyor. Kesin tedavisi gördüğüm kadarıyla yok.” (H7)

“Tedavi edilemez ama kontrol altına alınabilir. Sıkı takip gerekiyor ilaç kullanıp, kullanmadıklarını.” (H10)

Alt Tema 4: Psikososyal Tedavi

Bir hemşire bipolar ve ilişkili bozukluğun tedavisinde psikoterapi uygulanmasından bahsetmiştir.

“Hastalara BDT uygulayabiliriz.”(H7)

4.5.7. Takıntı- Zorlantı Bozukluğu (Obsesif- Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri

Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozuklukların tanım ve belirtilerinde üç alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; istenmeyen düşünce ve tekrarlayan davranışlar, ilişki kurma ve iletişimde bozulma, davranışsal ve duygusal değişimlerdir.

Alt Tema 1: İstenmeyen Düşünce ve Tekrarlayan Davranışlar

Hemşirelerin altı'sı istenmeyen düşünce ve tekrarlayan davranışlar ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Obsesif kompulsif bozukluğuna sahip hastaların istenmeyen düşüncelere sahip oldukları, bu düşünceler nedeniyle belirli hareketleri sıklıkla tekrarladıkları ifade edilmiştir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Durdurulamayan düşünce ve tekrarlayan davranışlar olarak tanımlayabilirim.” (H5)

“Yaptığı hareketi sürekli tekrarlayan hani gidemeyen, günlük rutinine devam edemiyor, tekrardan aynı hareketi yapıyor, onun içinden çıkamıyor, davranışı sürekli tekrar etmesi gerekiyor. Ettirmediginde anksiyete yaşıyor, anksiyetesi artıyor. Anca bunu yaptığında rahatlıyor, bu hareketi, bu eylemi.” (H15)

Alt Tema 2: İlişki kurma ve İletişimde Bozulma

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer konular ise ilişki kurma ve iletişimde bozulmadır. Hastaların sosyal hayattan izole olma, iş hayatına katılamama gibi işlevsel bozukluklar yaşadıkları ifade edilmiştir. Bazı hemşirelerin bu konulara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Kompülsiyonlarına bağlı izole oluyorlar. İşe gidemiyorlar ya da mesleklerini yapamıyorlar, günlük yaşam döngüsünü sürdürmekte zorlanabiliyorlar.” (H5)

“İnsanlarla iletişime geçmek istemiyorlar.” (H4)

Alt Tema 3: Davranışsal ve Duygusal Değişimler

Hemşireler obsesyonların anksiyeteye neden olduğu, engelenemeyen davranışlara sebep olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşireni konu ile ifadesi şu şekildedir:

“Obsesyonlarda da anksiyete çok sık karşılaşılabiliyor. Sürekli el yıkama, bundan dolayı lavabodan ayrılamadığı için anksiyete görülebiliyor.” (H4)

4.5.8 Takıntı- Zorlantı Bozukluğu (Obsesif- Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozuklukların Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisinde üç alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; psikososyal tedavi, tam iyileşme gerçekleşmemesi, biyolojik tedavi, terapötik ortam sağlamadır.

Alt Tema 1: Psikososyal Tedavi

Hemşirelerin beşi psikoterapiler ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Hemşireler özellikle bilişsel davranışçı terapilerin kullanılabileceğini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İlaç tedavisinin yanında bilişsel davranış terapilerinin de yürütülmesi gerekiyor bu hastalıkta.” (H5)

“Mesela ellerini lavaboya değdiriyorduk bizim karşımızda bekliyorduk, biz yarım saat bekledikten sonra ellerini yıkıyorduk. Yani öyle bir tedavisi vardı ama son zamanlarda bize gelmiyor. Eskiden yatıyordu onlar şimdi artık yok.” (H12)

“Sadece davranış terapisiyle azaltılabilir.” (H15)

Alt Tema 2: Tam İyileşme Gerçekleşmemesi

Hemşirelerin beşi aynı zamanda tam iyileşme gerçekleşmemesi ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Hemşireler obsesif kompulsif bozukluğun kronik bir hastalık olduğunu ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kronik bir rahatsızlık tamamen geçmiyor gibi düşünelim.” (H5)

“OKB’yi aşmak gerçekten çok zor.” (H7)

Alt tema 3: Biyolojik Tedavi

Hemşirelerin dördü ilaç tedavisi ile ilgili de görüş bildirdikleri görülmektedir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İlaç tedavisi ve hastaneye yatışlarla tedavi olabilirler.” (H4)

“İlaç tedavisiyle yaşam kalitesi yükseltilebilir.” (H6)

Alt Temalar 4: Terapötik Ortam Sağlama

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer konular ise iletişim, sosyal aktivitelere yönlendirme ve bireysel tedavidir. Hemşireler hastalar ile yargılamadan iletişim kurmaya çalıştıklarını, takıntıları ile ilgili onlarla konuştuklarını ifade etmişlerdir. Buna ek olarak, sosyal ortamlarda bulunmaları adına etkinliklere yönlendirilmeleri gerektiğini belirtmişlerdir. Bazı hemşirelerin bu konulara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Temizlik takıntıları, kirlenme takıntıları olanlarla konuşulmalı onlara mikrop kapmayacakları, kirlenmedikleri söylenmeli.” (H4)

“Mesela düzen konusunda, temizlik konusunda, bir şey yapamıyoruz hani şöyle bunu niye böyle yaptın, bu kadar düzenli olmak zorunda değilsin gibi bir eleştiri de yapamazsın.” (H7)

“Etkinliklere katılıp sosyal ortamlarda bulunmalılar.” (H4)

“OKB hastanın düşüncesi, obsesyonunun ne olduğu önemli onu bir kere belirlemek gerekiyor. Obsesyonuna yönelik de yaptığı kompülsiyonları değerlendirmek gerekiyor. Her kişide her hastada farklı obsesif düşünce yapısı kompülsiyonlar da farklı oluyor. Onun için her hasta kendine özgüdür ve bireysel olarak almak gerekir. Tedavi sürecini de ona göre yönlendirmek gerekiyor.” (H5)

4.5.9. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları Tanım ve Belirtileri

Anksiyete bozukluklarının tanım ve belirtilerinde üç alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; davranışsal ve duygusal değişimler, ilişki kurma ve iletişimde bozulma, saldırganlık ve kendine zarar vermedir.

Alt Tema 1: Davranışsal ve Duygusal Değişimler

Hemşirelerin dördü kaygı, korkular, depreyon, takıntılar, yeme ve uyku problemleri ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Bazı konu ile hemşirelerin ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hep bir korkuları var ve bu korkuları besliyorlar. Bu korkularıyla yaşamaya çalışıyorlar.” (H10)

“Kaygı bozukluğu diye tanımlarım.” (H11)

“Takıntıları var.” (H10)

“Uykusuzluk çekiyorlar, ya da yemeği bırakıyorlar.” (H10)

“Depresyonun biraz ağır hali diye tanımlayabilirim.” (H12)

Alt Tema 2: İlişki Kurma ve İletişimde Bozulma

Hemşire tarafından ifade edilen konular, aile içi huzursuzluk, iş veriminde bozulmadır. Hemşirenin ifadesi şu şekildedir:

“İş veriminde bozulma, aile içinde huzursuzluk, davranışlarında yerinde duramama gibi şikayetler ortaya çıkıyor.” (H14)

Alt Tema 3: Saldırganlık ve Kendine Zarar Verme

Hemşirelerden biri hastaların kendine zarar verebileceğini ifade etmiştir. Hemşirenin konu ile ilgili ifadesi şu şekildedir:

“Anksiyete durumunda hastanın kendisine zarar verme riski de yüksek oluyor, anksiyetenin onda yarattığı gerginliğe dayanamayıp suisitel girişimler aslında çok. Depresyonda, psikotik hastalar gibi değerlendirilirken aniden işte basında duyardık, hiçbir şeyi yokken kişi cinnet geçirdi ve işte kendisini öldürdü gibi, aslında biraz da bunlar anksiyeteye katlanmaktan kaynaklanan sıkıntılar da olabiliyor.” (H5)

4.5.10 Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Anksiyete bozukluklarının hemşirelik bakımı ve tedavisinde dört alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; biyolojik tedavi, psikosoyal tedavi, tam iyileşme gerçekleşmemesi ve terapötik ortam sağlamadır.

Alt Tema 1: Biyolojik Tedavi

Hemşirelerin beşi ilaç tedavisini görüş olarak bildirmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İlaçların düzenli kullanıp kullanılmadığı bakılabilir.” (H14)

“Tedavi edilir. İlaç tedavisi, psikolog görüşmeleriyle diye düşünüyorum.” (H12)

Alt Tema 2: Psikososyal Tedavi

Hemşirelerin üçü baş etme yöntemlerini geliştirme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Sorunlarıyla baş etmeyi öğretmek lazım.” (H10)

“Tamamen olmasa bile en azından baş etme yöntemleri öğretilir.” (H11)

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer bir konu ise psikoterapilerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Psikolog olduğu zaman psikolog görüşmesi yapılıyor.” (H12)

Hemşirelerin altısı iletişim ve destek ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Hemşireler hastalar ile kaygıları üzerine konuşulması gerektiğini belirtmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Onları dinlemek, onlarla konuşmak lazım.” (H10)

“Konuşabiliriz, onun kaygıları, endişeleri hakkında bilgi alabiliriz.” (H11)

Alt Tema 3: Tam İyileşme Gerçekleşmemesi

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer bir konu ise tam iyileşme gerçekleşmemesidir. Hemşireler tamamen iyileşme olmayacağını ancak ilaç ve psikoterapiler ile kontrol edilebileceğini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kişilik özelliği olduğu için kontrol altına alına bilinir. Tamamen iyileşebileceğini düşünmüyorum.” (H6)

“Tedavi edilemez ama biraz daha kontrol altına alınabilir gibi. Yaşanabilir yani. Çünkü çok var dışarıda depresyonu olan, anksiyete bozukluğu olan hani ilaç kullanan daha da yaygın.” (H15)

Alt Tema 4: Terapötik Ortam Sağlama

Hemşireler etkinliklere yönlendirme ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Anksiyete hastalarının diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi aktivitelere katılmaları adına teşvik edilmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Aşağıdaki hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Özellik gerektiren bir hemşirelik bakımı olduğunu düşünmüyorum. Klasik bakım, ilaç takibi, aktivitelere katılım gibi.” (H6)

“İş uğraş terapisine yönlendirmek lazım. Onlara görev veriyoruz. Görev verince kendilerini değerli hissediyorlar.” (H10)

4.5.11. Beslenme ve Yeme Bozuklukları Tanım ve Belirtileri

Beslenme ve yeme bozukluklarının tanım ve belirtilerinde iki alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; septomların farklılaşması, davranışsal ve duygusal değişimlerdir.

Alt Tema 1: Septomların Farklılaşması

Hemşireler hastaların beden algısının bozulduğunu, kendilerini kilolu gördüklerini belirtmişlerdir.

“Kendi beden algısının bozulması, kendisini kilolu görmesi bunun için de beden algısı bozulduğu için ne kadar zayıf olursa olsun o kendine aynaya baktığında öyle görmüyor.” (H5)

Alt Tema 2: Davranışsal ve Duygusal Değişimler

Hemşireler anoreksiya ve bulimiya gibi çeşitleri olduğunu, hastaların kendilerini kilolu olmadıkları halde o şekilde algıladıklarını ve kusma gibi davranışlar sergilediklerini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin bu konulara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Anoreksiya ve bulimia nevroza şimdi ikisi arasın da en belirgin olan, bulimia da kusma davranışı olduğunu ya da laktasiflerin kötüye kullanımı gibi durumlar olabiliyor. Anoreksiya beden algısında bozulma oluyor. Kişiler kendilerini beğenmemeleri şeklinde oluşabiliyor.” (H13)

4.5.12. Beslenme ve Yeme Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Beslenme ve yeme bozukluklarının hemşirelik bakımı ve tedavisinde dört alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; psikososyal tedavi, terapötik ortam sağlama, biyolojik tedavi ve terapötik ortam sağlamadır.

Alt Tema1: Psikososyal Tedavi

Hemşirelerin tarafından ifade edilen konulardan biri psikoterapidir. Bu hastaların daha dirençli olduğu ve davranış terapileri ile desteklenmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Aşağıdaki hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bunlarda hemşirelik bakımı daha zor. Bunlarda psikotik hastalar gibi dirençli, çok dirençli. Uyum göstermede çok sıkıntılı. Genelde de davranış terapisi ihtiyacı olan, daha uzun süreli hastalar.” (H15)

Alt Tema 2: Terapötik Ortam Sağlama

Hemşirelerin ikisi kilo takibi ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Hastaların belirli aralıklarla tartıldıklarını ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Haftada iki kez tartıyoruz.” (H13)

“Tartıyoruz onlara göstermiyoruz.” (H15)

Hemşirelerin özellikle yeme öğünlerinin takip edildiği, yemekten sonra lavabolara gidilmemesi gibi güvenlik önlemleri alındığı belirtilmiştir.

“Yeme öğünlerini takip ediyoruz, yemekten sonra kontrol ediyoruz lavaboya gitmemeleri için.” (H13)

Alt Tema 3: Biyolojik Tedavi

Hemşirelerin tarafından ifade edilen diğer bir konu ise ilaç tedavisidir. Bazı hemşirenin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Tedavi edilebilir. İlaç tedavisi ve terapilerle sorun çözülürse normal yaşantısına devam edebilir.” (H5)

Alt Tema 4: Tam İyileşme Gerçekleşmemesi

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer konu ise tam iyileşme gerçekleşmemesidir, Bu hastaların tamamen iyileşmedikleri ve dirençli oldukları vurgulanmıştır. Bazı hemşirelerin bu konulara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“En son bir tane firmanın, bir yazı okumuştum ... grubunun mu ne ikiz kızları varmış, ikizlerden biri blumiaymış. Küçükken 14 yaşında çıkmış. Ama sonradan uzun süre terapi

almışlar, takip etmişler falan. Şuanda gündelik hayatları nasıl devam ediyor bilmiyorum. Biri modacı olmuş. Biz buradaki hastaları klinikte görüyoruz, sonraki hayatlarında nasıl oluyor nasıl bitiyor, burada da o muamma benim için. Benim kendi görüşüm yani ekonomik durumun varsa sonrasında da devam edebilecekse ama aile de bunu sürekli sürdürecekse, terapiyle, başka şeyle, düzenli kontrolle kontrol altına alınabilir. Ama ufacık bir anksiyete, bir şey yaşadığında yeniden tekrar etme olasılığı yüksek diye düşünüyorum. Ve buradaki hastaların maddi durumlarının, olanaklarının da ne kadar yetebileceği konusunda çok olumlu bakmıyorum. Çünkü daha dirençli.” (H15)

4.4.13. Kişilik Bozuklukları Tanım ve Belirtileri

Kişilik bozukluklarının tanım ve belirtilerinde dört alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; saldırganlık ve kendine zarar verme, duygusal değişimler, ilişki kurma ve iletişimde bozulma ve septomların farklılaşmasıdır.

Alt Tema 1: Saldırganlık Ve Kendine Zarar Verme

Hemşireler, kişilik bozukluğuna sahip hastaların şiddete meyilli olabildiklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin bu konulara ilişkin görüşlerine aşağıda yer verilmiştir:

“Borderline , saldırgan ve kendine zarar veren, kendi vücutlarını kesenler ya da vücutlarında sigara söndürenler daha çok kendilerine zarar verenler olarak tanımlıyorum. Bir hastamız vardı duvara yumru atarak devamlı kolunu kırıyordu. Küfürbazlar ve uyumsuzlar.” (H10)

Alt Tema 2: Duygusal Değişimler

Hemşirelerden biri kişilik bozukluğunu duygu değişimi olarak ifade etmiştir. Hemşirenin ifadesi şu şekildedir:

“Bazen duygu durum bozukluğu olarak da düşünüyorum çünkü bir mutlu, bir mutsuz diye tanımlayabilirim.” (H13)

Alt Tema 3: İlişki Kurma ve İletişimde Bozulma

Hemşireler tarafından hastaların sosyal hayatta sorunlar yaşayabildikleri ifade edilmiştir.

“Hastanın şöyle sıkıntıları olabiliyor, yani toplumda, iş hayatında sorun yaşıyor, ilişkilerinde sorun yaşıyor. Normal sosyal hayatına devam edemiyor, bir tedaviye ihtiyaç duyuyor.” (H7)

“Bu insanlar günlük hayatlarında sürekli problem yaşıyorlar. Diğer insanlara ayak uyduramadıkları için, hayata adapte olamadıkları için daha çok depresif olarak servise yatış yapıyorlar. İsteksiz oluyorlar.” (H13)

Alt Tema 4: Septomların Farklılaşması

Hemşirelerin biri kişilik bozukluğu olan hastaların, kendilerini diğerlerinden daha iyi gördükleri belirtmiştir.

“Genelde her konuda kendilerinin daha iyi olduğunu düşünme şeklinde oluyor.” (H13)

4.5.14. Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Kişilik bozukluklarının hemşirelik bakımı ve tedavisinde üç alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; terapötik ortam sağlama, tam iyileşme gerçekleşmemesi ve biyolojik tedavidir.

Alt Tema 1: Terapötik Ortam Sağlama

Hemşirelerin ikisi iletişim ve destek ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Kişilik bozukluğuna sahip hastalarda tedaviye karşı direnç olabildiği, bu nedenle servis kuralları ile ilgili sıklıkla iletişim kurulması gerektiği belirtilmiştir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Anlaşmaya gidilmeli hastalarla, servis kurallarına uyulması sağlanmalı, servis kurallarını çok sık hatırlatıyoruz.” (H10)

“Tedaviyi reddetme olabiliyor. O yüzden hangi ilaç onu nasıl etkiliyor anlatmak gerekiyor.” (H13)

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer konular ise sınır koyma ve tespit yöntemi, güvenlik önlemleri, tedavinin sürekliliğini sağlama ve erken müdahalenin önemidir. Özellikle şiddete meyilli hastalar için sınır koyma ve tespit yönteminin kullanıldığı, hastaların takip edildiği ifade edilmiştir. Bu hastaların erken dönemde tespit edilerek

tedavilerinin devamlı olmasının sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Hemşirelerin bu konulara ilişkin ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

“Bazen saldırgan olabiliyorlar, hastaya sınır konuluyor bazen tespit yöntemini uygulayabiliyoruz.” (H13)

“Uzaktan takip edilmeli.” (H10)

“Bu hastalarda biraz da ilaç kullanımı, kontrollere düzenli gitmesi önemli.” (H7)

“Erken dönemde (tedavi) edilebilir diye düşünüyorum.” (H7)

Alt Tema 2: Tam İyileşme Gerçekleşmemesi

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer bir konu ise tedavi edilememesidir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Artık insanın karakteri olduğu için tedavi edilebildiğini düşünmüyorum. Kişilik bozuklukları tedavi edilemez bence.” (H13)

Alt Tema 3: Biyolojik Tedavi

Hemşireler tarafından ifade edilen diğer bir konu da ilaç tedavisidir. Aşağıdaki hemşirenin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İlaç tedavisi olabilir.” (H7)

4.5.15. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Tanım ve Belirtileri

Madde bağımlılığının tanım ve belirtilerinde üç alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; saldırganlık, iştahsızlık ve ruhsal hastalık olmamasıdır.

Alt Tema 1: Saldırganlık

Hemşireler hastaların ajitasyon yaşadıklarını belirtmişlerdir. Konu ile ilgili hemşirenin ifadesi şu şekildedir:

“Buraya madde kullanıp geliyorlar. Maddenin etkisi geçince ajite oluyorlar.” (H10)

Alt Tema 2: İştahsızlık

Hemşireler hastaların iştahsızlık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Konu ile ilgili hemşirenin ifadesi şu şekildedir:

“İştahsız oluyorlar. Bol, bol su içmelerini hatırlatıyoruz, ilaç ağız kuruluğu yaptığı için.”
(H10)

Alt Tema 3: Ruhsal Hastalık Olmaması

Bir hemşire madde bağımlılığını ruhsal hastalık olarak tanımlamadığını ifade etmiştir. Hemşirenin ifadesi şu şekildedir:

“Madde bağımlılığını psikiyatrik bir hastalık olarak düşünmüyorum. Bizde yatıyor ama psikiyatrik bir hastalık değil bence.” (H12)

4.5.16. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Madde bağımlılığının hemşirelik bakımı ve tedavisinde üç alt tema tanımlanmıştır. Bunlar; biyolojik tedavi, tam iyileşme gerçekleşmemesi ve terapötik ortam sağlamadır.

Alt Tema 1: Biyolojik Tedavi

Hemşireler madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde ilaç tedavisinden bahsetmişlerdir. Bazı hemşirelerin konuya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“IV tedavileri oluyor.” (H10)

“İlaç tedavisi olabilir.” (H12)

Alt Tema 2: Tam İyileşme Gerçekleşmemesi

Hemşireler tam iyileşme gerçekleşmediğini ifade etmişlerdir.

“Ben tedavi edilen görmedim.” (H10)

Alt Tema 3: Terapötik Ortam Sağlama

Hemşirelerin bahsettiği bir diğer konuda vital bulguların takibidir. Hemşirenin ifadesi şu şekildedir:

“İştahsız oluyorlar yemek takibi yapıyoruz, yemelerini sağlıyoruz. Kan şekeri takibi yapılıyor.” (H10)

4.5.17. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri

Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların tanım ve belirtilerinde septomların farklılaşması alt teması tanımlanmıştır.

Alt Tema 1: Septomların Farklılaşması

Bir hemşire bu hastaların fiziksel bir nedenleri olmadığı halde hastalık belirtileri gösterdiklerini ve hastalık şüphesi taşıdıklarını ifade etmiştir. Aşağıdaki hemşirenin bu konulara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Bireyin sürekli ağrısının olması ya da sürekli hasta olduğunu düşünmesi. Bu sorunlarının temelinde fiziksel bir etken olmaması olarak tanımlayabilirim.” (H13)

4.5.18. Bedensel belirti bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisinde iki alt tema tanımlanmıştır. Bunlar terapötik ortam sağlama ve tam iyileşme gerçekleşmemesidir.

Alt Tema 1: Terapötik Ortam Sağlama

İlaçların kullanımına yönelik hastalara eğitim verildiği, hastaların aktivitelere yönlendirildiği belirtilmiştir. Hemşirenin bu konulara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“İlaçların kullanıma yönelik eğitimler verilmeli diye düşünüyorum.” (H13)

“Bu hastaları aktivitelere yönlendirerek dikkatleri başka yöne çekilmeli.” (H13)

Alt Tema 2: Tam İyileşme Gerçekleşmemesi

Hemşire kronik bir hastalık olduğunu ifade etmiştir. Hemşirenin ifadesi şu şekildedir:

“Bir süreliğine ortadan kalkıyor gibi oluyor. Ama tedavi edildiğini düşünmüyorum. Kronik bir hastalıktır. Tekrar eder.” (H13)

4.6. Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme Ve Geliştirme Yöntemleri

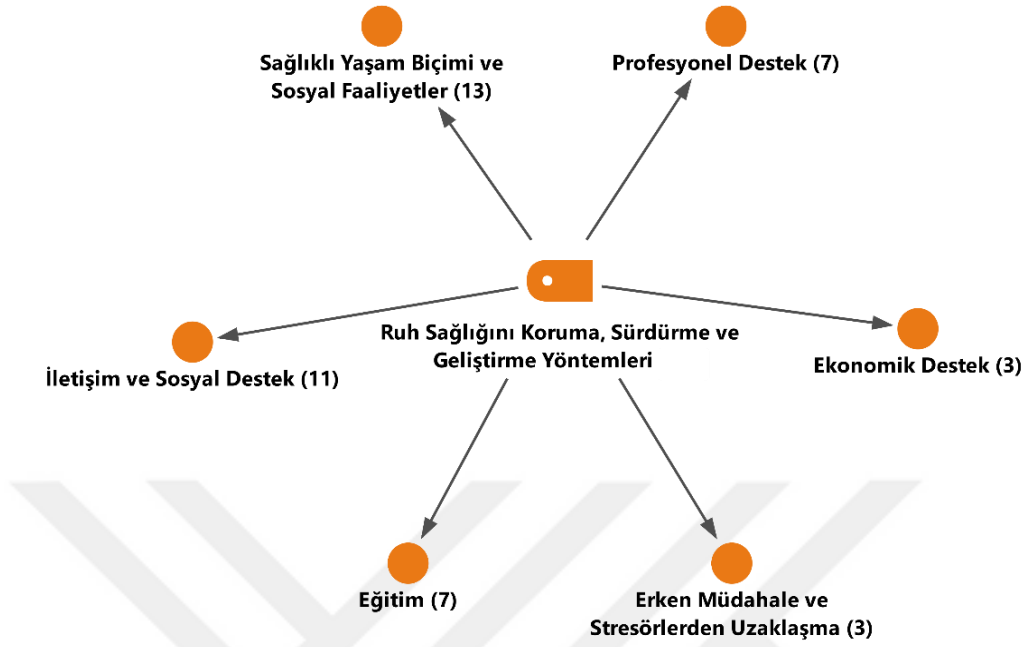
Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemleri ilişkin görüşlerine ait bulgular Tablo 4.6'da gösterilmiştir.



Tablo 4.6: Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme Ve Geliştirme Yöntemlerine İlişkin Görüşlerine Ait Tema, Alt Tema ve Kodlar

Kodlanan İfadeler	Alt tema	Ana Tema
- Hastaları taburcu olduktan sonra sosyal faaliyetlerde bulunabileceği kurumlara yönlendiriyorum. Bireyler ruh sağlığı için spor yapmalarını, kendi düzeylerinde kitap okumalarını öneriyorum, ekonomik durumlarına göre tavsiye veriyorum. Keyif alınan şeylere yönelmenin önemli olacağını düşünüyorum. - Spor yapılabilir. Kendine vakit ayrılabilir. Bir hobi edinmek olabilir	sağlıklı yaşam biçimi ve sosyal faaliyetler,	Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme ve Geliştirme Yöntemleri
- Toplumda herkes ruh sağlığının iyi devam etmesini istiyorsa herkes birbiriyle iletişim halinde olması çok önemli. Ve insanların birbirine destekleyici bir rol içinde olması çok önemli. - İnsanlar sosyal çevresiyle zaman geçirmeli, konuşmalı diye düşünüyorum	iletişim ve sosyal destek,	
- Hastalara taburculuk sonrası dönemdeki tedavileri için eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyorum. - Eğitimler olabilir gelişim üzerine bilgisi olanlardan, kurumlardan, hekimlerden, ruh sağlığı ile ilgili deneyimli eğitimli kişilerden fikir alarak geliştirilebilir.	eğitim,	
- Eğer ikili ilişkilerde problem yaşıyorsa danışmanlık almasını tavsiye ederim. Ruh sağlığında sebebi ortadan kaldırmadığımız sürece ruh sağlığımız bozulmaya devam ediyor. Kendimiz baş edemiyorsak bir psikiyatri uzmanından ya da psikologdan yardım almasını önerebilirim - Terapiye gidilebilir	profesyonel destek,	
- Sorunları küçükken çözmek... - Bizi mutsuz olan ortamlardan insanlardan uzak durmak olabilir. Bakış açısı değiştirilebilir, olmayan bir şey için zorlamak yerine farklı alana yönelmek	erken müdahale ve	
Stresörleri azaltmak gerekir	stresörlerden uzaklaşma,	
Ekonomik destek verilmeli bu hastalara. Aileler ruhsal hastalığı olan bireylere bakarken zorlanıyor, çalışmaları gerekiyor devlet onlara izin vermeli.	ekonomik destektir	

Ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemleri teması kendi içerisinde altı alt tema ile tanımlanmıştır. Bunlar; sağlıklı yaşam biçimi ve sosyal faaliyetler, iletişim ve sosyal destek, eğitim, profesyonel destek, erken müdahale ve stresörlerden uzaklaşma, ekonomik destektir (Şekil 4.6).



Şekil 4.6: Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme ve Geliştirme Yöntemleri ilişkin görüşlerine İlişkin Temalar

4.6.1. Alt Tema: Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Sosyal Faaliyetler

Hemşirelerin ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemi olarak yoğunlukla sağlıklı yaşam biçimi ve sosyal faaliyetlerden bahsettikleri görülmektedir. Spor, sağlıklı ve düzenli beslenme, kitap okuma gibi alışkanlıkların ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme adına yararlı olduğunu ifade etmektedirler. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hastaları taburcu olduktan sonra sosyal faaliyetlerde bulunabileceği kurumlara yönlendiriyorum. Bireyler ruh sağlığı için spor yapmalarını, kendi düzeylerinde kitap okumalarını öneriyorum, ekonomik durumlarına göre tavsiye veriyorum. Keyif alınan şeylere yönelmenin önemli olacağını düşünüyorum.” (H1)

“Spor yapılabilir. Kendine vakit ayrılabilir. Bir hobi edinmek olabilir.” (H4)

“Ben ruh sağlığı için düzenli beslenmenin de önemli olduğunu düşünüyorum, düzenli egzersizin önemli olduğunu düşünüyorum. Çünkü sabah gün ışığı almak o gün hem bedenem kendimizi iyi hissetmemizi hem de ruhen iyi hissetmemizi sağlıyor. Onun için hiçbir şey yapmıyorsak, çalışmıyorsak bile bakkala gidip sabah güneş doğduktan sonra ekmek, gazete alınmasının bile değerli olduğunu düşünüyorum. Kitap okumak, gazete

okumak, belli yayınlar diyeyim çünkü artık televizyonda da her şeyi izlemek doğru değil hani televizyon izlerken de biraz seçici olmalı diye düşünüyorum, bir şeylerle meşgul olmanın bizim ruh sağlığımızı koruyacağını düşünüyorum.” (H5)

4.6.2. Alt Tema: İletişim ve Sosyal Destek

Hemşirelerin ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemi olarak yoğunlukla iletişim ve sosyal destekten de bahsettikleri görülmektedir. Hemşireler sosyalleşmenin, diğerleriyle iletişime geçmenin yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Toplumda herkes ruh sağlığının iyi devam etmesini istiyorsa herkes birbiriyle iletişim halinde olması çok önemli. Ve insanların birbirine destekleyici bir rol içinde olması çok önemli. Gerek eğitimsel açıdan bildiklerini paylaşma, yönlendirme, sıkıntısını fark etme, doğru bir kuruma yönlendirme açısından, gerek manevi destek gerek maddi destek. En önemlisi farkında olmak, insanların sıkıntılarının, yaşadıklarının. Konuşma, iletişime geçerek bir şekilde farkında olmakla her şeyin başlayacağını düşünüyorum.” (H9)

“Bu kişiler yalnız kişiler, onları biraz daha sosyalleştirmek gerek. Sağlıklı birey için kendini mutlu edecek şeyler yapmalı, olumsuz düşünmemeli, sorunlarla baş etmeye çalışılmalı eğer baş edilemezse onunla yaşamayı öğrenmeli. İnsanlar sosyal çevresiyle zaman geçirmeli, konuşmalı diye düşünüyorum.” (H11)

4.6.3. Alt Tema: Eğitim

Hemşireler ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemi olarak eğitimi vurgulamışlardır. Hemşireler toplumun ruhsal hastalıklar konusunda bilinçlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Bazıları hastaların tedavi sürecine ilişkin bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hastalara taburculuk sonrası dönemdeki tedavileri için eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyorum.” (H1)

“Eğitimler olabilir gelişim üzerine bilgisi olanlardan, kurumlardan, hekimlerden, ruh sağlığı ile ilgili deneyimli eğitilmiş kişilerden fikir alarak geliştirilebilir.” (H3)

“Toplumu bilinçlendirmek gerekir ruh sağlığı bozulan bireyler dışlanabiliyor, aileler bilgilendirilmeli, çocukların davranışlarını gözlemeli ve bir problem olduğunda farkına varılabilmeli.” (H4)

4.6.4. Alt Tema: Profesyonel Destek

Hemşirelerin ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemi olarak profesyonel desteği de vurgulamışlardır. Hemşireler ruh sağlığı ile ilgili problemleri çözmek adına psikiyatrist veya psikologlardan destek alınması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bazı hemşireler konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Eğer ikili ilişkilerde problem yaşıyorsa danışmanlık almasını tavsiye ederim. Ruh sağlığında sebebi ortadan kaldırmadığımız sürece ruh sağlığımız bozulmaya devam ediyor. Kendimiz baş edemiyorsak bir psikiyatri uzmanından ya da psikologdan yardım almasını önerebilirim.” (H2)

“Terapiye gidilebilir.” (H6)

“Hasta olanlar ilaçlarını kullansınlar, doktor takiplerini, aile desteğini alsınlar. TRSM, bu konuda hastaların takibi ve destek alacağı bir yer olduğu için iyi olabiliyor. TRSM’ler çoğaltılmalı.” (H8)

4.6.5. Alt Tema: Erken Müdahale

Hemşireler tarafından ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemlerinde bahsedilen bir diğer konu ise erken müdahaledir. Hemşirenin ifadesi şu şekildedir:

“Sorunları küçükken çözmek...” (H3)

4.6.6 Alt Tema: Stresörlerden Uzaklaşma

Hemşirelerden biri problemleri daha fazla büyümeden çözmenin ve problem yaratan durumlardan uzaklaşmanın önemini vurgulamıştır. Hemşirenin konu ile ilgili ifadesi şu şekildedir:

“Bizi mutsuz olan ortamlardan insanlardan uzak durmak olabilir. Bakış açısı değiştirilebilir, olmayan bir şey için zorlamak yerine farklı alana yönelmek. Stresörleri azaltmak gerekir.” (H4)

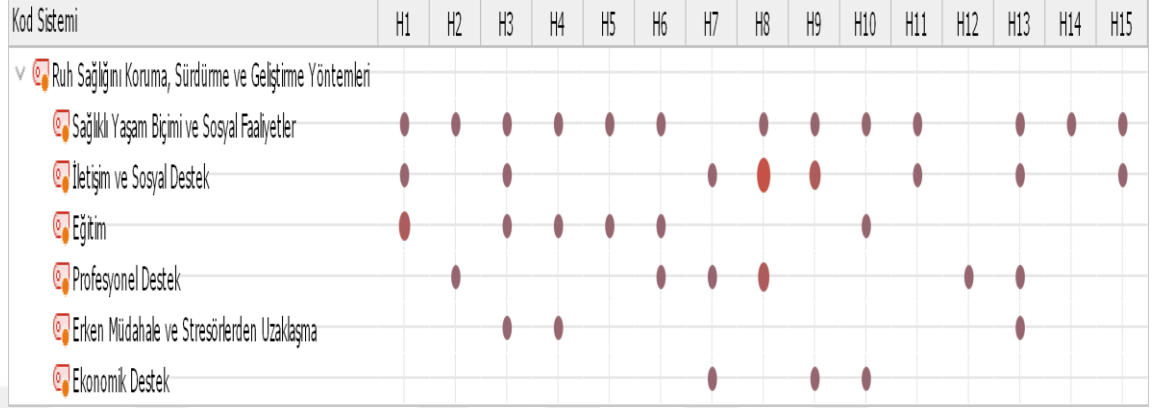
4.6.7 Alt Tema: Ekonomik Destek

Hemşireler tarafından ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemlerinde bahsedilen bir diğer konu ise erken ekonomik destektir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Mesela bazıları gerçekten iş imkanı olsa, para kazanmış olsa normal hayatlarına devam edebilecek hastalar da var. Hani dedim ya iş imkanı oluyor, kurumda çalışıyor mesela özel sektörde çalışıyor, normal hayatına devam edebiliyor belirli bir tedavi olduktan sonra. Maddi durum olmadıymıydı durum biraz daha zorlaşabiliyor. Buradan çıkıp herhangi bir geliri olmayan sokakta yaşayan hastalar da var, ilacını bile alamıyor. Sosyal hizmetler kurumu bu konuda devreye giriyor ama çok sınırlı imkanlarımız tabii.” (H7)

“Ekonomik destek verilmeli bu hastalara. Aileler ruhsal hastalığı olan bireylere bakarken zorlanıyor, çalışmaları gerekiyor devlet onlara izin vermeli. Bu hastalıklar 15-16 yaşında çıktığı için hastane dışında evde ki bakımda önemli, o yüzden anne ya da baba ya yasal izin verilmeli.” (H10)

Şekil 4.6.1: Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme ve Geliştirme Yöntemleri Temasının Hemşirelere Göre İncelenmesi



Şekil 4.6.1 incelendiğinde hemşire görüşlerinin sağlıklı yaşam biçimi ve sosyal faaliyetler ile iletişim ve sosyal destek konuları üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi ve sosyal faaliyetler ile ilgili H1, H2, H3, H4, H5, H6, H8, H9, H10, H11, H13, H14 ve H15; iletişim ve sosyal destek ile ilgili H1, H3, H7, H8, H9, H11, H13 ve H15 kodlu hemşireler görüş bildirmişlerdir (Şekil 4.6.1).

4.7. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Hemşirelerin Duygu ve Düşünceleri

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere hemşirelik bakımı vermeye yönelik hemşirelerin duygu ve düşünceleri ilişkin görüşlerine ait bulgular Tablo 4.7 'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7: Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Hemşirelerin Duygu ve Düşüncelerine İlişkin Görüşlerine Ait Tema, Alt Tema Ve Kodlar

Kodlanan İfadeler	Alt tema	Ana Tema
Bakım verirken hissedilen duygular		Ruhsal hastalığı olan bireylerin hemşirelik bakımına yönelik hemşirelerin tutumları
- Psikiyatride çalıştığım içinde kendimi iyi ve mutlu hissediyorum - Önce bir mesleki tatmin var. Birine yardımcı olmanın verdiği bir keyif ve özellikle o hastanın biraz iyileşme gösterdikten sonra, ona yardımcı olduğumuz ve ona bir parça da olsa faydalı olduğumuzu görmekten duyduğumuz keyif bize yetiyor	mesleki doyum ve mutluluk,	
- Saldırgan hastalar gerçekten korkutuyor yani. Tedirgin oluyorsunuz ister istemez - Çok korkuyordum ilk başlarda, yabancı bir ortam nasıl davranacağını bilmiyorsun, saldırgan olabiliyorlar, libidoları yüksek. Zamanla alışıyorsun	korku,	
- Önce empati kuruyorum. Empati bizim için çok önemli bir insanı kendi yerinize koyarsanız, hangi davranışı görmek istiyorsanız, onu yaparsınız - Ruh sağlığı bozulan bireye bakım verirken benim hissettiklerim yani ister istemez biraz etkileniyoruz. Çünkü empati durumu her zaman oluyor.	empati,	
- Bakım verirken üzülüyorum - Genç yaştaki insanlara üzülüyorum	üzüntü,	
- Bizim bu anlamda çok bir katkımız oluyor mu ona bakarsak hemşirelik bakımından çok bir şey yapamıyoruz. - Bazen çaresiz de hissediyorum, sorguluyorum. Yani kişiyi tespit ediyoruz, ister istemez onu yapmak durumundayız. Bize karşı öfkeleniyor. O durumda kendimi çaresiz hissettiğim oluyor. Ya da bazen korkuyorum, nadiren	yetersizlik,	
Pozitif olarak da halimize şükretme kısmı pozitiflik sadece. İyi ki biz böyle değiliz veya iyi ki böyle ailelerde doğmadık, iyi ki genetik yatkınlığımız yok gibi şeylerde pozitif yönleri.	şükretme,	
- Empatiyle sempatiyi karıştırmamaya öncelikle dikkat ediyorum. - Profosyonel davranmak gerekiyor	profesyonellik	
Normal klinik gibi değil. Sürekli bir yerleri kapatmak, dosyaları falan. Özellikle 8/24 mesaisinde çok bunalıyorum	ve bunaltıdı	

Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere hemşirelik bakım verirken çeşitli duygular hissettikleri görülmektedir. Bunlar; mesleki doyum ve mutluluk, korku, empati, üzüntü, yetersizlik, şükretme, profesyonellik ve bunaltıdır.

4.7.1. Alt Tema: Mesleki Doyum ve Mutluluk

Hemşirelerin görüşlerinin mesleki doyum ve mutluluk üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Hemşireler ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verirken onlara faydalı olduklarını düşündükleri, bu durumun mutluluk, keyif ve doyum verdiğini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Psikiyatride çalıştığım içinde kendimi iyi ve mutlu hissediyorum.” (H2)

“Önce bir mesleki tatmin var. Birine yardımcı olmanın verdiği bir keyif ve özellikle o hastanın biraz iyileşme gösterdikten sonra, ona yardımcı olduğumuz ve ona bir parça da olsa faydalı olduğumuzu görmekten duyduğumuz keyif bize yetiyor.” (H3)

“Onlardan geri bildirim aldığım da, onlarda bir farkındalık oluşturduğumda bu beni mutlu ediyor. Farklı bir doyum alıyorum. Normal yarayı iyileştirmek, cerrahi de yaptım. Ya da onların kararsız olduklarında, korktuklarında işte güvendesiniz, biz buradayız dediğim de kişinin buna inanması, bana güvenmesi beni mutlu ediyor.” (H15)

4.7.2. Alt Tema: Korku

Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verirken korku hissettikleri görülmektedir. Hemşireler, psikiyatri kliniğinde ilk çalışmaya başladıklarında veya saldırgan hastalar ile karşılaştıklarında korku hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Birçok klinikte çalıştım. Pek hoşlandığım bir klinik değildi ama şu anda burada çalışmak tedirgin etmesine rağmen seviyorum. Hastaları seviyorum. Bazen gerçekten ilk 3 günlük akut dönemini geçtikten sonra biraz daha iletişime açık oldumuydu hastalar daha sevimli oluyorlar. Saldırgan hastalar gerçekten korkutuyor yani. Tedirgin oluyorsunuz ister istemez.” (H7)

“Çok korkuyordum ilk başlarda, yabancı bir ortam nasıl davranacağını bilmiyorsun, saldırgan olabiliyorlar, libidoları yüksek. Zamanla alışyorsun.” (H8)

4.7.3. Alt Tema: Empati

Hemşireler ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verirken empati kurmaktadırlar. Hemşireler bakım verirken kendilerini hastaların yerine koyduklarını ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Önce empati kuruyorum. Empati bizim için çok önemli bir insanı kendi yerinize koyarsanız, hangi davranışı görmek istiyorsanız, onu yaparsınız. Bizde psikiyatri hemşireleri olarak, daha iyimser ve merhametli bir şekilde yaklaşmaya çalışıyoruz. Çünkü zaten hastalar dışlanmış, aile bakmak istemiyor. Bumerang kullanıyoruz biz. Bumerang gülümsemek biz hastalara iyi yaklaştığımız zaman geri dönüşü de hastalardan iyi oluyor. Ben empati ve bumerang kullanıyorum.” (H2)

“Ruh sağlığı bozulan bireye bakım verirken benim hissettiklerim yani ister istemez biraz etkileniyoruz. Çünkü empati durumu her zaman oluyor. Ne kadar profesyonel yaklaşmaya çalışsak da insan olduğumuz için bazen böyle zor durumda hissettiğimiz, çıkmazda olduğumuz zamanlar da olabiliyor.” (H9)

4.7.4. Alt Tema: Üzüntü

Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verirken üzüntü yaşadıkları görülmektedir. Hemşireler özellikle genç yaştaki ruhsal sağlığı olan bireylere bakım verirken üzüldüklerini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bakım verirken üzüliyorum.” (H4)

“Genç yaştaki insanlara üzüliyorum.” (H14)

4.7.5. Alt Tema: Yetersiz Hissetme

Hemşireler ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verirken yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Hemşireler bakım verirken kimi zaman çaresiz hissettiklerini, yeteri kadar bilgili olmadıklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bizim bu anlamda çok bir katkımız oluyor mu ona bakarsak hemşirelik bakımından çok bir şey yapamıyoruz. Anlatmak istediği şeyler olunca zaten bunu daha çok psikolog ile görüşüyorlar. Biz bunu detaylı eğitimini almadığımız için yani bir psikiyatri doktoru, psikolog daha detaylı eğitim alıyor ama bizde branşlaşma yok bir özel eğitimden geçerek gelmiyoruz. Yani 27 yıllık hemşireyim daha öncesinde de çalıştım 4-5 yıl psikiyatride ama orada biraz daha bilinçli değildim sanırım. Hani buraya geldiğimde bir de psikiyatri servisi olunca sadece psikiyatri vakaları olunca biraz daha algı değişiyor sanırım sonrasında daha farklı bakıyorsun. Elimizden geldiğince daha tecrübeli hemşireleri izleyerek bazı şeyleri öğrenmeye çalışıyoruz o anlamda hastalara o şekilde yardımcı olmaya çalışıyoruz.” (H7)

“Bazen çaresiz de hissediyorum, sorguluyorum. Yani kişiyi tespit ediyoruz, ister istemez onu yapmak durumundayız. Bize karşı öfkeleniyor. O durumda kendimi çaresiz hissettiğim oluyor. Ya da bazen korkuyorum, nadiren.” (H15)

4.7.6. Alt Temalar: Şükretme

Hemşireler tarafından ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verirken yaşadıkları diğer bir duygu şükretmedir. Hemşireler kendi sağlıkları için şükrettiklerini belirtmişlerdir. Bu konular ile ilgili bazı hemşirelerin ifadeleri şu şekildedir:

“Pozitif olarak da halimize şükretme kısmı pozitiflik sadece. İyi ki biz böyle değiliz veya iyi ki böyle ailelerde doğmadık, iyi ki genetik yatkınlığımız yok gibi şeylerde pozitif yönleri.” (H9)

4.7.7. Alt Tema: Profesyonellik

Hemşireler hastalara bakım verirken olabildiğince profesyonel yaklaşılmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

“Empatiyle sempatiyi karıştırmamaya öncelikle dikkat ediyorum. Profesyonel davranmak gerekiyor.” (H1)

Tablo 4.8: Hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Olan Bireye Bakım Vermeye İlişin Metaforlar

Kodlanan İfadeler	Alt Temalar
Bakım Vermeye İlişkin Metaforları	
Sabrın ve Özverinin İfadesi Olarak	
Küçük bir çocuğa bakmak gibi olabilir. Çocuk gibi ısrarla bir şey isteyebiliyorlar ya da yetişkinlerin üzülmeyeceği bir şeye üzülebiliyorlar. Çocukça davranışları olabilir	bebek ve çocuk bakımı,
Eğitmen ya da bakılması gereken bir çiçek ya da hayvan gibi. Evde bir çiçek bakıyorsun özen gösteriyorsun, suluyorsun falan, bir çiçek bakmak gibi.	bitki veya hayvan bakımı,
Şefkatli bir dokunuş olabilir. Çünkü burada çalışmak için sabır, özveri, şefkat gerektirir.	şefkatli dokunuş ve
Tamamen işlevsel bir insanın bir kaza ile kolunu, bacağı, bir organının fonksiyonunu bir süre kaybetmesi gibi. Burada rol o yetersizliği, yetememe durumunda sadece koltuk değneği olabiliriz diye düşünüyorum, bu süreç geçinceye kadar	koltuk değneği
Dönüşümün ve Mücadelenin İfadesi Olarak	
Kapadokya’da yapılan, çamurdan yapılan malzemeler var ya, çanak, vazo gibi ona benzetirdim. Çünkü hastalar ham bir halde geliyorlar onlara iyi bir şekil vermek gerekiyor. Bu da ancak kliniklerde mevcut olabiliyor.”	metaforlar çamura şekil verme
Psikiyatri çalışan bireylere karşı da toplum önyargılı oluyor. Neden bu işi yapıyorsun, neden kendini bu alanda geliştirmek istiyorsun neden, neden, neden bir sürü soru oluyor. O yüzden akıntıya ters yüzen balık gibi hissediyorum diyebilirim.”	ve akıntıya ters yüzen balık

4.8.1 Alt Tema: Sabrın ve Özverinin İfadesi Olarak

Sabrın ve özverinin ifadesi olarak belirtilen metaforlar bebek ve çocuk bakımı, bitki veya hayvan bakımı, şefkatli dokunuş ve koltuk değneği olarak sıralanmaktadır. Hemşireler öncelikle ruhsal hastalığı olan bireylere bakım vermeyi bebek ve çocuk bakımına benzetmişlerdir. Çünkü bebek ve çocuk gibi davranışlar sergilediklerini ifade etmişlerdir. Bazıları ise bakım vermeyi bitki ve hayvan bakımına benzetmiştir. Çünkü hastalara da aynı özveri ile yaklaştıklarını ifade etmişlerdir. Benzer şekilde şefkatli bir dokunuşa benzeten hemşireler de özveri ile yaklaştıklarını belirtmişlerdir. Son olarak, koltuk değneği gibi bireylere bir süreliğine destek olduklarını ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerin bu metaforlara ilişkin ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

“Küçük bir çocuğa bakmak gibi olabilir. Çocuk gibi ısrarla bir şey isteyebiliyorlar ya da yetişkinlerin üzülmeceği bir şeye üzülebiliyorlar. Çocukça davranışları olabilir.” (H4)

“Eğitmen ya da bakılması gereken bir çiçek ya da hayvan gibi. Evde bir çiçek bakıyorsun özen gösteriyorsun, suluyorsun falan, bir çiçek bakmak gibi. Veya evde bir hayvan besliyorsan ona özen gösteriyorsun, gezdiriyorsun falan, özveriyle ona bakmak gibi. Çocuk aileye bir görevmiş gibi kan bağı var ya da evlilik bağı var ama çiçek veya hayvan bakmak zorunda değilsin. Sevdiğin için yapıyorsun bu işi.” (H12)

“Şefkatli bir dokunuş olabilir. Çünkü burada çalışmak için sabır, özveri, şefkat gerektirir.” (H6)

“Tamamen işlevsel bir insanın bir kaza ile kolunu, bacağı, bir organının fonksiyonunu bir süre kaybetmesi gibi. Burada rol o yetersizliği, yetememe durumunda sadece koltuk değneği olabiliriz diye düşünüyorum, bu süreç geçinceye kadar.” (H5)

4.8.2 Alt Tema: Dönüşümün ve Mücadelenin İfadesi Olarak

Dönüşümün ve mücadelenin ifadesi olarak belirtilen metaforlar çamura şekil verme ve akıntıya ters yüzen balık olarak sıralanmaktadır. Hemşireler çamura şekil verme gibi ruhsal hastalığı olan bireyleri de tekrar şekillendirerek toplumda diğerleri gibi bir hayat sürmelerine destek olduklarını ifade etmişlerdir. Buna ek olarak, bir hemşire psikiyatri hemşiresi olduğu için toplum tarafından önyargılar ile karşılaştığını belirterek bu durumu akıntıya ters yüzen balık olarak ifade etmiştir. Bazı hemşirelerin bu metaforlara ilişkin ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

“Kapadokya’da yapılan, çamurdan yapılan malzemeler var ya, çanak, vazo gibi ona benzetirdim. Çünkü hastalar ham bir halde geliyorlar onlara iyi bir şekil vermek gerekiyor. Bu da ancak kliniklerde mevcut olabiliyor.” (H1)

“Bir çamurdan seramik gibi bir şey yaparlar ya bir şeye dönüştürürler onu. Ona benzetebilirim. Çünkü hasta ruh sağlığını kaybettiği zaman özellikle gerçeği değerlendirmeyi kaybettiği zaman dağılmış oluyor, yer zaman kavramı olmuyor onu işte o çamura şekil verir gibi tekrar toplumda yeri olan birine dönüştürmek, ona benzetebilirim.” (H3)

“Değişebilir hastaya göre, bazen kozasını örmüş oluyor kişiler siz ondan kelebek çıkarmaya çalışıyorlar. Bazen tersine yüzen bir balık gibi hissediyorlar. Keşke daha

5.TARTIŞMA

Bu araştırma ile ülkemizde, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşleri incelenmiştir. Araştırmada altı ana tema ortaya çıkmış ve bulgular bu altı tema altında tartışılmıştır. Bunlar; ruh sağlığı okuryazarlığının anlamına ilişkin görüşler, ruhsal hastalıklar, ruhsal hastalığa neden olan faktörler, ruhsal hastalıkların, belirtileri bakım ve tedavisi, ruhsal hastalığa sahip olan bireylere yönelik hemşirelerin tutumları, ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemleridir.

5.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Anlamına İlişkin Görüşler

Ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi sahibi olunması, bireyin ruhsal hastalıkların tedavisini anlayabilmesi, ruhsal hastalık durumunda yardım aramak için nereye, nasıl başvurulacağına bilinmesi ve ruhsal hastalıklar ile ilişkili damgalanmanın azaltılması olarak tanımlanmaktadır (Kutcher ve ark., 2016). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin bireye bakım verirken ruhsal hastalığı doğru tanınması, bireylerin gereksinimine uygun bakım verebilmesi açısından önemlidir. Literatürde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin bakım verdikleri bireylerin ruhsal sağlık gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldıkları ve çeşitli zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda hemşirelerin yaşadıkları zorlukların nedenleri, ruhsal hastalığı olan bireye bakım verme ile ilişkili bilgi eksiliği, olumsuz algılar ve hastadan korkma gibi durumlar olduğu belirtilmektedir (Van der Kluit ve Goossens, 2011; Zolnierenk ve Clingerman, 2012).

Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ifadeleri doğrultusunda ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşlerine ilişkin yapılan analizde, hemşirelerin ruhsal hastalıklara ilişkin görüşleri incelendiğinde sekiz hemşire ruhsal hastalıkları tanıma ve yönetme şeklinde tanım yaparak ruhsal sağlığı okuryazarlığını kısmen tanımlayabilmiştir. Araştırmaya katılan üç hemşire ruh sağlığı okuryazarlığı kavramının hiçbir şey çağırıştırmamasını ifade etmesi ruh sağlığı okuryazarlığı kavramına ilişkin bazı hemşirelerin eğitim gereksinimi olduğunu göstermektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığının genel olarak anlamı, ruhsal bozuklukları tanıma, yönetebilme ve önleyebilme ile ilgili

bilgi ve inançlar olarak belirtilmektedir (Jorm ve ark., 1997). Çalışmaya katılan iki hemşire ruh sağlığı okuryazarlığının anlamını ruhsal sağlık bilgisine ulaşma şeklinde tanımlamışlardır. Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı ruhsal hastalıkları tanıma yeteneğini dolayısıyla ruhsal hastalıklar hakkında bilgilerinin nasıl aranacağını bilmeyi içermektedir ((Liu ve ark., 2011; Jorm ve ark., 1997). Dolayısıyla ruhsal sağlık bilgisine ulaşma anlamı ile kısmen ruh sağlığı okuryazarlığını tanımlayabilmişlerdir. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerden birisinin ruh sağlığı okuryazarlığının anlamını bireyin kendini keşfetmesi olarak tanımlaması bir diğer hemşirenin ise gündüz hastanesi şeklinde tanımlaması ruh sağlığı okuryazarlığı kavramına ilişkin bilgi gereksinimi olduğunu düşündürmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı kavramını tam olarak tanımlayamamaları ruh sağlığı okuryazarlığı konusunda yeterli bilgi sahibi olmamalarından kaynaklı olabilmektedir. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara ilişkin tutumları, ruhsal hastalıkları anlamaları, yardım edici ilişkinin geliştirilmesi açısından da dolayısıyla hastaların iyileşme sürecini desteklemek açısından önemlidir (Liu ve ark., 2011).

5.2. Ruhsal Hastalıklar

Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı, ruhsal hastalıkların tanınması, önlenmesi ve yönetilebilmesi için geliştiren bilgi, tutum ve uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (Rush ve ark., 2011). Dolayısıyla ruh sağlığı okuryazarlığı kapsamında psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmaları beklenmektedir. Ruhsal hastalık, genellikle bireyin ruhsal, biyolojik ve gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bozulmadan kaynaklı, bireyin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında fark edilir derecede tutarsız, uygunsuz, aşırı ve yetersiz olması şeklinde tanımlanmaktadır (APA, 2013 ve Öztürk ve Uluşahin 2018). Ruhsal hastalıklar ruhsal hastalıkların tanı sınıflaması DSM-5'e göre ruhsal hastalıklar 22 ana grup altında sınıflandırılmaktadır. Bunlar; nörogelişimsel bozukluklar, şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden diğer bozukluklar, ikiüçlü (bipolar) ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı (anksiyete) bozuklukları, takıntı-zorlantı (obsesif-kompulsif bozukluk) ve ilişkili bozukluklar, örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresör) ilişkili bozukluklar, çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili

bozukluklar, beslenme ve yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları, uyku-uyanıklık bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama), yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları, nörobilişsel bozukluklar, kişilik bozuklukları, cinsel sapkınlık (paradili) bozuklukları, diğer ruhsal bozukluklardır (APA, 2013).

Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerden 12'si ruhsal hastalık olarak şizofreniden bahsetmiş, 12'si depresyondan bahsetmiş, 10'u bipolar bozukluktan, yedisi anksiyete bozukluklarından, beşi obsesif-kompulsif bozukluktan bahsederken beşi kişilik bozukluklarından bahsetmiştir. Bunların yanı sıra üç hemşire yeme bozukluğunu ruhsal hastalık olarak bahsederken, iki hemşire psikotik bozukluktan bahsetmiş olup, bir hemşire nevroz ve psikoz olarak tanımlama yapmıştır. Madde ile ilişkili bozukluklardan iki hemşire bahsetmiş, iki hemşire ise suisit girişimlerinden bahsetmiştir. Birer hemşire ise ruhsal hastalık olarak post travmatik stres bozukluğu, uyku bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar ile paranoyalar şeklinde tanımlama yapmışlardır. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalık olarak çoğunlukla şizofreni, depresyon ve bipolar duygu durum bozukluğundan bahsetmelerinin nedeni klinikte bakım verdikleri bu tanıları almış bireylerin çoğunlukta olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin ruhsal hastalıkları sınırlı sayıda tanı çerçevesinde ifade etme nedenlerinden bir diğeri ruhsal hastalık tanısının doktorlar tarafından konuluyor olması olabilir. Liu ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde doktorların psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere göre daha ruhsal hastalık tanımını daha doğru yaptıkları ve bunun nedeninin tanı ruhsal hastalıklarda tanı koymanın doktorun sorumluluğunda olmasından kaynaklandığı düşünüldüğü belirtilmektedir. Singapurda yapılan bir başka ruh sağlığı okur yazarlığı ile ilgili çalışmada çalışmaya katılan psikiyatristlerin ve diğer ruh sağlığı çalışanlarının şizofreniyi yüksek oranda doğru tanımladıkları belirtilirken psikiyatristlerin diğer ruh sağlığı çalışanlarına göre depresyon ve maniyi daha yüksek oranda doğru tanımladıkları belirtilmektedir (Parker ve ark., 2000).

5.3. Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Faktörler

Bu çalışmada elde edilen diğer bir tema ruhsal hastalıklara neden olan faktörlerdir. Ruhsal hastalıkların tanımlanması ve neden olan faktörler yüzyıllardan beri tartışılmaktadır. Hastalıklar tanımlanırken ya da oluş nedenleri tartışılırken hem biyolojik hem de psikososyal etkenler üzerinde durulmakta ve biyopsikososyal model çerçevesinde değerlendirilmektedir. Bu çerçevede bütün ruhsal bozukluklarada oluş nedenlerine, belirtilerine, biçimlerine, gidiş, sonlanış ve sağaltımına göre çok boyutlu, çok etkenli bakılması gerekmektedir. Ruhsal hastalıklar tek bir nedene bağlı değildir birden çok nedene bağlı gelişebilmektedir. Yatkınlaştırıcı faktörlerin yarattığı zemin üzerine eklenen yeni stres etkenlerin ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir. Hem yatkınlaştırıcı faktörler hem de eklenen stres etkenleri biyolojik, psikolojik ya da sosyal özellikte olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Çalışmaya katılan hemşirelerden 12'si ruhsal hastalıklara neden olan faktör olarak ailesel faktörden bahsederken 9'u genetik faktörlerden bahsetmişlerdir. Ailesel faktörlerin etkisini araştıran çalışmalarda da bu doğrulanmaktadır. Ruhsal hastalıkların nedenlerini araştırmaya yönelik yapılan çalışmalarda kalıtımın etkisini belirleyebilmek için aile çalışmaları yapılmaktadır. Yapılan aile çalışmalarında şizofreni riskinin ailevi yakınlık ile orantılı olarak arttığı belirtilmektedir (Keshavan ve ark., 2005). Finlandiya' ya yapılan evlat edinen şizofreni aile çalışması ebeveynlerinden biri şizofreni olan çocukları evlat edinen ailelerde şizofreni spektrum bozukluklarının 13 (şizofreni ve şizotipal kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu ile şizofrenik ve afektif olmayan psikozlar) görülme riski %22,6 bulunurken, öz ebeveynleri şizofrenik olmayan evlat edinenlerde bu risk %4,36 olarak bulunmuştur (Tienari ve ark., 2003). Bu bağlamda ailesel faktörlerin ve genetik faktörlerin ruhsal hastalık oluşumuna etkisi konusunda hemşireler doğru bilgi sahibi oldukları görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerden 10'u ruhsal hastalık nedeni olarak psikolojik travmalardan bahsetmiştir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı - 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM) DSM 5'te travmatik olay; “doğrudan yaşanan ya da doğrudan tanıklık edilen ya da aile bireyi ya da yakın arkadaşın başına gelen ya da mesleki olarak deneyimlenen gerçek göz korkutucu bir biçimde ölümle ya da ağır yaralanmayla karşı karşıya gelmiş ya da cinsel saldırıya uğramış olma” olarak

tanımlanmaktadır. Briere ve Scott (2021) travma türlerini; çocuk istismarı, kitlesel kişilerarası şiddet, doğal afetler, büyük çaplı taşımacılık kazaları, yangın ve yanıklar, motorlu araç kazaları, tecavüz ve cinsel saldırı, yabancıların fiziksel saldırısı, yakın partner şiddeti, seks ticareti/taşımacılığı, işkence, savaş, başka birinin intiharı/cinayet ile yüz yüze gelmek, yaşamı tehdit eden tıbbi durumlar ve acil durum çalışanlarının travmaya maruz kalması olarak belirtmektedir. Travmanın türü, kişinin ne kadar etkilendiği, kişinin mevcut yaşamını sürdürmesinin koşullarının ne kadar değiştiği, kayıplar ve geleceğin öngörülebilirliğindeki değişiklikler gibi çoklu faktörler gibi stresli olayların süregiden varlığı travma sonrası gelişecek ruhsal bozukluklarla ilişkilidir (Basterzi, 2018). Yapılan bir çalışmada da, fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın ruhsal hastalıkların gelişmesinde etkili olduğunu göstermektedir (Örsel, Karadağ, Kahiloğulları ve Aktaş, 2011). Balcı'nın çalışmasında madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde, çocuk çağı travması olanların madde kullanım sıklığı fazla olduğu tespit edilmiştir (Balcı, 2011). Bu bağlamda psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıkların nedenlerinden birisi olarak psikolojik travmaları söylemeleri doğru bilgi sahibi olduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerden sekizi ruhsal hastalıkların nedeni olarak sosyoekonomik düzeyi, üçü toplumsal faktörleri, ikisi iş yaşamında yaşanan sorunları ve biri teknolojiyi belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik ve sosyokültürel faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir. Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve yerel kültürü, sosyokültürel özelliklerin şizofreni hastalığına sahip bireylerin kötülük görme sanrıları üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Alnzawi, 2012). Binbay ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada işsizlik, psikosoyal desteğin yetersizliği, travmalar, göç ortamı, işsizlik, iş yaşamı gibi etmenlerin psikotik bozuklukların ortaya çıkmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir. İsveç'te yapılan bir çalışmada düşük sosyo-ekonomik düzey, tek ebeveynli aile olma, kirada oturma, ebeveynin işsizliği ve sosyal yardım almanın şizofreni ve diğer psikotik bozukluk riskini artıran sosyal faktörler olduğu belirtilmiştir (Wicks ve ark., 2005). Bu bağlamda psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıkların nedenlerine ilişkin yanıtlarının doğru olması ruh sağlığı okuryazarlığı açısından olumlu bir bulgu olduğu görülmektedir.

5.4. Ruhsal Hastalıklarının Belirtileri, Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Bu çalışmada ortaya çıkan diğer bir tema ruhsal hastalıkların belirtileri, hemşirelik bakımı ve tedavisidir. Araştırma kapsamında toplamda 11 tane farklı ruh sağlığı hastalığının belirtileri, bakım ve tedavisine yönelik katılımcıların görüşleri değerlendirilmiştir. Bunlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, depresyon, bipolar ve ilişkili bozukluklar, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, beslenme ve yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, suisit girişimler, madde bağımlılığı, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, diğer bozukluklardır.

5.4. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar

5.4.1. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar Tanım ve Belirtileri

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar algı, düşünce ve davranışlarda bozukluklarının gözlemlendiği, hezeyan ve halüsinasyonların olduğu, bireylerin gündelik yaşantılarını etkileyen, kronik seyirli alevlenme ve yatışma dönemlerinden oluşan ruhsal bozukluktur (Yavuz, 2008). Şizofrenin klinik belirtileri, hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, aloji, avolüsyon, apati, enkoherans, perseverasyonlar, grimas, ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2018; Köroğlu, 2015). Araştırmaya katılan hemşireler şizofreni belirtilerini halüsinasyon, hezeyan, saldırganlık, kendine zarar verme, sosyal iletişim kurmada güçlük ve kendi gündelik ihtiyaçlarını karşılayama olarak ifade etmişlerdir. Katılımcılar en çok halüsinasyon ve hezeyan cevaplarını vermişlerdir. Bunun sebebi halüsinasyon ve hezeyanların şizofrenide sık rastlanan belirti olması ve hemşirelerin klinikte şizofreni hastaları ile sık karşılaşmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca hemşireler şizofreni hastalığı tanımlarken erken yaşta görüldüğünü ve dine yönelmenin fazla olduğunu belirtmişlerdir.

5.4.2. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklarda Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Bu çalışmada şizofreninin hemşirelik bakımı ve tedavisinde hemşireler, ilaç tedavisi, iletişim ve destek, tam iyileşme gerçekleşmemesi, aktivitelere yönlendirme, güvenlik önlemleri, öz bakım desteği, psikoterapi ile eğitim ve tespitten bahsetmişlerdir. Yeo ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada, psikiyatri kliniklerinde çalışan psikiyatri hemşireliği ile ilgili eğitim alan hemşirelerin, şizofrenide hemşirelik bakım ve tedavisinin nasıl olması gerektiğine ilişkin benzer yanıtlar verdikleri görülmüştür. Çalışmada hemşireler şizofreni bakım ve tedavisinde antipsikotik ilaçlarının kullanılması gerektiği, hastaların alkolü bırakmaları gerektiği, psikoterapi uygulamaları, gevşeme egzersizleri ve sosyalleşmenin önemi üzerinde durdukları belirtilmektedir.

Bu çalışmada beş hemşire şizofrenide tam iyileşme olmadığını ifade etmişlerdir. Bu çalışmadan farklı olarak Yeo ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında psikiyatri kliniğinde hemşirelerin %64'ü şizofreni hastalığında tam iyileşme ve tekrarlama olduğunu, %36'sı kısmi iyileşme ve tekrarlama olduğunu ifade etmişlerdir. Hao ve arkadaşlarının (2020) psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmasında hemşirelerin şizofreni hastalığını tanıma oranı %38,9 olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin şizofreniyi doğru tanımladığı, şizofreni tedavisi için psikotik ilaçların kullanılması, terapilere gereksinim olduğu ve bireylerin aktivitelere yönlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Liu ve ark., 2011). Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreni hastalığının belirtileri, tedavisi ve bakımı konusunda tanımlamaları genel literatür bilgisine göre sınırlı olduğu görülmektedir. Bu durum psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığının düşük olması ile açıklanabilir.

5.5. Depresyon Bozuklukları

5.5.1. Depresyon Bozuklukları Tanım ve Belirtileri

Depresyon duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik, zevk alamama, suçluluk, yorgunluk, davranışlarda yavaşlama, uyku düzeni ve iştahta bozulma, düşük öz- değer ile kendini gösteren ruhsal bozukluktur (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim Tarihi: 20.11.2021). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, depresyon belirtilerini, içe kapanma, anhedoni, çökkün duygudurum, uyku ve yeme problemleri, öz bakım yetersizliği, anksiyete ve intihar düşünceleri olarak tanımlamıştır. Çalışmaya katılan bir hemşire depresyonu diğer tanımların yanı sıra anksiyete olarak tanımlarken bir hemşire de intihar düşünceleri olarak tanımlamıştır. Al-Yatem ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarına, intihar düşüncesi olan depresyon hastalığını anlatan skeç izletilmiş ve buna yönelik hastalığın tanımını yapmaları istenmiştir. Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının %84,7 si hastalığı depresyon olarak tanımlamış olup, %53,7 si intihar düşüncesi olan depresyon olarak tanımlamışlardır. Bu çalışmada bir hemşire depresyon tanım ve belirtilerinde intihar düşüncesinden bahsetmiştir. Hemşirelerin depresyon hastalarında intihar düşüncesi olabileceğini bilmesi intihar girişimini engellemek için hastaları yakından gözlem yapmaları ve bu yönde bakım uygulayabilmeleri açısından önlemlidir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşireler ile yapılan bir başka çalışmada, hemşirelerin depresyon hastalığını tanıma oranı %56,2 olduğu ortaya çıkmıştır (Hao ve ark., 2020). Bu çalışmaya katılan hemşireler çoğunlukla depresyon belirtilerini sayabilmiştir. Bu durum hemşirelerin sıklıkla depresyon tanısı ile yatan hastalarla çalışıyor olmalarından kaynaklı olabilir.

5.5.2. Depresyon Hastalığında Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler depresyon hastalığının tedavi ve hemşirelik bakımını; ilaç tedavisi, sosyal etkinliklere yönlendirme, iletişim ve destek, öz bakım desteği, psikoterapi, EKT ve TMS, uygun ortam sağlama, eğitim, vital bulguların takibi ve risk analizi olarak ifade etmişlerdir. Katılımcılar depresyonun tedavi sürecinin uzun olduğunu ifade edip, tam iyileşme ya da iyileşmeme hakkında fikirleri olmadığını

belirtmemişlerdir. Hao ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada hemşireler depresyon tedavi ve bakımını benzer şekilde ruh sağlığı profesyonellerinden yardım almak, kuran ve ya incil okumak, psikoterapi, antidepresan ilaç kullanımını tedavi yöntemi olarak belirtmişlerdir.

5.6. İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar

5.6.1. İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri

Bipolar bozukluk, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Tanı El Kitabı / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V'e (DSM-V) kadar duygu durum bozuklukları içerisinde yer almaktadır (APA, 2013). Bipolar bozukluk, mani, hipomani, depresif ya da karma dönem ataklarla seyreden, ataklar arasında hastada normal duygu durum görülebilen kronik bir duygu durum bozukluğudur (Akarsu ve ark., 2012; Butcher ve ark., 2013). Bipolar bozuklukta sıklıkla dikkat, çalışma, bellek işleme hızı, yürütme fonksiyonlarında ve bilişsel alanlarda bozulmalar görülmektedir (APA, 2013). Çalışmaya katılan psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, bipolar ve ilişkili bozuklukları tanımlarken, manik dönemdeki belirtiler, depresif dönemdeki belirtiler ve kişilik bozukluğu şeklinde tanımlamışlardır. Hemşireler bipolar bozuklukta hastalarının manik dönemdeyken çok hareketli olduklarını, çok konuştuklarını, bilinçsizce alışveriş yaptıklarını ve libidolarının yükseldiğini ifade etmişlerdir.

Katılımcılar bipolar hastalarının depresif dönemdeyken etkinliklere katılma konusunda isteksiz olduklarını, içe kapandıklarını ve kimseyle iletişim kurmak istemediklerini ifade etmişlerdir.

Yeo ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da benzer şekilde psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin araştırmasında psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin genel olarak bipolar ile ilişkili semptomları doğru şekilde tanımlayabildiği belirtilmektedir. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin bipolar bozukluk ile ilişkili olarak mani ve depresyonun belirtilerini bilmeleri, hastaya etkili bakım verebilmeleri açısından gereklidir.

5.6.2. İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Bipolar bozukluğun tedavisinde ilaç tedavisi ve psikoterapiler uygulanmaktadır (Miasso ve ark, 2009). İlaç tedavisinin yanı sıra bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, aile psikoterapisi, bilişsel psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, davranış psikoterapisi, psikoanalitik yönelimli psikoterapi gibi psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004). Çalışmaya katılan psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, bipolar bozuklukların tedavisi için, ilaç tedavisi, iletişim ve destek, aktivitelere yönlendirme, vital bulguların takibi, güvenlik önlemleri, öz bakım desteği ve psikoterapi şeklinde belirtmişlerdir. Yeo ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da benzer şekilde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, bipolar bozukluk tedavisinde, antipsikotik ilaç kullanımı, danışmanlık, benzer sorunları olan insanlar hakkında kitap okuma, alkolü bırakma ve dinlenmeden bahsetmişlerdir.

5.7. Takıntı- Zorlantı (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar

5.7.1. Takıntı-Zorlantı (Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar) Tanım ve Belirtileri

Obsesif- kompulsif bozukluk, obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize bir bozukluktur. Genelde kronik, hastada belirgin sıkıntıya neden olan, günlük işlerinde, işlevselliğinde ve kişiler arası ilişkilerinde önemli ölçüde bozulmaya yol açan ruhsal bir hastalıktır (APA, 2013). Obsesyon bireyin istemsiz olarak tekrarlayan, mantıksız olmasına rağmen zihninden uzaklaştıramadığı duygu, düşünce ve dürtülerdir. Bu istemsiz takıntılı düşüncelerden kurtulmak için kişinin başvurduğu davranışlar kompulsiyonu oluşturmaktadır (Güleç, 2009). Çalışmaya katılan psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, obsesif- kompulsif bozukluğu, daha çok istenmeyen düşünce ve tekrarlayan davranış olarak tanımlamışlar ve hastaların iyileşemeyeceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Araştırma katılan sadece bir hemşire obsesif- kompulsif bozukluğun çeşitleri olduğunu ifade etmiş ve bireysel tedavisi uygulanması gerektiğini ifade etmiştir.

5.7.2. Takıntı- Zorlantı (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Obsesif-Kompulsif Bozukluk tedavisinde, psikofarmakolojik yöntemler ve psikoterapilerin yer uygulanmaktadır. Obsesif- kompulsif bozukluk tedavisinde, davranışçı teknikler, bilişsel terapi ile destekleyici terapi gibi psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır. Obsesif- kompulsif bozukluk tedavisinde, psikoterapi ve ilaç tedavileri uygulanmasına rağmen cevap alınamayan hastalara ‘Elektro Konvülsif Tedavi’ uygulanabilmektedir (Yılmaz, 2018). Çalışmaya katılan hemşireler obsesif- kompulsif bozukluk hemşirelik bakımı ve tedavisinde psikoterapiler, ilaç tedavisi, iletişim, sosyal aktivitelere yönlendirme ve bireysel tedavi uygulanabileceğini ifade etmişlerdir. Obsesif-kompulsif bozukluk tanılı bireyin hemşirelik bakımında hastalığın etkilerinin en aza indirilmesi hemşirenin sorumluluğudur. Obsesif- kompulsif bozukluk tanılı bireyin hemşirelik bakımında; gevşeme egzersizlerin, anksiyete ile baş etme, yatağını ve dolabını düzelterek hastanedeki odasının düzenini sağlama, tedavisinin sürdürülmesine yönelik düzenli ilaç kullanımı konusunda destekleme, eşi ve diğer aile üyeleriyle ilişkilerini geliştirme yaklaşımları kullanılabilir (Kızılkaya ve ark., 2021).

5.8. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları

5.8.1. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları Tanım ve Belirtileri

Bireylerin günlük işlerini aksatacak ve yeti yitimine neden olacak derecede endişe ve korkunun yoğun ve sürekli şekilde hissedilmesine karakterize kaygı bozukluklarıdır. DSM-5’e göre kaygı bozuklukları; yaygın kaygı bozukluğu, fobik bozukluklar, panik bozukluk ve ayrılma kaygısı bozukluğudur (APA, 2013). Çalışmaya katılan psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, anksiyete tanımı ve belirtilerini, kaygı ve korkular, aile içi huzursuzluk, iş veriminde bozulma, depresif belirtiler, uyku ve yeme problemleri, takıntılar ve suisit girişimleri şeklinde ifade etmişlerdir. Altı katılımcı anksiyete bozukluklarını ruhsal hastalık olarak belirtmiştir. Diğer katılımcılara ruhsal hastalıklar sorulduğunda anksiyete bozukluklarından bahsetmemişlerdir. Katılımcılar daha çok anksiyetenin genel bozukluklarından bahsetmekte olup anksiyete çeşitlerine değinmemişlerdir. Hao ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, psikiyatri dışı

kl niklerde çalışan hemşirelerin yaygın anksiyete bozukluklarını tanıma oranı %20'den az olduğu belirtilmektedir. Wu ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde sağlık çalışanlarının %31,8'inin genel anksiyete bozukluğunun tanımı ile ilgili soruları doğru yanıtladığını bulunmuş olup daha yeterli ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesini sağlamak için sağlık çalışanlarına yönelik ruhsal hastalıklar ile ilgili eğitime bir ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmaya katılan psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı açısından desteklenmeye ihtiyaçları olduğu düşünülmektedir.

5.8.2. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Çalışmaya katılan psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, bir sağlık profesyonelinden yardım almak yerine kendi kendine başa çıkmanın daha etkili olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler anksiyete bozukluklarında hemşirelik bakımı ve tedavisini, ilaç tedavisi, baş etme yöntemlerini geliştirme, iletişim ve destek, psikoterapi, ve etkinliklere yönlendirme şeklinde ifade etmişlerdir. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikofarmakolojik tedavi, psikoterapi veya ikisinin birlikte uygulanabilmektedir. Hemşirelik bakımı açısından anksiyete bozukluklarını doğru tanımlamak ve bireyin anksiyetesine zg n bakım vermek tedavi açısından önemlidir. Hemşireler için hastanın anksiyetesini tanımak ve anksiyete hakkında bilgi sahibi olmak; bunun üstesinden gelmek ve hastaya yardım etmek için önemlidir. Hemşire, hasta ile güvenli ve destekleyici tedavi edici bir ilişki kurmalıdır. Hemşire hastasına gereksinimlerine göre planlanmış bakım sunmalıdır. Bu nedenle hemşire hastanın değerlerini, duygu ve düşüncelerini tanımalı, güven ilişkisi oluşturmalı ve empati yapmalıdır (Joanne ve McCloskey 2000). Psikiyatri hemşireleri, eğitim ve danışmanlık rolleri ile bireylerin optimal iyilik haline ulaşmalarını sağlayacak bilgi ve becerilere sahip olması beklenmektedir (Ruddick, 2013).

5.9. Beslenme ve Yeme Bozuklukları

5.9.1. Beslenme ve Yeme Bozuklukları Tanım ve Belirtileri

Yeme bozuklukları yetersiz ya da aşırı yeme bozukluklarının görüldüğü yeme davranışının bozulması durumudur. DSM-5 göre yeme bozuklukları türleri; anoreksiya nervroza, bulimiya nervroza, pika, kaçınan/kısıtlı yeme bozukluğu ve geri çıkarmadır (APA, 2013). Katılımcılar anoreksiya ve bulimiya gibi çeşitleri olduğunu, hastaların kendilerini kilolu olmadıkları halde o şekilde algıladıklarını ve kusma gibi davranışlar sergilediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar tedavi için iletişim ve destek, kilo takibi, psikoterapi, ilaç tedavisi, güvenlik önlemleri alınması gerektiğini ifade etmişlerdir. McNicholos ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hemşirelerinde dahil olduğu sağlık profesyonellerinin anoreksiya nervroza ve bulimiya nervroza bozukluklarını ayırt etmede zorlandıkları tespit edilmiştir. Araştırmadaki katılımcıların iki tanesi yeme bozukluğunu ruhsal hastalık olarak tanımlayıp, bir katılımcı anoreksiya ve bulimiya arasındaki farktan bahsetmiştir. Hemşirelik bakımı ve tedavi için doğru tanılama önemlidir. Hizmet içi eğitimlerle hemşireler ruhsal hastalıklar konusunda desteklenmelidir. Koskına ve arkadaşları (2012), hemşireler, psikiyatristler ve ergoterapistler ile yaptıkları çalışmada, katılımcılar özellikle yeme bozuklukların semptomlarını bilme, terapötik ilişki, aile üyelerinde katılımının sağlandığı bireyselleştirilmiş tedavinin önemini belirtmişlerdir.

5.9.2. Beslenme ve Yeme Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler yeme bozukluklarının hemşirelik bakımı ve tedavisini; iletişim kurma, destek olma, kilo takibi, psikoterapi, ilaç tedavisi, güvenlik önlemleri alma olarak tanımlamış olup iki hemşire tam iyileşme gerçekleşmediğini ifade etmiştir. Etkin ve sürekli verilecek yeterli ve dengeli beslenme eğitimleri yanlış alışkanlıkların, değiştirilmesi, insanın sağlığını tehdit eden sorunların ve uygulamaların önlenmesi, edinilen bilginin davranışa dönüşmesine sebep olacaktır. Bu nedenle bilginin davranışa dönüşebilmesi için eğitim programlarının belirli aralıklarla tekrarlanması ve kontrolü ile mümkün olabilmektedir (Serin ve Şanlıer, 2018). Yemek bozukluklarında tedavi edici ve empatik bir hasta- hemşire ilişkisi hastaların tedaviye uyumu hızlandırmaktadır. Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesini sağlayacak

girişimlerin planlanması ve uygulanması tedavi ve bakım sürecinde önemlidir (Çunkuş, Taşdemir Yiğitoğlu, 2019).

5.10. Kişilik Bozuklukları

5.10.1. Kişilik Bozuklukları Tanım ve Belirtileri

DSM-5 göre kişilik bozuklukları; paranoid kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu, narsistik kişilik bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, obsesif- kompulsif kişilik bozukluğudur (APA, 2013). Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, kişilik bozuklukları ve belirtilerini, saldırganlık ve kendine zarar verme, değişken duygudurum, sosyal yaşamı sürdürememe, depresif belirtiler ve daha iyi olduğunu düşünme şeklinde tanımlamışlardır. Kişilik bozukluğuna sahip bireylerin şiddete meyilli olabildikleri, duygudurumlarının değişiklik gösterdiği, sosyal hayatta sorunlar yaşama şeklinde ifade etmişlerdir. Sadece bir hemşire, şizoid ve borderline kişilik bozukluğundan bahsetmiştir. Bir hemşire, borderline kişilik bozukluğundan bahsetmiş olup; borderline kişilik bozukluğu olan bireyleri ‘saldırgan ve kendine zarar veren, kendi vücutlarını kesenler ya da vücutlarında sigara söndürenler daha çok kendilerine zarar verenler şeklinde tanımlamıştır. Bu durum katılımcıların kişilik bozukluklarını konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir.

5.10.2. Kişilik Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, kişilik bozukluklarında hemşirelik bakım ve tedavisinde, etkili iletişim, destek olmak, ilaç tedavisi, sınır koymak ve tespit etmek, güvenlik önlemleri almak, tedavinin sürekliliğini sağlamak ve erken müdahale etmekten bahsetmişlerdir. Psikiyatri hemşireleri kişilik bozukluğu olan hastalara bireye özgü hemşirelik bakım planı oluşturmali, hastanın psikopatolojik ilişki örüntülerini, davranış ve tutumlarını ayrıntılı bir şekilde ele almalıdır. Bu bağlamda psikiyatri hemşiresi, hasta ile tedavi edici ilişki kurmalı, hastanın psikopatolojik ilişki örüntülerini, davranış ve tutumlarını ayrıntılı bir şekilde değerlendirmeli, kendini ve diğerlerini algılamasındaki kopuklukları bütünleştirmesine ve belirtilerle başa çıkmasına destek

olmalıdır. Kişilik bozuklukları tedavisi, eğitim ve deneyim sahibi sağlık profesyonellerden oluşan bir ekip tarafından uzun süreli tedavi gerektirir (Eren, 2010). Kişilik bozukluklarında, hemşirelik bakımında hemşirenin yetkin olması önemlidir. Bu nedenle hemşireler kişilik bozukluğunda hasta bakımı için gerekli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır. Hastaların hemşirelik bakımına gereksinim duyduklarının farkında olmalıdırlar (Ançel ve ark., 2010). Bu çalışmada, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, ruh sağlığı okuryazarlığı açısından kişilik bozuklukları konusunda desteklenmeleri gerektiği ayrıca kişilik bozukluklarında uygun desteği belirleme ve sağlama konusunda daha fazla bilgi ve beceriye ihtiyaç duydukları düşünülmektedir.

5.11. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları

5.11.1 Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Tanım ve Belirtileri

Maddenin uzun süre nedensiz kullanımı sonucu maddenin kötüye kullanımına madde kullanım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Sadock ve ark., 2016). DSM-5'e göre madde kullanım bozuklukları ve madde kullanımı sonucu ortaya çıkan bozukluklar olarak madde ile ilişkili bozukluklar ikiye ayrılmıştır (APA, 2013). Bireyin madde kullanmak istememesine rağmen kullanmaya devam etmesi madde kullanım bozukluğu, madde kullanımı sonucunda ortaya çıkan psikotik bozukluklara da madde kullanımının yol açtığı bozukluk olarak tanımlanır (Karaoğlu ve ark., 2020). Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları tanım ve belirtilerini; maddenin etkisiyle ajitasyon yaşama, iştah ve ağız kuruluğu problemleri yaşama şeklinde ifade etmişlerdir. Sadece iki hemşire, madde ve alkol bağımlılığından bahsetmiştir. Bir hemşire ise madde bağımlılığının psikiyatrik bir rahatsızlık olmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin madde kullanım bozukluklarını hastalık olarak görmemesi hastaya bakım vermesini güçleştirebileceği düşünülmektedir.

5.11.2. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Bu çalışmada, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları hemşirelik bakımı ve tedavisinde; ilaç tedavisi, vital bulguların

takibini ifade etmiş olup iki hemşire tedavi edilemediğini ifade etmiştir. Madde bağımlılığı, bireyi ve onunla birlikte ailesini ve sosyal çevresini çok yönlü olarak etkileyen bir bozukluktur. Madde bağımlılığı tedavisinde birey ailesiyle birlikte ele alınmalı, hemşirelik sürecinin her aşamasında aile de sürece dahil edilmelidir. Hemşire, madde bağımlılığı için riskli grupların belirlenmesi, madde bağımlılığı olan bireylerin bütüncül değerlendirilmesi, bakımda sürekliliğin sağlanmasında tedavi ekibi içinde önemli bir yere sahiptir. Madde bağımlılığı ya da madde kötüye kullanım sorunu olan bireyler için bakımın amacı, maddeden uzak durmayı amaçlamalarını sağlamaktır. Maddeden uzak durma ise iyi bir çalışma düzeni, sağlık durumunun iyi olması, olumlu kişiler arası ilişkiler ve genel sosyal uyumla sağlanabilir. Madde bağımlılığında bireyin kendi sorumluluğunu alması önemlidir. Hemşire madde bağımlısı hastasının kendi sorumluluklarını alabilecek duruma gelebilmelerine yönelik müdahaleler planlamalıdır (Şimşek, 2010). Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozukluklarında hemşirelik bakımının amacı, hastaların maddeden uzak durmayı amaçlamalarını sağlamaktır. Madde bağımlılığında verilecek hemşirelik bakımında ilk aşamada, birey değerlendirilmelidir. Hemşire, madde bağımlılığı olan hasta ile çalışırken; aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme, seksüel disfonksiyon, kendine bakımda yetersizlik, enfeksiyon ve yaralanma riski gibi fiziksel sorunlarla birlikte anksiyete, etkisiz bireysel baş etme, iletişimde bozulma, rol performansında değişim, umutsuzluk, güçsüzlük, benlik saygısında bozulma, ve aile sürecinde değişim gibi ruhsal ve sosyal boyutta hemşirelik tanılarını ele almalıdır (Karakaş, ve Ersöğütçü, 2016). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları olan hastada hemşirelik bakımı ve tedavisi konusunda yeterli bilgi sahibi değillerdir. Ruh sağlığı okuryazarlığı açısından hemşirelerin bu konuda hizmet içi eğitimler ile desteklenmeleri gerektiği düşünülmektedir.

5.12. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar

5.12.1. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar Tanım ve Belirtileri

Bu çalışmada, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklarını, fizyolojik nedenler olmaması ve hastalık şüphesi olması şeklinde tanımlamışlardır. "Somatizasyon", tıbbi yardım arama davranışının eşlik ettiği, tıbbi bir

açıklama olmaksızın çoklu, kronik, somatik semptomlarla karakterize ayrı bir patolojik durum olan spesifik bir psikiyatrik bozukluk, "somatizasyon bozukluğu" anlamına gelmektedir (Wool ve Barsky, 1994). DSM-5'te somatizasyon bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu ile değiştirildi. Buna göre tıbbi olarak açıklanamayan semptomların bireyin düşünceleri, duyguları ve davranışları üzerindeki etkisine vurgu yapılmaktadır. Bedensel belirti bozukluğunun tanısal kriterlerine göre, rahatsız edici veya günlük yaşamın önemli ölçüde bozulmasına neden olan bir veya daha fazla somatik semptom, orantısız veya aşırı düşünceler, duygular veya davranışlarla birlikte olmalıdır (Taycan ve ark., 2014). Bu tanıma göre psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin bedensel belirti bozukluğunu kısmen doğru yanıtladıkları ifade edilebilir.

5.12.2. Bedensel Belirti Bozuklukları Hemşirelik Bakımı ve Tedavisi

Bedensel belirti bozuklukları hemşirelik bakımı ve tedavisine ilişkin olarak, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, eğitim vermek ve aktivitelere yönlendirmekten bahsetmişlerdir. Diğer katılımcıların bedensel belirti ve ilişkili bozukluklardan ruhsal hastalık olarak bahsetmemesi psikiyatri kliniklerinde bu bireylerle karşılaşmaması ya da bu bozukluk hakkında yeterli bilgi sahibi olamamasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada bir hemşire paranoyayı ruhsal hastalık olarak tanımlamıştır. Paranoya; güvensizlik ve kuşku olarak tanımlanabilir. Paranoya ruhsal hastalık olmayıp bir ruhsal hastalık belirtisidir (APA, 2013).

İki hemşire suist girişimini ruhsal hastalık olarak tanımlamıştır. Suist girişimi ruhsal bozukluklardan dolayı ortaya çıkan girişimlerdir (Al-Yatem ve ark., 2017). Hemşirelerin ifadesi doğrultusunda ruhsal hastalıkların çeşitlerine hakim olma, ruhsal hastalıkları doğru tanımlamada, hastalıkların belirtilerini tanımlamada, bireye uygun bakım vermede yetersiz olduğu, sonucuna varılabilir. Bu hemşirelerin düşük düzeyde ruh sağlığı okuryazarı olamasından kaynaklanabilir. Ruhsal hastalıkları, erken tanıma, bireyleri doğru yönlendirme, bireysel doğru tedavi uygulama hastalığın prognazının iyileşmesi açısından önemlidir.

5.13. Ruh Sağlığını Koruma, Sürdürme ve Geliştirme Yöntemleri

Bu çalışmada ortaya çıkan bir diğer tema ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemleridir. Ruh sağlığı korumak için biyolojik ritimin düzenli olması, temel duygusal ihtiyaçların karşılanması, psikolojik iyi olma, psikolojik sağlamlık ve yaşam becerileri önemlidir (Selvi ve ark., 2011). Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemlerini; sağlıklı yaşam biçimi ve sosyal faaliyetler, iletişim ve sosyal destek, eğitim, profesyonel destek, erken müdahale ve stresörlerden uzaklaşma, ekonomik destek şeklinde ifade etmişlerdir. Hemşirelerin ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemi olarak çoğunlukla sağlıklı yaşam biçimi ve sosyal faaliyetlerden bahsettikleri görülmektedir. Hemşireler, spor, sağlıklı ve düzenli beslenme, kitap okuma gibi alışkanlıkların ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme adına yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Liu ve arkadaşları (2011) tarafından hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmada, bu çalışmaya benzer şekilde hemşirelerin ruh sağlığını koruma ve geliştirme yöntemleri olarak, fiziksel aktivitelerde bulunma, dışarı çıkma, gevşeme tekniklerini kullanma, alkolü bırakma, psikoterapilerden yararlanma ve bir ruh sağlığı uzmanına danışmadan bahsettikleri belirtilmektedir (Liu ve ark.,2011). Yeo ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da ruh sağlığını koruma konusunda hemşirelerin, danışmanlık almak, aile ve arkadaşlarla temas halinde bulunmak, gevşeme teknikleri ve dinlenmenin öneminden bahsettikleri belirtilmektedir. Ruh sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ruhsal bozukların önlemesi açısından önemlidir. Ruh sağlığı okuryazarlığının, ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirebileceğini ve toplumun daha iyi bir ruh sağlığı elde etmek için harekete geçmesini sağlayabileceğini göstermektedir (Kelly ve ark., 2007 ; Kutcher ve ark., 2015 ; Kutcher ve ark., 2016 ; Wei ve ark., 2015). Hemşireler, birey, aile ve topluma kişiler arası süreç içerisinde ruhsal sağlığını koruyucu, geliştirici ve hastalıkları önleyici deneyimleri sağlamalı ve bu potansiyeli artırılması için destek olmalıdır. Tüm bunların sağlanabilmesi açısından hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarı olması önemlidir.

5.14. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Hemşirelerin Duygu ve Düşünceleri

Bu çalışmada elde edilen temalardan bir diğeri ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik hemşirelerin tutumları temasıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik hemşirelerin tutumları teması iki boyutta ele alınmıştır. Bunlar; hemşirelerin bakım verirken hissettikleri duygular ve bakım vermeye ilişkin metaforlardır.

İnançlar tutumları, yaklaşımları ve davranışları etkilemektedir. Hastalarla tedavi sürecinde en çok etkileşimde bulunan sağlık çalışanları hemşirelerdir. Hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik olumsuz tutum ve inançları, bireylerin hastalıklarıyla baş etmelerini, etkin tedaviyi ve bakımı almalarını, alınan tedavi ve bakımı sürdürmelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Dal ve ark., 2018; Çam ve Bilge, 2013). Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, bakım vermeye ilişkin duygularını mesleki doyum ve mutluluk, korku, empati, üzüntü, yetersizlik, şükretme, profesyonellik ve bunaltı şeklinde ifade etmişlerdir. Aydöner'in (2009) psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin en çok hissedilen duygunun (%59,3) üzüntü olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, iki hemşire, bakım verirken üzüntü hissettiklerini belirtirken iki hemşire de bakım verirken korku hissettiğini ifade etmiştir. Benzer şekilde Çam ve Arabacı'nın (2014) çalışmasında hemşirelerin psikiyatri kliniğinde çalışırken %45,2'sinin kendini kısmen güvende hissettiği saptanmıştır. Poster ve Ryan'ın (1994) çalışmasında ise psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kendi güvenlikleri hakkında endişeli olduğu belirtilmektedir.

Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan iki hemşire psikiyatri hemşireliği eğitimi konusunda kendilerini yetersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Yıldırım ve arkadaşlarının (2018) acilde çalışan sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmasında katılımcıların yarısından fazlası ruhsal hastalıklar konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olduğu ve bundan dolayı ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verirken zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Bu çalışmaya katılan iki hemşire, ruhsal bozukluğa sahip bireylere bakım verirken empati kurarak olumlu tutumlara sahiptir. Elçi'nin (2013) hemşirelerle yaptığı araştırmasında geçmişte ruhsal bozukluğa sahip olan hemşirelerin ruhsal hastalıkları yönelik inançlarının daha olum olduğunu belirtmişlerdir. Dadson ve arkadaşları (2018) ruhsal hastalığa sahip bireylerin etkin hemşirelik bakımı alabilmesi için psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, hastaları anlamalarında empati kurabilme yeteneklerinin önemli olduğunu

belirtmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylere etkin bakım verilebilmesi açısından hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarı olması önemlidir.

5.15. Hemşirelerin Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Bakım Vermeye İlişkin Metaforları

Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere ruhsal hastalığı olan bireylere bakım vermeye ilişkin metaforik algılarını belirlemek amacıyla metafor sorusu sorulmuştur. Çalışmada ortaya çıkan metaforlar, dönüşümün ve mücadelenin ifadesi olarak ve sabrın ve özverinin ifadesi olarak şeklinde tanımlanmıştır. Sabrın ve özverinin ifadesi olarak belirtilen metaforlar; bebek ve çocuk bakımı, bitki veya hayvan bakımı, şefkatli dokunuş ve koltuk değneği olarak sıralanmaktadır. Dönüşümün ve mücadelenin ifadesi olarak belirtilen metaforlar ise çamura şekil verme ve akıntıya ters yüzen balık olarak sıralanmaktadır. Katılımcılar çamura şekil verme gibi ruhsal hastalığı olan bireyleri de tekrar şekillendirerek toplumda diğerleri gibi bir hayat sürmelerine destek olduklarını ifade etmişlerdir. Buna ek olarak, bir katılımcı psikiyatri hemşiresi olduğu için toplum tarafından önyargılar ile karşılaştığını belirterek bu durumu akıntıya ters yüzen balık olarak ifade etmiştir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmayla ülkemizde ilk defa, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşleri incelenmiştir. Araştırma kapsamında, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yapılan görüşmelerin ruh sağlığı okuryazarlığının anlamı, ruhsal hastalıklar, ruhsal hastalıklara neden olan faktörler, ruhsal hastalıkların belirtileri, hemşirelik bakımı ve tedavisi, ruhsal hastalığı olan bireylerin hemşirelik bakımına yönelik hemşirelerin tutumları, ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemlerine ilişkin görüşlerinin analiz sonuçlarına göre;

- ✓ Ruh sağlığı okur yazarlığı hemşireler tarafından, ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma, onları tanıma ve hastalığa göre bakım verme, ruhsal sağlık bilgisine ulaşma, ruhsal sağlık ve hastalıklar konusunda internet, kitap ve diğer uzmanlar gibi çeşitli kaynaklardan bilgi edinmek ve bilgileri güncelleme, bireyin kendini keşfetmesi ve bir şey çağrıştırmama şeklinde tanımlamışlardır.
- ✓ Hemşireler ruhsal hastalık olarak şizofreni, depresyon, bipolar bozukluğu, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, beslenme ve yeme bozuklukları, psikotik bozukluklar, nevroz ve psikoz, intihar girişimi, madde ile ilişkili bozukluklar, post travmatik stres bozukluğu, uyku bozukluğu, paranoyayı tanımlamışlardır.
- ✓ Hemşireler ruhsal hastalıklara neden olan faktörleri, ailesel faktörler, aile içi şiddet gibi evlilik problemleri, bireylerin yetiştikleri ailenin parçalanmış olması, ebeveyn desteğinin olmaması, ebeveynler tarafından ihmal ve istismara uğrama, psikolojik travma, genetik faktörler, sosyoekonomik düzey, toplumsal faktörler, fizyolojik faktörler, beyindeki organik bir hasar, iş yaşamında yaşanan sorunlar, eğitim düzeyi ve teknoloji şeklinde tanımlamışlardır.
- ✓ Hemşireler şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukları, gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma, işlevsel bozukluklar, saldırganlık ve kendine

zarar verme, semptomların farklılaşması ve ilişki kurma ve iletişimde bozulma şeklinde tanımlamışlardır

- ✓ Hemşireler şizofreni açılımı kapsamında psikoza giden diğer bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisini biyolojik tedavi, psikososyal tedavi, terapötik ortam sağlama ve tam iyileşme gerçekleşmemesi olarak ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşireler depresyon bozukluklarını, davranışsal ve duygusal değişimler ve kendine zarar verme şeklinde tanımlamışlardır.
- ✓ Hemşireler depresyon ve ilişkili bozukluklarının hemşirelik bakımı ve tedavisini biyolojik tedaviler, terapötik ortam sağlama, psikososyal tedavi, uzun tedavi süreci şeklinde ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşireler bipolar ve ilişkili bozukluklarını davranışsal ve duygusal değişimler olarak tanımlamışlardır.
- ✓ Hemşireler bipolar ve ilişkili bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisini biyolojik tedavi, terapötik ortam sağlama, psikososyal tedavi ve tam iyileşme gerçekleşmemesi şeklinde ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşireler obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozuklukları, istenmeyen düşünce ve tekrarlayan davranışlar, ilişki kurma ve iletişimde bozulma, davranışsal ve duygusal değişimler olarak tanımlamışlardır.
- ✓ Hemşirelerin obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisini, psikososyal tedavi, tam iyileşme gerçekleşmemesi, biyolojik tedavi, terapötik ortam sağlama ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşireler anksiyete bozukluklarını, davranışsal ve duygusal değişimler, ilişki kurma ve iletişimde bozulma, saldırganlık ve kendine zarar verme olarak ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşireler anksiyete bozukluklarının hemşirelik bakımı ve tedavisini, Anksiyete bozukluklarının biyolojik tedavi, psikososyal tedavi, tam iyileşme gerçekleşmemesi ve terapötik ortam sağlama olarak ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşireler beslenme ve yeme bozukluklarını, semptomların farklılaşması, davranışsal ve duygusal değişimler olarak ifade etmişlerdir.

- ✓ Hemşireler beslenme ve yeme bozukluklarının hemşirelik bakımı ve tedavisini, psikososyal tedavi, terapötik ortam sağlama, biyolojik tedavi ve terapötik ortam sağlama olarak ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşireler kişilik bozukluklarını, saldırganlık ve kendine zarar verme, duygusal değişimler, ilişki kurma ve iletişimde bozulma ve septomların farklılaşması olarak ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşireler kişilik bozukluklarının hemşirelik bakımı ve tedavisini, terapötik ortam sağlama, tam iyileşme gerçekleşmemesi ve biyolojik tedavi olarak ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşireler madde bağımlılığını, saldırganlık, iştahsızlık ve ruhsal hastalık olmaması olarak ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşireler madde bağımlılığının hemşirelik bakımı ve tedavisini, biyolojik tedavi, tam iyileşme gerçekleşmemesi ve terapötik ortam sağlama şeklinde ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşirenin bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukları, septomların farklılaşması olarak tanımlamışlardır.
- ✓ Hemşirenin bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların hemşirelik bakımı ve tedavisini, terapötik ortam sağlama ve tam iyileşme gerçekleşmemesi şeklinde ifade etmişlerdir.
- ✓ Ruhsal hastalığı olan bireylerin hemşirelik bakımına yönelik hemşireler, mesleki doyum ve mutluluk, korku, empati, üzüntü, yetersizlik, şükretme, profesyonellik ve bunaltı olarak ifade etmişlerdir.
- ✓ Ruh sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yöntemlerine ilişkin hemşireler, sağlıklı yaşam biçimi ve sosyal faaliyetler, iletişim ve sosyal destek, eğitim, profesyonel destek, erken müdahale ve stresörlerden uzaklaşma, ekonomik destek olarak ifade etmişlerdir.
- ✓ Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireye hemşirelik bakımına yönelik metaforları bebek ve çocuk bakımı, bitki veya hayvan bakımı, şefkatli dokunuş, akıntıya ters yüzen balık, koltuk değneği ve çamura şekil verme olarak ifade etmişlerdir.

6.2. Öneriler

6.2.1 Eğitime Yönelik Öneriler

- ✓ Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini geliştirmek için hizmet içi eğitimler verilmesi,
- ✓ Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi, ruhsal hastalıklar hakkında bilgi ve ruhsal hastalıklarda hemşirelik bakımı ve ruh sağlığı bozulan bireylerle çalışma konusunda gerekli bilgi, beceri ve tutumlarının gözden geçirerek gereksinimler doğrultusunda eğitimler verilmesi,
- ✓ Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucuna göre eğitimler verilmesi,
- ✓ Ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi kapsamında, eğitimciler ve uygulama alanındaki hemşireler ile iş birliği yaparak eğitim konusunda birbirlerini desteklemeleri,

6.2.2. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- ✓ Hemşirelik lisans eğitiminde ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi, ruhsal hastalıklar hakkında bilgi ve ruhsal hastalıklarda hemşirelik bakımının geliştirilmesi ve uygulanması,

6.2.3. Araştırmaya Yönelik Öneriler

- ✓ Genel kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla nitel çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akarsu S, Erdem M, Bolu A, Günay H, Garip B, Ak M, Zincir, S. Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. Gülhane Tıp Dergisi. 2012; 54: 279-83.

Akdoğan E. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Türkiye Cumhuriyeti Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2018, Karabük (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi G KAR ŞEN).

Alnzawı FM. Cultural factors influencing content of delusions among schizophrenic patients in Saudi Arabia. PhD Thesis. School of Social Sciences Theses. 2012.

Al-Yateem N, Rossiter R, Robb W, Ahmad A, Elhalik MS, Albloschi S, Slewa-Younan S. Mental health literacy among pediatric hospital staff in the United Arab Emirates. BMC psychiatry. 2017; 17(1): 1-12.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth ed., Washington DC: American Psychiatric Association, 2013: 13-391.

Ançel G, Durmuş Ö, Doğaner G. Borderline kişilik bozukluğu: tedavi ve hemşirelik bakımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1(3): 133-138.

Arısoy Ö, Eşsizoglu A. Genel ve ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin şizofreniye bakış açılarının karşılaştırılması. Düşünen Adam. 2004; 17(3): 146-153.

Armstrong G, Kermode M, Raja S, Suja S, Chandra P, Jorm, AF. A mental health training program for community health workers in India: impact on knowledge and attitudes. International journal of mental health systems. 2011; (1)5: 17.

Aslantekin, F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014;13(4): 327- 334.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Consumers, the health system and health literacy: taking action to improve safety and quality. Consultation Paper Sydney. 2013; 14-16.

Aydöner, H. İstanbul ilinde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. G ÜNSAL).

Baker D, Parker RM, Williams MV. Health literacy and the risk of hospital admission. J Gen InternMed. 1998 D; 13(12): 791–798.

Baker DW. The mean in hand the measure of health literacy. International Medicine. 2006; 21:878-883.

Balcı, G. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde çocukluk çağı travmalarının bağlanma ile ilişkisi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi, İstanbul. 2011.

Basterzi AD, Kitlemel travmalar sonrası akut dönemde ilk ruhsal değerlendirme ve müdahale Psikiyatride Güncel. 2018; 8(1): 24-36.

Baur, C. The national action plan to improve health literacy. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. 2010.

Begum R, Choudhry FR, Khan TM, Bakrin FS, Al-Worafi YM, Munawar K. Mental health literacy in Pakistan: A narrative review. Mental Health Review Journal. 2019; 25: 63– 74.

Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it?. Journal of health communication, 2010; 15(2): 9-19.

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med 2011;155(2):97-107.

Besiroğlu L, Akman N, Selvi Y, Aydın A, Boysan M, Ozbebit O. Mental health literacy concerning categories of obsessive-compulsive symptoms/Obsesif-kompulsif belirti kategorileri hakkında ruh sağlığı bilgisi. Archives of Neuropsychiatry. 2010; 47(2): 133-139.

Briere JN, Scott C. Travma Terapisinin İlkeleri. Çeviren: Tüzün C. 2. Basım, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul; 2021, s: 5-15.

Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. Anormal Psikoloji. Çeviren: Gündüz O. 1.Basım Kaknüs Yayınları, İstanbul; 2013, s: 411-509.

Ceylan B, Uyaroglu A. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreni hastalığına yönelik damgalanmaya ilişkin görüşleri ve önerileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; (2)21: 97-103.

Chan C-mA, Cao T, Gao M. Chinese conception of mental illness: a comparative culture analysis. Asian J Pharm Nurs Med Sci. 2015; 3(1): 1–7.

Chen X, Hay JL, Waters EA, Kiviniemi MT, Biddle C, Schofield E, Orom, H. Health literacy and use and trust in health information. Journal of health communication. 2018; 23(8), 724-734.

Chinese Minisry of Health. 66 tips of health: Chinese resident health literacy manual, Beijing, People's Medical Publishing House. 2008.

Choudhry FR, Khan TM, Park MS-A, Golden KJ. Mental health conceptualization and resilience factors in the Kalasha youth: An indigenous ethnic and religious minority community in Pakistan. Frontiers in Public Health. 2018.

Cohen L, Mannion L, Morrison K. Research Methods in Education. UK: Routledge, Taylor & Francis Group. 2007.

Çam MO, Bilge A, Engin E, Akmeşe ZB, Turgut EÖ, Çakır N. Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğinin araştırılması. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi. 2014; 5(3).

Çam O, Arabacı LB. Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2014; 6(1):13-25.

Çam O, Bilge A. Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. J Psychiatric Nurs 2013;4:91–101.

Çunkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu, G. Bir erkek anoreksiya nervoza olgusuna yönelik hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2019; 10(1), 82-87.

Eicher K, Wieser S, Bruegger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. International Journal of Public Health. 2009; 54(5): 313-24.

Elçi, T. Hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik inanç ve tutumları, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 17-76, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M BATMAZ).

Eren, N. Kişilik bozuklukları ve hemşirelik girişimleri-bölüm I. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1(1): 33-38.

Eşsizoglu A, Arısoy Ö. Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına karşı tutumları: Karşılaştırmalı bir çalışma. Dicle Tıp Dergisi. 2008; 35:167-176.

Giandinoto JA, Edward K L. Challenges in acute care of people with co-morbid mental illness. Br J Nurs. 2014; 23(13): 728-732.

Giandinoto JA, Edward KL. The Experience of Mental Health Literacy in Health Professionals in Non-Mental Health Areas. International Journal of Health, Wellness and Society. 2016; 6(2).

Golay P, Alameda L, Baumann P, Elowe J, Progin P, Polari A, Conus P. Duration of untreated psychosis: Impact of the definition of treatment onset on its predictive value over three years of treatment Journal of Psychiatric Research. 2016;77: 15-21.

Gökmen DB, Okanlı A. Özel bakım merkezinde çalışan bakım elamanlarına verilen psikoeğitimin şizofreniye yönelik bilgi, tutum ve yaklaşımlarına etkisi Journal of Education and Research in Nursing. 2017; 14: 264-274

Göktaş S, Işıklı B, Metintaş S. (2018). “Ruh sağlığı okuryazarlığı-mental health literacy”. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2018.

Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry. 2010; 10(1): 113.

Güleç C. Psikiyatri'nin ABC'si. 2.Basım. İstanbul: Say Yayınları; 2009 s: 50-300

Hao Y, Wu Q, Luo X, Chen S, Qi C, Long J, Liu, T. Mental health literacy of non-mental health nurses: A mental health survey in four general hospitals in Hunan province, China. Frontiers in Psychiatry,. 2020;11.

Heijmans M, Uiters E, Rose T, Hofstede J, Devillé W, Van der Heide I, Rademakers J. Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. Brussels: European Commission. 2015.

Howard D, Gazmararian JA, Parker R. The Impact of Low Health Literacy on the Medical Costs of Medicare Managed Care Enrollees. The American Journal of Medicine. 2005; 118(4): 371-377.

Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. The American journal of medicine. 2005 ; 118(4): 371-7.

Jackson DN, Trivedi N, Baur C. Re-prioritizing digital health and health literacy in healthy people 2030 to affect health equity. Health communication. 2021;36(10):1155-62.

Joanne C, McCloskey CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 2000.

Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. Australian New Zealand Journal of Psychiatry. 2006; 40(1): 3-5.

Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust. 1997; 166(4): 182-186.

Kaplan HI, Sadock B. Duygudurum bozuklukları. Klinik psikiyatri elkitabı. (Çev.: E ABAY), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 2004; 172-188.

Karakaş SA, Ersöğütçü F. Madde bağımlılığı ve hemşirelik. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2016; 3(2); 133-139.

Karaoğlu M, Kaşarcı G, Şahin E İplik E. Madde ilişkili psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan atipik antipsikotikler. Experimed. 2020;10(1): 49-58.

Kelly C. M, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. Medical Journal of Australia. 2007; 187(7): 26– S30.

Keshavan Ms, Diwadkar Va, Montrose Dm, Rajarethinam R, Sweeney Ja. Premorbid Indicators And Risk For Schizophrenia: A Selective Review And Update. Schizophrenia Research. 2005; 79(1): 45- 57.

Kızılkaya, M, Bulut M, Kocairi, C, Hava K. Obsesif kompulsif bozukluk (okb) tanılı hastada hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021; 4(1): 15-19

Kim EJ, Yu JH, Kim EY. Pathways linking mental health literacy to professional help-seeking intentions in Korean college students. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2020; 27: 393–405.

Kim HC. Mediating effect of stigma on the relationship between psychological distress and help-seeking attitudes among University Students in South Korea. Mental Health and Social Work 2018;46(1): 5– 33.

Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC psychiatry*. 2002; 2(1):10.

Ko H, Choi H. Mental Health Literacy among Parents of Adolescents and Teachers in Korea *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015; 24(3): 168-177.

Koskina A, Arkell J, Butcher G, Currie A, Gowers S, Key A, Millar H, Dasha N, Ringwood S, Rabinson P, Venkatraman L, Wuur K, Schmidt, U. Service providers' perceptions of the strengths and prospective improvements in UK eating disorder services: Findings from a royal college survey. *European Eating Disorders Review*. 2012; 20(3): 225–231.

Köroğlu E. *Klinik Psikiyatri*. Ankara: HYB Basım Yayın. 2015.

Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental health literacy: past, present, and future. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(3): 154-158.

Kutcher, S, Bagnell, A, Wei Y. Mental health literacy in secondary schools: A Canadian approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2015; 24(2): 233– 244.

Liu W, Gerdtz MF, Liu TQ. A survey of psychiatrists' and registered nurses' levels of mental health literacy in a Chinese general hospital. *International Nursing Review*. 2011; 58: 361–369

Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, Samet, J, H. Impact of Health Literacy on Depressive Symptom sand Mental Health-related: Quality of Life Among Adults with Addiction. *Journal of general internal medicine*. 2006; 21(8): 18-22.

Liu, W, Gerdtz MF, Liu, TQ. A survey of psychiatrists' and registered nurses' levels of mental health literacy in a Chinese general hospital. *International nursing review*. 2011;58(3): 361-369.

McNicholas F, O'Connor C, O'Hara L, McNamara N. Stigma and treatment of eating disorders in Ireland: Healthcare professionals' knowledge and attitudes. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2016;33(1): 21–31.

Miasso AI, Monteschi M, Giaccherio KG. Bipolar Affective Disorder: Medication Adherence And Satisfaction With Treatment And Guidance By The Health Team In A Mental Health Service, *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(4): 548–556.

Ministry of Health and Welfare . Mental Illness Epidemiological Survery 2016. 2017.

Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing*. 2012; 30(1): 6-15.

Morse JM. Mixed method design: Principles and procedures. 1 st ed. New York: Routledge. 2016.

Mubbashar M, Saeed K. Development of mental health services in Pakistan. 2001.

Mubbashar MH, Farooq S. Mental health literacy in developing countries. *British Journal of Psych*. 2001.

Munawar K, Abdul Khaiyom JH, Bokharey IZ, Park MS-A, Choudhry FR. A systematic review of mental health literacy in Pakistan. *Asia Pac Psychiatry*. 2020; 12.

Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health promotion international*. 2018; 33(5): 901-911.

Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. *Social Science, Medicine* 67. 2008: 2072–2078.

O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *Journal of mental health*. 2014; 23(4): 197-204.

Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları A Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011; 12: 130-136.

Öz YC, Barlas GÜ. Şizofreni hastalığı olan bireylerin işe yerleştirme ile ilgili görüşleri ve beklentileri: niteliksel bir çalışma. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 3(3): 28-3.

Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Education Research. 2010; 25(3): 464-477.

Özdenk GD, Özdenk S, Üner S, Özcebe LH. Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve etkileyen faktörler. Halk Sağlığı Etkinlikleri, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2015.

Öztaş P, Aydoğan A. Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. J Psy Nurs. 2021; 12(3): 198-204.

Öztürk KG, Çam MO. Şizofreni hastalarıyla komşu olan bireylerin perspektifinden: şizofreni hastaları ve damgalama. Sağlık ve Toplum. 2020; 30(3): 110-117.

Parker G, Chen H, Kua J, Loh J, Jorm AF. A comparative mental health literacy survey of psychiatrists and other mental health professionals in Singapore. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2000;34(4): 627-636.

Parker RM, Williams MV, Weiss BD, Baker DW, Davis TC, Doak CC, Doak LG, Hein K, Meade CD, Nurss J. Health literacy-report of the council on scientific affairs. Jama-Journal of the American Medical Association. 1999; 281(6): 552-557.

Poster EC, Ryan JA. Multiregional study of nurses' beliefs and attitudes about work safety and patient assault. Psychiatric Services. 1994; 45(11): 1104-1108.

Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B. Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. Int J Health Policy Manag. 2015; 4(11): 747-55.

Ruddick F. Promoting mental health and wellbeing. Nursing Standard. 2013; 27(24): 35-39.

Rusch N, Evans-Lacko SE, Henderson C, Flach C, Thornicroft G. Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services*. 2011;62(6): 675–678.

Rutledge D, N Wickman, ME, Cacciata M, Winokur E.J, Loucks J, Drake D. Hospital staff nurse perceptions of competency to care of patients with psychiatric or behavioral health concerns. *J Nurses Prof Dev*. 2013; 29(5): 255-262.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Psikiyatri Çeviren*: Bozkurt A. 11. Basım, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2016, s: 253-411.

Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*. 2005; 72(3): 463-468.

Saillard EK. Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Turkish Journal Of Psychiatry*, 2010; 21(1).

Samerski S. Genetic counseling and the fiction of choice: taught self-determination as a new technique of social engineering. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 2009; 34(4), 735-761.

Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan, GD, Bindman AB. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 2002; 288: 475- 82.

Selvi Y, Beşiroğlu, L, Aydın, A. Kronobiyoloji ve duygudurum bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(3): 368-386.

Serin Y, Şanlıer N. Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9(2): 135-146.

Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*. 2004; 22(2): 63-75.

Simonds SK. Health education as social policy. *Health Education Monographs*. 1974; 2(1): 1-10.

Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLSEU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(80):1-13.

Şimşek N. Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010; 1(2): 96-99.

Taycan O, Sar V, Celik C, Erdoğan-Taycan S. Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. Comprehensive Psychiatry. 2014;55(8): 1837-1846.

The European Health Literacy Project, 2009- 2012. Comperative Report on Health Literacy in eight EU Member States Maastricht, HLS-EU Consortium. USA. 2012; 146.

Van der Kluit MJ, Goossens P, J. Factor sinfluencing attitudes of nurses in general health care toward patients with co morbid mental illness: an integrative literature review. Issues Ment Health Nurs. 2011; 32(8), 519-527.

Visscher BB, Steunenbergh B, Heijmans M, Hofstede JM, Devillé W, Van der Heide I, Rademakers J. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. BMC public health. 2018;18(1): 1-12.

Walters R, Leslie SJ, Polson R, Cusack T, Goraly T. Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. BMC Public Health 20. 2020.

Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. BMC Psychiatry. 2015; 15(1): 291.

Wicks S, Hjern A, Gunnell D, Lewis G, Dalman C. Social adversity in childhood and risk developing psychosis: a national cohort study. The American Journal of Psychiatry. 2005;162(9): 1652-1657.

Wool CA, Barsky AJ. Do women somatize more than men?: Gender differences in somatization. *Psychosomatics*. 1994; 35(5); 445-452.

World Health Organization Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLSEU Consortium 2012.

Wright A, Jorm AF, Harris M G, McGorry PD. What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42: 244–250.

Wu Q, Luo X, Chen S, Qi C, Long J, Xiong Y, Liao Y, Liu T. Mental health literacy survey of non-mental health professionals in six general hospitals in Hunan Province of China. *Plos One*. 2017.

Yeo SG, Parker G, Mahendran R, Jorm AF, Yap HL, Lee C, Loh MI. Mental health literacy survey of psychiatrically and generally trained nurses employed in a Singapore psychiatric hospital. *Int J of NursPract*. 2001; 7: 414-21.

Yıldırım A, Ekinçi M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi/Effect of psychoeducation on family functioning of family members of patients with schizophrenia, on social support levels of patients, and treatment compliance. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11(3): 1951.

Yıldırım S, Ersoysal F, Güler C. Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2018; 21(4): 380-388.

Yılmaz B. Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Lectio Scientific*. 2018; 2(1): 21-42.

Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2016.

Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Prev Med Bull. 2016; 15(1): 69.

Zamanzadeh V, Jasemi M, Valizadeh L, Keogh B, Taleghani F. Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. Indian journal of palliative care. 2015; 21(2): 214

Zolnierek C, Clingerman EA. Medical–surgical nurse’s perceptions of caring for a person with severe mental illness. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 2012; 18(4): 226-235.



EKLER

EK -1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Tarih:/..../.....

Adı Soyadı

Cinsiyet: Kadın() Erkek()

Yaş:

Medeni durum: Evli() Bekar()

Eğitim durumu:

Çalıştığı klinik:

Çalışma süresi:

Ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar konusunda eğitim aldınız mı?

Eğitim aldıysanız, nereden aldınız?

Eğitim aldıysanız, aldığınız eğitimin içeriği nedir?

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Merhaba ben hemşire Zekiye KAYA. Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. Bu araştırma psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı ilişkin görüşlerini ortaya koymak amaçlı planlanmıştır. Araştırmadan elde edilecek sonuçlar ile hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı ilişkin görüşlerini ortaya konulması düşünülmektedir. Bu görüşmeden elde edilen bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağından görüşme sorularının cevaplandırılmasına göstereceğiniz ilgi ve samimiyet bu araştırmanın geçerlilik ve güvenilirlik düzeyini yükseltecektir. Görüşmeye geçmeden önce belirtmek istediğim bazı noktalar var. Bu görüşmeden elde edilecek bütün bilgiler gizlidir ve araştırmanın amacı dışında başka hiç bir yerde kullanılmayacak başka kişi ve kurumlar ile paylaşılmayacaktır. Görüşme cevaplarını içtenlikle cevaplayabilmeniz amacıyla araştırmada isimleriniz yer almayacak bunun yerine bir kod isim kullanılacaktır. İzniniz olursa görüşmeden elde edilecek verilerin daha iyi analiz edilebilmesi amacıyla ve zaman kazanmak adına ses kayıt cihazı kullanmak ve kısa notlar almak istiyorum. Görüşme sonunda istemediğiniz bölümleri çıkartabilirim veya bu görüşmenin bir kopyasını size de verebilirim. Görüşmemiz 30-45 dakika süreceğini tahmin ediyorum. Ancak bu süreç içeriğe bağlı olarak değişim gösterebileceğini düşünüyorum. Müsaadenizle şimdi görüşmeye geçmek istiyorum.

Katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

II. BÖLÜM: Ruh Sağlığı Okuryazarlığına İlişkin Bireysel Görüşme Soruları

-Bir kişiye ruh sağlığı okuryazarı diyebilmek için sizce hangi özelliklere sahip olması gerekmektedir? Siz kendinizi bu konuda nerede görüyorsunuz?

-Ruhsal hastalıklar denildiğinde aklınıza neler gelmektedir?

-A/B/C/D/E/F nasıl tanımlarsınız? A/B/C/D/E/F hastalığı olan bireye hemşirelik bakımına ilişkin görüşleriniz nelerdir? Sizce A hastalığı tedavi edilebilir mi? Nasıl? Neden?

-Bireylerin ruh sağlığının bozulmasına sebep olan etkenler sizce nelerdir?

-Ruh sağlığı bozulan bireye bakım verirken neler hissediyorsunuz?

-Ruh sağlığı bozulan bireye verilebilecek hemşirelik bakımı sizce neleri içermelidir?

-Ruh sağlığı bozulan bireye bakım verirken güçlük yaşıyor musunuz? Yaşıyorsanız ne tür güçlükler yaşıyorsunuz?

-Bireylerin ruh sağlığını korumak, sürdürmek ve geliştirmek ile ilişkili görüşleriniz nelerdir?

-Ruhsal hastalığı olan bireye hemşirelik bakımı vermeyi bir şeye benzetseniz bu ne olurdu? Neden?

EK -3

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu araştırma psikiyatri kliniği çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşlerini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılıp katılmama konusuna karar vermekte özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız, sizi hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Katılma kararı verdiğinizde istediğiniz anda bu araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırma kapsamında tüm aşamalarda kimliğiniz gizli tutulacak ve görüşmemiz sırasında elde edilen bilgiler araştırmanın amacı dışında başka hiç bir çalışmada kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmaya ilişkin karar verirken, gerek duyduğunuz bilgileri isteme, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar alma hakkınız vardır.

Teşekkür ederim.

Zekiye Kaya

Bu formdaki imzam tarafından yürütülen “*Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığına İlişkin Görüşleri*” adlı projeye katılmayı kabul ettiğimi gösterir. Ayrıca bu araştırmaya katılmakla aşağıda belirtilenleri anladığımı da beyan ederim.

- 1.Ben araştırma için gönüllüyüm ve istediğim zaman bu araştırmadan çekilebilirim.
- 2.Araştırmada beni maddi yönden zarara uğratacak herhangi bir risk yoktur.
- 3.Araştırmada kimliğim gizli tutulacaktır.
- 4.Araştırmada vereceğim bilgilere dayalı sonuçların bilimsel ortamlarda tartışılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum. Ben,.....(isim) görüşmeye katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Adres:

İmzası:

Telefon:

EK-4 Etik Kurul İzin Yazısı

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 2019 KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Kerime BADEMLİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığına İlişkin Görüşler	
DESTEKLEYİCİ	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 194	Tarih: 20.02.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ZEKİYE	Uyruğu	T.C
Soyadı	KAYA	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Antalya Çağlayan Lisesi	2011
Lisans	Ege Üniversitesi- Hemşirelik Fakültesi	2017
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Devam Ediyor

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2 yıl

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖKDİL	

Proje Deneyimi

‘Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığına İlişkin Görüşleri’, BAP Y.Lisans, TYL-2019-4881, Araştırmacı, Devam Ediyor.

Kurslar ve Kongreler

V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Antalya, Kasım 2018, Katılımcı.

Online Maxqda Eğitimi 2021

