

GİRİŞ	1
DÜZENLEME KURULU	2
BİLİMSEL PROGRAM	3-7
ÇALIŞMA GRUPLARI	8-10
PANEL BİLDİRİ İÇERİK	11-12
PANEL BİLDİRİ ÖZETLERİ	13 – 64
SÖZEL BİLDİRİ İÇERİK	65
SÖZEL BİLDİRİ ÖZETLERİ	66 – 73
POSTER BİLDİRİ İÇERİK	74 - 77
POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ	78 – 121
BAKIRKÖY TANITIM	122

Değerli Meslektaşlarımız,

II. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Günleri'ni 28-30 Nisan 2008 tarihlerinde İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları E.A. Hastanesi'nde düzenlemekten mutluluk ve onur duyarız. Bu bilimsel organizasyon, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri ve Psikiyatri Hemşireleri Derneği yönetim kurulu üyelerinden oluşan düzenleme kurulu tarafından hazırlanmıştır.

Ana temayı "Psikiyatri Hemşireliğinde Klinik Uygulama" olarak belirlediğimiz bilimsel programda, ülkemizde ve dünyada psikiyatri hemşireliği alanındaki yeniliklerin ve gelişmelerin tartışıldığı, bilgi, beceri ve deneyimlerin paylaşılabilirdiği bir ortam oluşturma çabasında olduk.

Ana tema kapsamında; ülkemizde ve dünyada psikiyatri hemşireliği, psikiyatri kliniklerinde kriz yaratan durumlar, yataklı servislerde şiddet, psikiyatri hemşireliğinde bakım standartları, psikiyatri hemşireliğinde sertifika eğitimi, psikoterapi eğitimi ve uygulaması, yaşam dönemlerinde psikiyatrik bakım, rehabilitasyon, psikiyatri hemşiresinin ekip içindeki yeri ve etik gibi bilimsel konulara yönelik panel, konferans, forum, çalışma grupları ve sözel/poster bildiriler ile zengin bir program sunmayı hedefledik.

Ayrıca bu bilimsel toplantımızda; 1-Ruhsal Travma Çalıştayı, 2-Psikodinamik Görüşme Teknikleri, 3-Yatan Hastalarda Yeni Bir Grup Terapi Tekniği; Kişilerarası İlişkilerde Rol Çözümleme, 4-Sorun Çözme Terapisi, 5- Psikoeğitim Grubu:Topluma Yeniden Katılım Programı, 6-Psikososyal Beceri Eğitim Programı konularında katılımcılara bilgi ve beceri kazandırmayı amaçladığımız kurslar gerçekleştirdik.

Ülkemizdeki tüm meslektaşlarımızın ikinci kez bir araya gelmesini amaçladığımız bu organizasyonun en iyi şekilde gerçekleşebilmesi için bütün imkanlarımızı kullanarak, ulusal ve uluslar arası bir platform oluşturarak, hizmetin kalitesini yükseltmeye, mesleğimizin bilimselleşmesine katkı sağlamaya yönelik bir toplantı sunabilmenin mutluluğunu paylaşıyor, katılımınız ve katkılarınızla zenginleşeceğimize inanıyoruz.

II. Ulusal Psikiyatri Hemşireleri Günlerine destek olan kurum ve kuruluşlara teşekkür ederiz.

Sevgi ve saygılarımızla.

Melahat Akbaş
Düzenleme Kurulu Eş Başkanı

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh ve Sinir Hastalıkları E.A. Hastanesi
Başhemşiresi

Dr. Nurhan EREN
Düzenleme Kurulu Eş Başkanı

Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkanı

DÜZENLEME KURULU

ONURSAL BAŞKANLAR

Prof.Dr. Çaylan Pektekin
Prof.Dr. Nesrin Aştı
Prof.Dr. Sevim Buzlu

BAŞKANLAR

Dr. Nurhan EREN
Başhemşire Melahat Akbaş

GENEL SEKRETERLER

Dr. Nazmiye Kocaman
Hem. Hacer Eşref Atik

SAYMANLAR

Uzm. Hem. Münevver Akın
Hem.Seniye Ünlü

ÜYELER

Yrd. Doç. Dr. Hülya Bilgin
Uzm. Hem. Nihal Bostancı
Dr. Sibel Coşkun
Hem.Humayun Dura
Hem.Semra Enginkaya
Yrd. Doç. Dr. Perihan Güner
Hem.Sakine Küce
Uzm. Hem. Ayşe Öztürk Tuna
Uzm. Hem. Havva Tuna
Yrd.Doç.Dr. Gül Ünsal

ULUSLARARASI KONUŞMACILAR

Elizabeth C. Poster, PhD, RN, FAAN
Dean, UTA School of Nursing, Editor,
Journal of Child and Adolescent Psychiatric
Nursing Arlington, Tx USA
Kim Foster PhD, RN, RPN
Senior Lecturer, School of Nursing
Midwifery and Nutrition, James Cook
University, Cairns, Queensland, Australia
Leonard Bowers PhD, RMN,
Professor of Psychiatric Nursing
and Head of Research, City University
St. Bartholomew School of Nursing and
Midwifery Department of Mental
Health & Learning Disabilities London UK
Jean Morrissey RMN, RGN,
MSc, (Couns Psy.)
Lecturer, School of Nursing and Midwifery
Studies, Trinity College, Dublin, Ireland

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Gülsüm Ançel
Hülya Arslantaş
Nesrin Aştı
Makbule Batmaz
Hülya Bilgin
Kadriye Buldukoğlu
Sevim Buzlu
Sibel Coşkun
Olca Çam
Fatma Demirkıran
Selma Doğan
Zekiye Çetinkaya Duman
Mine Ekinci
Nurhan Eren
Perihan Güner
Özlem Işıl
Meral Kelleci
Nazmiye Kocaman
Nebahat Kum
Aysel Kumral
Leman Kutlu
Yasemin Kutlu
Fahriye Oflaz
Ayşe Okanlı
Fatma Öz
Gülten Özaltın
Neslihan Özcan
Ayşe Özcan
Çaylan Pektekin
Havva Tel
Gülşen Terakye
Mine Özen Turgay
Gül Ünsal
Besti Üstün
Fatma Yılmaz Akıncı

BİLİMSEL OLARAK DESTEK VEREN KURULUŞLAR

Türk Hemşireler Derneği
Türkiye Psikiyatri Derneği

28.04.2008 (1.Gün)

8.00-9.00 Kayıt

9.00-9.30 Açılış Konuşmaları

Doç. Dr. Medaim Yanık
Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Başhekimi İstanbul
Hem. Melahat Akbaş
Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Başhemşiresi İstanbul
Dr. Nurhan Eren
Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkanı İstanbul
İstanbul Ün. İTF Psikiyatri AD Sosyal Psikiyatri Servisi Psikoterapist

9.30-10.15 Açılış Konferansı: Psikiyatri Hemşireliğine Genel Bakış

Moderatör: Prof. Dr. Besti Üstün
Dokuz Eylül Ün. Hemşirelik YO Müdürü & Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı İzmir

Konuşmacı: Prof.Dr. Selma DOĞAN
Cumhuriyet Ün. Hemşirelik YO Müdürü & Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı Sivas

10.15-10.30 ARA

10.30-12.30 Forum: Ülkemizdeki Psikiyatri Hastanelerinde/Kliniklerinde Hemşirelik Hizmetleri

Moderatör: Prof.Dr.Kadriye Buldukoğlu
Akdeniz Ün. Antalya Sağlık YO Müdürü & Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı Antalya

Konuşmacılar:

Yrd. Doç. Dr. Yasemin KUTLU
İstanbul Ün. İTF Hemşirelik Hizmetleri Müdürü & Florence Nightingale Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi İstanbul

Hem. Filiz Doğan Başeğmez
Cumhuriyet Ün. Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi Sor. Hemşiresi Sivas

Hem. Leyla Daştan
Hacettepe Ün. Psikiyatri Servisi Sor. Hemşiresi Ankara

Uzm. Hem. Münevver Akın
Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Başhemşire Yardımcısı & HİE Koord. İstanbul

Hem. Esin Yurt
Fransız La Paix Hastanesi Sor. Hemşiresi İstanbul

Ebe Gönül Davulcu
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Eğitim Hemşiresi Samsun

Hem. Esen Akdeniz
Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhemşiresi İstanbul

Hem. Melek Kayacı
Ruh Sağlığı Hastanesi Eğitim Hemşiresi Manisa

Hem. Nurten Dağdelen
Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhemşiresi Adana

12.30-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ

13.30-15.00 Panel: Yataklı Psikiyatri Servislerinde Psikiyatri Hemşireliği

Moderatör: Prof. Dr. Fatma Öz

Hacettepe Ün. Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı Ankara

Konuşmacılar:

Görev, Yetki ve Sorumluluklarımız

Dr. Nazmiye Kocaman

Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başk. Yrd. & İstanbul Ün. İTF Psikiyatri AD Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD İstanbul

Terapötik Ortam Oluşturma ve Yapılandırılmış Aktiviteler

Yrd.Doç.Dr.Yarbay Fahriye Oflaz

GATA Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı Ankara

Psikiyatri Hemşireliğinde Karar Verme, Otonomi ve Ekip Çalışması

Yrd. Doç. Dr. Gülsüm Ançel

Ankara Ün. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Ankara

Psikiyatri Hemşireliğinde Etik

Prof.Dr. Fatma Öz

Hacettepe Ün. Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı Ankara

15.00- 15.15 ARA

15.15-16.45 Açık Oturum: Psikiyatri Hemşireliğinde Sertifika Programı

Moderatör: Dr. Nurhan Eren

İstanbul Ün. İTF Psikiyatri AD Sosyal Psikiyatri Servisi Psikoterapist & Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkanı İstanbul

Konuşmacılar:

Fehime Zülfikar

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hemşirelik Daire Başkanı Ankara

Uzm.Hem. Duygu Özcan

İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet İçi Eğitim Koordinatörü İstanbul

Doç.Dr. Medaim Yanık

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Başhekimi İstanbul

Prof.Dr. Sevim Buzlu

İstanbul Ün. Florence Nightingale Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı İstanbul

Prof.Dr. Olcay Çam

Ege Ün. Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı İzmir

Dr. Nazmiye Kocaman

Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başk. Yrd. & İstanbul Ün. İTF Psikiyatri AD Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD İstanbul

Hem. Melahat Akbaş

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Başhemşiresi

Uzm.Hem. Ayşe Tuna Öztürk

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Hizmet İçi Eğitim Koordinatörü

17.00 -19.00 Çalışma Grubu/Kurs

Çalışma Grubu 1:Ruhsal Travma Çalıştayı

Yer: BRSHHH Eğitim Salonu

Çalışma Grubu 2: Psikodinamik Görüşme Teknikleri

Yer: BRSHH Kütüphane

Kurs 3: Kişilerarası İlişkilerde Rol Çözümleme

Yer: BARİLEM Eğitim Odası-1

Kurs 4: Sorun Çözme Terapisi

Yer: BARİLEM Eğitim Odası-2

19.00- 20.00 Belgesel Gösterimi

29.04.2008 (2.Gün)

09.00- 10.00 Konferans: Psikiyatri Ünitelerinde Yaşanan Çatışmalar ve Terapötik Müdahaleler

Moderatör: Yrd.Doç.Dr. Hülya Bilgin

İstanbul Ün. Florence Nightingale Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi

Konuşmacı: Prof. Dr. Leonard Bowers

City University St. Bartholomew School of Nursing and Midwifery Department of Mental Health&Learning Disabilities London UK

10.00- 10.15 ARA

10.15-12.15 İkili Konferans : Dünyada Psikiyatri Hemşireliği

Moderatör: Yrd.Doç.Dr. Gülsüm Ançel

Ankara Ün. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Ankara

Konuşmacılar:

Elizabeth C. Poster, PhD, RN, FAAN Dean, UTA School of Nursing, Editor, Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing
Arlington, Tx USA

Kim Foster, PhD, RN, RPN Senior Lecturer, School of Nursing Midwifery and Nutrition, James Cook University, Australia.

12.15-13.00 ÖĞLE YEMEĞİ

13.00-14.30 Panel: Psikiyatri Servislerinde Kriz Yaratıcı Hastalar ve Özelleşmiş Hemşirelik Yaklaşımları

Moderatör: Prof. Dr. Gülten Özeltin

Marmara Ün. Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi İstanbul

Tespit Gerektiren Durumlar ve Hemşirelik Bakımı

Hem. Fatma Avlamaz

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Akut Psikoz Servisi İstanbul

Yataklı Psikiyatri Servislerinde Ağır Kişilik Bozuklukları

Dr. Nurhan Eren

İstanbul Ün. İTF Psikiyatri AD Sosyal Psikiyatri Servisi Psikoterapist & Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkanı İstanbul

Alkol ve Madde Bağımlılığında Hemşirelik Yaklaşımı

Hem. Seniye Ünlü

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH AMATEM İstanbul

Depresyonda Olan Bireye Hemşirelik Yaklaşımı

Yrd. Doç. Dr. Meral Kelleci

Cumhuriyet Ün. Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi Sivas

14.30-14.45 ARA

14.45-15.45 Konferans: Klinik Uygulama ve Süpervizyon

Moderatör: Yrd.Doç.Dr.Perihan Güner

Koç Ün. Sağlık YO Öğretim Üyesi İstanbul

Jean Morrissey RMN, RGN, Msc (Couns Psy.)

Lecturer-School of Nursing & Midwifery, Trinity College Dublin Ireland

16.30-18.30 Çalışma Grubu ya da Kurs

Kurs 3: Kişilerarası İlişkilerde Rol Çözümleme

Yer: BARİLEM Eğitim Odası-1

Kurs 4: Sorun Çözme Terapisi

Yer: BARİLEM Eğitim Odası-2

Kurs 5: Toplum Yeniden Katılım Programı

Yer: BRSHHH Eğitim Salonu

Kurs 6: Psikososyal Beceri Eğitim Programı

Yer: BRSHH Kütüphane

30.04.2008 (3.Gün)

08.00-10.00 Çalışma Grubu/Kurs

Kurs 3: Kişilerarası İlişkilerde Rol Çözümleme

Yer: BARİLEM Eğitim Odası-1

Kurs 4: Sorun Çözme Terapisi

Yer: BARİLEM Eğitim Odası-2

Kurs 5: Topluma Yeniden Katılım Programı

Yer: BRSHHH Eğitim Salonu

Kurs 6: Psikososyal Beceri Eğitim Programı

Yer: BRSHH Kütüphane

10.00-11.30 Panel: Yaşam Dönemlerinde Psikiyatri Hemşireliği

Moderatör: Prof. Dr. Nesrin Aştı

Muğla Ün. Öğretim Üyesi & İstanbul Ün. Bakırköy Sağlık Y.O. Misafir Öğretim Üyesi İstanbul

Konuşmacılar:

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Hemşireliği Uygulamaları

Dr.Leman Kutlu

İstanbul Ün. İTF Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Başhemşiresi İstanbul

Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar ve Hemşirelik Yaklaşımı

Hem. Semra Enginkaya

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Akut Psikoz Servisi Sor. Hemşiresi İstanbul

Demanslı Hastalar ve Psikiyatri Hemşireliği

Prof.Dr. Nesrin Aştı

Muğla Ün. Öğretim Üyesi & İstanbul Ün. Bakırköy Sağlık Y.O. Misafir Öğretim Üyesi İstanbul

Yaşlılarda Görülen Ruhsal Sorunlar ve Kurumda Hemşirelik Bakımı

Hem. Halime Kuğu

İstanbul Kayışdağı Darülaceze Müdürlüğü Huzurevi İstanbul

11.30- 11.45 ARA

11.45-12. 45 Bildiri Sunumu ve Ödül Töreni

Moderatörler:

Yrd.Doç.Dr.Gül Ünsal

Marmara Ün. Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD İstanbul

Uzm.Hem.Münevver Akın

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Başhemşire Yardımcısı & HİE Koord. İstanbul

12.45-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

13:30 -14.15 Panel: Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoterapi

Moderatör: Prof.Dr. Çaylan Pektekin

Bilim Üniv. Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi İstanbul

Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoterapi Eğitimi ve Hizmete Yansımaları

Prof.Dr. Olcay Çam

Ege Ün. Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı İzmir

Psikodinamik Psikoterapiler: Eğitim-Uygulama

Dr. Nurhan Eren

İstanbul Ün. İTF Psikiyatri AD SPS Psikoterapist & Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkanı İstanbul

Psikiyatri Hemşireliğinde Kognitif Davranışçı Terapi Uygulamaları

Yrd. Doç. Dr. Şeyda Dülgerler Ege Ün. Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi İzmir

14.15-14.30 ARA

14.30-16.00 Panel: Hastaneden Topluma Geçiş: Psikotik Hastalarda Bütüncül Yaklaşım

Moderatör: Prof. Dr. Ayşe Özcan

Mersin Üniv. Sağlık Y.O. Müdürü & Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı Mersin

Akut Psikozda Hastane Tedavisi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Hem. Serpil İhkın

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Akut Psikoz Servisi Sor. Hemşiresi İstanbul

Kronik Psikotik Hastalarda Rehabilitasyon ve Olgu Yönetimi

Dr. Sibel Coşkun

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Gündüz Hastanesi Rehabilitasyon Hemşiresi İstanbul

Topluma Katılım: Ev Ziyaretleri İle İzlem

Uzm. Hem. İlknur Tuncay Birden

Marmara Üniv. Psikiyatri AD Psikiyatri Servisi Hemşiresi İstanbul

Almanya'da Psikiyatri Kliniğindeki Gözlemleri

Dr. Songül Kamışlı

Hacettepe Üniv. Onkoloji Hastanesi Ankara

Korumalı Evlerde Hemşirenin Rolü

Hem. Ferda Balu, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Eğitim Hemşiresi Elazığ

16.00-17.30 Kapanış ve Dilekler

ÇALIŞMA GRUPLARI

Çalışma Grubu - I

Konu:

Ruhsal Travma Çalıştayı

Yürütücüler:

Prof. Dr. Gülşen Terakye
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Ankara

Yrd. Doç. Dr. Yarbay Fahriye Oflaz
GATA Hemşirelik Y.O. Psikiyatri Hemşireliği AD Başkanı Ankara

Dr. Hande Karakılıç Psikiyatrist
Emniyet Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Daire Başkanlığı Ruh Sağlığı Merkezi Yöneticisi Ankara

Süre: 1.5-2 saat (1. gün)

Katılımcı Sayısı : Sınır Yok

İçeriği:

- 1.Ruhsal Travma; Tanım ve ruhsal travma yaratabilen durumlar (örnek yaşantılar)
- 2.Ruhsal Travma ile ilintili sendromlar, ruhsal travma yaşayan bireyi tanıma, travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireyi tanıma
- 3.Ruhsal travmaya yaklaşım
- 4.Acil servislerde karşılaşılabilecek ruhsal travma
- 5.Krize Müdahale ve intiharı önleme
- 6.Travmatik durumlarda normalizasyon sürecinde sağlık personelinin yardımı

Çalışma Grubu - II

Konu:

Sorun Çözme Terapisi

Yürütücüler:

Prof.Dr. Mehmet Eskin Psikolog
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Öğretim Üyesi Aydın

Yrd. Doç. Dr. Fatma Demirkıran
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Öğretim Üyesi Aydın

Süre: 6 saat (1., 2. ve 3. gün)

Katılımcı Sayısı : 15 kişi

İçeriği:

Terapist ve başvuran hastanın primer sorununu tanımlıyor. Sonra bu sorunun 6 basamakta çözümlenmesi yapılıyor.

Bu basamaklar;

I. Aşama; Tedavi mantığının anlatılması ve sorunların tanımlanması

Evre 1. Duygusal semptomların tanımlanması

Evre 2. Sorunların tanımlanması

Evre 3. Duygusal semptomlar ve sorunlar arasında ilişki kurulması

II. Aşama; Hedeflerin belirlenmesi

III. Aşama; Çözüm seçeneklerinin üretilmesi

IV. Aşama; Uygun çözüm seçeneğinin seçilmesi- Karar verme

V. Aşama; Seçilen çözümün uygulanması

VI. Aşama; Sonucun değerlendirilmesi

Çalışma Grubu – III

Konu:

Yatan Hastalarda Yeni Bir Grup Terapi Tekniği; Kişilerarası İlişkilerde Rol Çözümleme

Yürütücüler:

Prof.Dr.Ferhan Dereboy
Adnan Menderes Üniv. Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri AD Başkanı Aydın

Yrd.Doç.Dr.Hülya Arslantaş
Adnan Menderes Üniv. Aydın Sağlık YO Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi Aydın

Hem.Pelin Şahin Taşpınar
Adnan Menderes Üniv. Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri AD Sor. Hemşiresi Aydın

Süre: 6 saat (1., 2. ve 3. gün)

Katılımcı Sayısı : 15 kişi

İçeriği:

Hasta ve grup olarak hastaya bir rol bulunur, bu rolün 6 basamakta tanımlanması yapılır.
Bu roller;
Rolün tanımı,
Rolün bedelleri (maloldukları)
Rolün kazançları
Bu rolü nasıl edindiniz,
Bu rolün hastalığınızla ilişkisi,
Bu rol nasıl değişir
Hasta ve terapisinin diğer üyelerinin katılımıyla en son basamağında tartışınca terapi sonlanıyor.

Çalışma Grubu - IV

Konu:

Psikodinamik Görüşme Teknikleri

Yürütücüler:

Dr. İlker Özyıldırım Psikiyatrist
Ordu Ünye Devlet Hastanesi

Süre: 1.5-2 saat (1. gün)

Katılımcı Sayısı : 20

İçeriği:

Psikiyatrik görüşme sırasında, hastanın dile getirdiklerinin gerisinde nasıl bir psikodinamik sürecin işlediğinin yorumuna dair olgu örnekleri üzerinden bir çalışma yapılacaktır. Katılımcıların kendi klinik görüşmelerinden örnekler de ele alınarak; hasta bir konu hakkında konuşurken aslında bize ne demektedir, ne anlatmak istemektedir, ne beklemektedir, bilinçdışı arzu ve çatışmaları ne olabilir gibi sorulara birlikte yanıt bulunmaya çalışılacaktır.

Çalışma Grubu – V

Konu: Psikoeğitim Grubu:Topluma Yeniden Katılım Programı

Yürütücüler:

Yrd.Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya Duman
Dokuz Eylül Ün. Hemşirelik YO Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi İzmir

Dr. Nazmiye Kocaman
İstanbul Ün. İTF Psikiyatri AD Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD
Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkan Yrd. İstanbul

Süre: 4 saat (2.ve 3. gün)

Katılımcı Sayısı : 15

İçeriği:

- 1.Topluma Yeniden Katılım Programının Tanıtımı
- 2.Hastaneden Taburcu Olmanın Ölçütleri
- 3.İlaçların Etkilerini Değerlendirme
- 4.İlaçlarla İlgili Problemleri Değerlendirme
- 5.Haberci Belirtileri Tanıma
- 6.Hastalığın Tekrarlanmasını Önleyici Acil Plan Geliştirme

Çalışma Grubu – VI

Konu:

Psikososyal Beceri Eğitim Programı

Yürütücüler:

Yrd.Doç.Dr. Gül Ünsal
Marmara Ün. Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD İstanbul

Dr. Sibel Coşkun
Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Gündüz Hastanesi Rehabilitasyon
Servisi İstanbul

Süre: 4 saat (2.ve 3. gün)

Katılımcı Sayısı : 20

İçeriği:

- İletişim becerileri
- Sorun çözme becerileri
- Psikoz ve antipsikotik ilaç tedavisi
- Tedaviyi değerlendirme
- İlaç yan etkileri
- Uyarıcı işaretler ve başatma
- İnatçı belirtiler ve başatma
- Alkol ve uyuşturucudan sakınmak.

PANEL KONUŞMALARI

KONUŞMACI ve KONU BAŞLIĞI	SAYFA NO
Melahat AKBAŞ BAKIRKÖY'DE 1980'LERDEN SERTİFİKA SÜRECİNE UZANAN YOLCULUK	14
Gülsüm ANÇEL PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE KARAR VERME, OTONOMİ VE EKİP ÇALIŞMASI	15
Nesrin AŞTI DEMANS LI HASTALAR ve PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ	16
Fatma AVLAMAZ TESPİTLE İZOLE EDİLEN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI	17-18
M.Deniz AYBEY, Duygu AK ÖZCAN, Emel ŞAHİN İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EĞİTİM ŞUBESİ HEMŞİRELİK BÜROSU	19-20
Ferda BALUN KRONİK PSİKOTİK HASTALARDA REHABİLİTASYON VE KORUMALI EV PROJESİ	21-22
Filiz BAŞEĞMEZ CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI HEMŞİRELİK HİZMETLERİ	23
Sibel COŞKUN KRONİK PSİKOTİK HASTALARDA REHABİLİTASYON VE OLGU YÖNETİMİ	24-26
Olcay ÇAM PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE SERTİFİKA PROGRAMLARI NASIL OLMALIDIR?	27-28
Olcay ÇAM PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE PSİKOTERAPİ EĞİTİMİ VE HİZMETE YANSIMALARI	29-31
Nurten DAĞDELEN DR. EKREM TOK RUH SAĞLIĞI HASTANESİ HASTANEMİZDE YAPILAN İMAJ DEĞİŞİKLİĞİ VE EĞİTİM FAALİYETLERİ	32-33
Gönül DAVULCU SAMSUN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ HASTANE TARİHÇESİ	34
Nurhan EREN YATAKLI PSİKİYATRİ SERVİSLERİNDE AĞIR KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	35-37
Nurhan EREN PSİKANALİZ VE PSİKODİNAMİK PSİKOTERAPİLER:EĞİTİM-UYGULAMA	38-39
Semra ENGİNKAYA POSTPARTUM KLİNİK TABLOLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI	40-43
Songül KAMIŞLI ALMANYA'DA BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YAPILAN GÖZLEMLER	44
Meral KELLEÇİ DEPRESYONU OLAN BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMI	45-46

Nazmiye KOCAMAN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARIMIZ	47-49
Nazmiye KOCAMAN RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE SERTİFİKA EĞİTİMİ VE YETKİLENDİRME	50
Halime KUĞU, Nurullah YÜCEL, Yirmibeşoğlu S., Çakır FN. YAŞLILARDA GÖRÜLEN RUHSAL SORUNLAR VE KURUMDA HEMŞİRELİK BAKIMI	51-54
Leman KUTLU ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ VE UYGULAMA ALANLARI	55-56
Yasemin KUTLU İSTANBUL TIP FAKÜLTESİNDE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ HİZMETLERİ	57
Ayşe ÖZTÜRK BAKIRKÖY PROF DR MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ PERSONELİNİN “PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE SERTİFİKA UYGULAMASI” HAKKINDAKİ GÖRÜŞ VE BEKLENTİLERİ	58
Elizabeth POSTER LEADERSHIP OPPORTUNITIES FOR CHANGE	59
İlknur TUNCAY BİRBEN PSİKOZ HASTALARINDA EV ZİYARETLERİ İLE İZLEM	60-62
Seniye ÜNLÜ ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI	63-65

BAKIRKÖY'DE 1980'LERDEN SERTİFİKA SÜRECİNE UZANAN YOLCULUK

Melahat AKBAŞ

Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH, Başhemşire, İSTANBUL

1980'lerden bu yana psikiyatri hastanesinde görev yapan ve psikiyatri hastalarının ve hastanesinin günümüze gelinceye kadar tüm aşamalarını bizzat yaşamış ve tanık olmuş bir psikiyatri hemşiresi olarak ve söz konusu dönemleri yaşayan tüm meslektaşlarım adına sertifika sürecini değerlendirmem gerektiğini düşünüyorum.

Bizler o kuşağın hemşireleri olarak bu hastanede hastane ile birlikte büyüdük ve geliştik. Biz onu, o'da bizi geliştirdi. Şu anda genel hemşirelikten psikiyatri hemşireliğine geçiş sürecini yaşıyoruz. O dönemlerde ise Onbaşılıktan* hemşireliğe geçebilmenin kıyasıya mücadelesini verdik. Tıpkı Florance Nightingale'in tüm olanaksızlıklara rağmen modern hemşireliğin temellerini atması gibi, bu hastanenin hemşireleri de "Psikiyatri Hemşireliği"nin temellerini işte o dönemlerde atmışlardır dersem mübalağa yapmış olmam. Çünkü hastalar ilk defa hemşire ile tanışmaya ve ondan bakım ve hizmet almaya başladılar.

Henüz kendisi çocuk denecek yaşta iken mesleğe başlayan hemşireler, ailelerinin bile bakmak istemediği, toplumun reddedip, etiketlediği, yemek yemeyi bilmeyen, temel ihtiyaçlarını karşılayamayan hastalara sahip çıkıp büyük bir özveri, sevgi ve sabırla bakım verip onları eğitip öğretmeye çalıştılar. Bu süreç çok uzun ve emeklerle dolu bir yolculuktu.

Şu anda bir psikiyatri hastanesi olarak Avrupa'nın üçüncü büyük hastanesiyiz. Çok geniş bir yelpazede hizmet veriyoruz. Bu hastanenin hemşireleri olarak sürekli kendimizi geliştirme ve hastalarımıza kaliteli hizmet sunma çabamızdayız.

Eğer günümüzde psikiyatri hemşireliği ve psikiyatri hemşirelerinin sertifika ile yetkilendirilmesi döneminden bahsedilebiliyorsak geldiğimiz bu noktayı onlara borçlu olduğumuzu ve öncelikle onların bir defaya mahsus olarak sertifikalandırılarak onlara karşı gönül borcumuzu ödeyebilmenin bir fırsatı olarak değerlendirelim diyorum.

• *Onbaşı: Hastanede hemşireler göreve başlamadan önce hastalara bakan, herhangi bir eğitimi olmayan hasta bakıcılara o dönem "onbaşı" denilmekteydi.*

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE KARAR VERME, OTONOMİ VE EKİP ÇALIŞMASI

Gülsüm ANÇEL

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi, Yrd.Doç.Dr.

Karar verme, bir sorunun çözümüne yönelik seçenekler içinden seçim yapmadır. Hemşirelikte karar verme, hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimlerinin sınıflandırılması, bakım sonuçlarının sınıflandırılması ve hemşirelik yönetimi veri seti gibi "standardize dil" çalışmalarının başlamasıyla kolaylaşmıştır. Karar verme ile otonomi arasında doğrudan ilişki vardır. Otonomi, başka bir kişi ya da durumdan bağımsız karar verme, kendi kendini yönetebilme yetisi ve özgürlüğü olarak tanımlanmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de psikiyatri hemşireleri otonom olma konusunda çabalar göstermekte ve otonomi yitimine neden olan etkenlere karşı savaşımalarını sürdürmektedirler.

Türkiye'de psikiyatri hemşirelerinin sağlık ekibi içinde var oluşu, otonomi ve karar verme durumuna yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır ve kapsamlı çalışmalarla mevcut durum belirlenmelidir. Psikiyatri hemşirelerinin görev tanımlarının hemşireler tarafından çalışılmış olması, karar verme alanlarının belirlenmesi, dolayısıyla otonomi kazanma açısından önemli bir adımdır. 2007 yılı içerisinde, Psikiyatri Hemşireliği Derneğinin önderliğinde atılan bu adım yasa ve yönetmeliklerle desteklenmelidir. Bu adımı, mesleki yeterlilik düzeyini arttırarak karar vermeye aktif katılma, karar mercilerinde yer alma ve meslektaşlar arası güç birliği oluşturma takip etmelidir. Ayrıca, psikiyatri hemşirelerinin otonom olma için göstereceği temel eylemler içinde standardize dil kullanımının yaygınlaşması, problem çözme becerilerini arttırma ve karşılaşılabilecek dirençle mücadele etme yer almalıdır. Kuşkusuz, ekip çalışması anlayışının yerleşmesi, iş otonomisinin sağlanması ve sağlık sisteminin patriarşal yapısının değiştirilmesine de gereksinim duyulmaktadır.

Psikiyatri hemşireliği, doğası gereği hem mesleki, hem iş hem de bireysel otonomi gerektiren bir çalışma alanıdır. Otonom olma, ekip çalışması için de bir gerekliliktir. İlk aşama olarak, "ben" kavramına ulaşmış ve mesleki olarak "olgunlaşmış" bireylerin ikinci aşamada "biz" duygusu içinde aynı amaca yönelmeleri etkin ekip çalışmasının temel eylemidir. Ülkemizde psikiyatri hemşirelerinin, sağlık ekibi içinde var olması ve "biz" duygusunun rengi içinde kendini gösterebilmesi için daha sistemli olgunlaşmaya, toplumun gereksinimlerine yönelmeye ve ulusal düzeyde stratejiler oluşturmaya acilen gereksinim bulunmaktadır.

DEMANS LI HASTALAR ve PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Nesrin AŞTI

Muğla Üni. Öğr. Üyesi ve İst. Üni. Bakırköy SYO Misafir Öğretim Üyesi, Prof. Dr.

Türkiye'de yaşlı bireyin hastalıklar sıralamasında depresyon (%31.9) başta olmak üzere, kardiyovasküler hastalıklar (%22.4), demans - deliryum (%14), kanser (%10.3) ve osteoporozla bağlı kırıklar (%8.6) görülmektedir. Ayrıca 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların % 90'ında bir, %35'inde 2, %23'ünde 3 ve %14'ünde 4 ve üzeri kronik hastalık görülmektedir.

Bu verilere göre üçüncü sırada yer alan demans; 65 yaşın üstünde %5, 80 yaşın üstünde %20 görülme olasılığı olan tam bağımlı düzeyde ve komorbidite ile seyreden kompleks gereksinimleri olan bir hastalıktır. Demans'ın %62.6'sı Alzheimer olup; ölüme neden olan hastalıklar arasında 4. sırada yer alır. Yaşlılarda görülen bunama durumlarının %60'ını oluşturur. Aile, toplum ve devlet üzerinde büyük bir yük oluşturur ve Türkiye'de 300 bin dolayında Alzheimer hastası vardır.

Alzheimer, hafıza (kısa süreli) ve entelektüel yetenekleri (konuşma, okuma, yazma ve anlama) etkileyen, giderek konfüzyon ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik oluşturan bir hastalıktır. Uluslararası Alzheimer Derneği, Demanslı/Alzheimerli hastaların tedavi ve bakımına yönelik belirlediği prensipler ile özellikle hemşireye önemli görevler yüklemektedir. Bunlar:

Prensip 1: Demans/Alzheimer hastalığı tanımı ve kişi - aile üyeleri üzerindeki olumsuz etkilerini eğitim programları ile giderme

Prensip 2: İnsan olarak demanslı kişiye değer verilmesi ve saygınlığının sürdürülmesi konusunda multidisipliner yaklaşım

Prensip 3: Demanslı için, her türlü kötüye kullanımdan uzak, güvenli bir çevre oluşturma

Prensip 4: Demanslı ve risk altında olanlar için tıbbi ve sosyal değerlendirme, tedavi, bakım hizmetlerinin sağlanması

Prensip 5: Destek gruplarına katılan ailelere verilen eğitimin yanı sıra aileleri ile birlikte hastaları da içeren günlük yaşam aktivitelerine yönelik sorun çözme gruplarının oluşturulması

Prensip 6: Demanslı ve aile üyeleri/bakıcıların gereksinimlerinin karşılanması, desteklenmesi yönünde yapılan değerlendirme, eğitim (aile hekimlerine, hemşirelere ve ailelere)

Prensip 7: Demans'ın etkileri, demanslının bakımı ve bu bakımın nasıl sağlanacağı konusunda ilgili bakım profesyonellerinin bilgilendirilmesi eğitimi ve öğretimi gibi.

Eker ve ark. 190 olgu üzerinde yaptıkları bir çalışmada; davranış ve psikolojik semptomlar Türk Alzheimer olgularında çok sık (% 91.5) saptanmış olup, en sık semptomlar 6. evrede görülmüştür. Hastada tedavi ve bakım sorunu yaratan ve ailede de tükenmeye neden olan paranoid veya hezeyanlı düşünce, halusinasyon, aktivite bozuklukları ve agresyonunun, demansın şiddeti ile arttığı görülmüştür. En sık rastlanan semptomlar: amaçsız aktivite, eşyaların çalındığına ait hezeyan, sürekli dolaşma, yalnız bırakılma korkusu olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak; ülkemizde yaşlılıkta ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında 4. sırada ve her 100 yaşlının 5'inde görülen aile ve toplum için sosyal ve ekonomik yük oluşturan Demans hastalığı olan bireyler; özellikle tedavi ve bakım gereksinimi olan altıncı evrelerde(İç hastalıkları, geriyatri, psikiyatri ya da geropsikiyatri kliniklerine) yatışlarında Demansa eşlik eden 2 yada 3 kronik hastalıkla birlikte psikiyatri hemşireliğinde komplike vakaları oluşturmaktadır.

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; demans risk faktörlerini araştırma ve önlemede koruyucu ruh sağlığı hemşiresi olarak rol alırken; klinik yatışlarında tanılama, değerlendirmede, bilişsel, davranışsal semptom yönetimi ve tedavi yönetiminde özellikle polifarmasiye bağlı ilaç yan etki önlemede psikiyatri hemşiresi olarak, ilk evrelerde ve terminal dönemde ise evde ve kurumda rehabilitasyon hemşiresi olarak görev alır.

KAYNAKLAR

Aştı, N.: Yaşlı Bireyin Bakımı Paneli , 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi ve "Ist European Day of International Medicine ", 14-19 Eylül 2004, Antalya

Güngen c., Ertan T., Eker E.: Admission to the first geriatric psychiatric unit in Turkey. International Psychogeriatric Association and Turkish Society of Psychogeriatrics A Joint Meeting, 21-23 May 1998, İstanbul

Uğur M., Balcıoğlu i., Kocabaşoğlu N.: Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Engin Eker : Alzheimer Hastalığı, İst. Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi, No 62, 1. Basım. Cemre Ofset, Mart 2008, İstanbul, Ss: 85-110 Dayer-Berenson L. Polypharmacy in the Elderly.

Nursing Spectrum website. Available at <http://nsweb.nursingspectrum.com/ce/ce214.htm>., February 24, 2003.

TESPİTLE İZOLE EDİLEN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Fatma AVLAMAZ

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH, Akut Psikoz Servisi Hemşiresi, İSTANBUL

Yataklı psikiyatri kliniklerinde tedavi gören hastaların önemli bir kısmı, yoğun psikotik yaşantıları ve kaygıları olan, sıklıkla gerçekle bağlantıları kopmuş, engellenme eşikleri düşük, dürtüsel davranma ve öfkelenme olasılıkları yüksektir. Psikiyatri klinikleri ise (özellikle ruh sağlığı hastanelerinde) kalabalık, yoğun sigara dumanı olan, uyanların çok olduğu, kilitli kapılar ardında daha da engellenmişlik hissettiren gürültülü ortamlardır. Genelde yeterli ve nitelikli personel sağlanamadığından hastalar nitelikli hizmet ve bakım alamamaktadır. Tüm bu koşullar hastaların eksite olma olasılığını daha da arttırmaktadır.

Eksite hastayı eksite olmadan önce fark etmek çok önemlidir. İyi bir gözlem ile belirtiler farkedilerek yapılacak müdahaleler ile hastanın eksitasyona girmesi önlenir. Bu konu eksitasyon esnasında ekibin zarar görme ihtimalini azaltmak açısından da önemlidir. Eksitasyonu önceden farketmede ekibin tecrübe ve eğitim düzeyi önemli olduğu belirtilmektedir. Ayrıca eksitasyonu önlemede ortamda uyanların en aza indirilmesi, hastaların grup terapilerine ve terapötik aktivite programlarına yönlendirilmesi ve hasta ile iletişimde terapötik iletişim tekniklerine önem verilmesi ve hastaya ve hasta haklarına saygı gösterilmesi önemlidir.

Genelde hemşireler eksite, öfkeli hasta ile iletişimde zorlandıklarını belirtmektedirler. Eksite olan hasta karşısında hemşire; sakin olmalı, hastaya yardımcı olmak istediğini ifade etmeli, sorununu anlamaya çalışmalı, hastaya çok yakın durmamalı fakat korktuğunu da belli etmemeli, fiziksel teması en aza indirmeli, hastaya karşı açık ve dürüst davranmalı, göz kontağı kurmalı, yüksek sesle ve tehditkar davranmamalı, hasta ile tartışmamalıdır (1,2,3).

Eksite hastaya yaklaşımda; ilk seçenek hastaya terapötik ortam sağlanması ve aktivite programları sunulması, ikinci seçenek eksitasyonun önceden farkedilmesi, üçüncü seçenek eksite olan hastanın konuşularak sakinleştirilmeye çalışılması, dördüncü seçenek farmakolojik yöntemler kullanılarak ek tedavi uygulanması, tüm bunlar işe yaramıyorsa son olarak tespitle izolasyon (tercihen korumalı izolasyon odası) kullanılmalıdır. Tespitte izolasyonun hem hasta, hem ekip için travmatik olduğu unutulmamalıdır (3).

Tespit: Bedensel hareketlerin kısıtlanmasıdır.

Kimyasal Tespit:Saldırgan davranışı önlemek amacıyla uygulanan ek ilaç tedavisi olarak tanımlanır.

Mekanik Tespit:Kemer, yatak parmaklıkları, dört nokta tespitleri, çıkarılabilir bilek tespitleri, tespit çarşaflarını içerir.

Tespit Endikasyonları

Amerikan psikiyatri birliğinin 22 sayılı görev raporu (izolasyon ve bedensel kısıtlamanın psikiyatrik kullanımı-1985)

- 1 Hasta ya da başkalarına zarar verilmesini engellemek
- 2-Tedavi programında ya da fiziksel çevrede oluşacak önemli bir aksamanın engellenmesi
- 3-Tedavide süregelen bir davranış sağaltımının parçası olarak yardım etmek
- 4-Duyusal aşırı uyanları azaltmak (1)

Tespitin Kontrendikasyonları

1985 Amerikan psikiyatri birliğinin 22 sayılı görev raporuna göre;

- 1-Yakın denetim yapılamıyor ve doğrudan gözlem sağlanamıyorsa,
- 2-Tıbbi ve psikiyatrik koşullar aşırı değişkense,
- 3-Hasta uyan azaldığında zarar görecektir bir klinik durumdaysa (deliryum ya da demans),
- 4-Hasta özkıyım aşırı eğilimliyse,
- 5-Hastanın ilaç alerjisi varsa, aşırı doz ilaç uygulanıyorsa ya da ilaç dozunun yakından izlenmesi gerekiyorsa,
- 6-Kalp damar yetersizliği, kafa travması varsa
- 7-Gebelik, astım, kırık, ameliyat, epileptik nöbet, fiziksel şiddete maruz kalma veya cinsel istismar öyküsü bulunmaktaysa tespit için riskli durumlardır (1,5).

Tespitte Bağlı Gelişen Komplikasyonlar

1-Tespitte boğulma

Tespitte rastlanan ölümlerin en sık nedenidir. Altta yatan mekanizmaları ise açık değildir. Olası nedensel etmenler solunum hareketlerinin kısıtlanması, hava yollarının zorlanması, bedensel zorlanmalar sırasında ketakolaminlerin salgılanmasıdır.

2-Ketakolamin hücumu

Tespitte alınma esnasında hasta personel/güvenlik ile mücadele etmesi, yere yatırılması ya da taşınması sırasında artan ajitasyon, adrenal ketakolaminlerin fazla miktarda salınmasına neden olur. Acil tıp hekimleri tespit kullanımı sonucu oluşan bir çok kalp durması vakasında derin metabolik asidoz görüldüğünü bildirmişlerdir. Araştırmacılar psikoz ve deliryumda hastaların acı algılarının değiştiğini bu nedenle hastaların normal kapasitelerinin çok üstünde zorlanma kabiliyetlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle en üst düzeyde sempatik değarj olduğunu ve ketakolaminlerin ölüme neden olabileceğini ifade etmişlerdir. Dikkat edilmelidir ki, daha fazla hastayla mücadele ile yapılan mekanik tespit derin bir asidoz hatta ölüme sonuçlanabilir.

3-Aspirasyon

Sırt üstü tespitin aspirasyonu kolaylaştırabileceği bildirilmiştir. Hastaların azalan yada değişen bilinç düzeyleri ile hareketsiz hale getirildikleri sırt üstü durumlar hastaların hava yollarını koruma yetilerini engelleyebilir. İlaçların bu riski artırıcı olabilir. Ölüm; asfiksi, akut plmoner ödem, pnömonit sebebiyle olabilir.

4-Künt göğüs travması

Tespitte bağlı ölümlerde olası risk etmeni olarak gösterilmektedir.

5-Psikotrop ilaçlar

Yaygın olarak kullanılan psikiyatrik ilaçlar için ani ölüm dahil olmak üzere, kalple ilgili yan etkileri bildirmişlerdir. Piyasaya sürülen bir çok ilacın potasyum kanallarını bloke ettiği QT aralığını uzattığı ve kalp krizine neden olabileceği belirtilmektedir (1).

Tespitli Hastada Hemşirelik Bakımı

1-Tespit yönergesine/protokolüne uyulmalıdır.

2-Tespit noktaları iki el parmağının girebileceği şekilde olmalıdır.

3-Tespit uygulanan hasta 15 dakika ara ile ve daima yüz yüze gözlenmelidir. Hasta kendini dışlanmış hissedebileceğinden hasta ile iletişim sürdürülmelidir.

4-Tespit edilme nedeni hasta ile göz teması kurularak hastaya anlatılmalıdır (Hasta kendini cezalandırılıyor hissedebilir yada travma veya cinsel istismar öyküsü olan hastalar da travmatik duygusal tepkilere neden olabilir).

5-Hastanın kullandığı ilaçları, öyküsü ve özel notlar dikkate alınmalıdır.

6-Obez hastalarda göğüs tespitinden kaçınılmalıdır.

7-Tedavi amaçlı uygulanan tespitlerde hasta yalnız bırakılmamalıdır.

8- Tespitin bir saatten fazla sürdürülmemelidir. İstisnai durumlarda daha uzun süren tespitlerde hasta hareketsiz ise saat başı tespit noktaları çözülerek egzersiz yaptırılmalıdır.

9-Tespit odasının havalandırması iyi olmalıdır.

10-Hastanın ihtiyaçları (tuvalet, su, beslenme gibi) giderilmelidir.

11-Tespitte bağlı komplikasyonlar yönünden yakın gözlenmelidir.

12-Tespitteki hastaya diğer hastaların ulaşabilmesi engellenmelidir. Örneğin, kapısı kilitli olmalıdır.

13-Tespitle ilgili gerekli kayıtlar ayrıntılı tutulmalıdır, ekip üyeleri arasında bilgi paylaşılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bilici R.: *Psikiyatri Kliniklerinde Tecrit ve Tespit Uygulamaları, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık tezi, İstanbul, 2007.*
2. Gürçay E.: *Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Saldırgan Davranış Gösteren Hastaya Yaklaşımları. Hacettepe Ün. Sağlık Bil. Enst. Hemşirelik Bilim Uzm. Tezi, Ankara, 1990.*
3. Foster C., Bowers L., Nijman H.: *Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. J. Adv. Nurs. 2007 Apr; 58 (2): 140-9.*
4. Holmes D., Kennedy S.L., Perron A.: *The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. Issues Ment. Health Nurs. 2004 Sep; 25(6): 559-78.*

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EĞİTİM ŞUBESİ HEMŞİRELİK BÜROSU

M.Deniz AYBEY*, **Duygu AK ÖZCAN****, **Emel ŞAHİN*****

*İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürü, Dr.

**İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi İl Eğitim Koordinatörü, Uzm. Hem.

***İstanbul Sağlık müdürlüğü Eğitim Şubesi, Yük. Hem.

Müdürlüğümüz bünyesinde 16/06/2006 tarihinde bir hemşirelik bürosu kurulmuştur. Büro, 1 Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim üyesi, 2 İl Eğitim Koordinatörü ve 7 Başhemşire'den oluşmaktadır. Büro kurulduğundan bu yana hizmet içi eğitim ve buna bağlı olarak sertifika programlarıyla ilgili çalışmalar yapmış, 2007 yılında Ameliyathane ve Koroner Yoğun Bakım kurslarını başarıyla yürütmüş, 2008 yılı başından itibaren de çalışmalarına hız vermiştir.

Hemşirelik Bürosu yürüttüğü sertifika programları arasında,

- Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programı
- Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı
- Hizmet İçi Eğitim Hemşireliği Sertifika Programı
- Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı
- İnfertilite Hemşireliği Sertifika Programı
- Ürodinami Hemşireliği Sertifika Programı
- Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı
- Diyabet Hemşireliği Sertifika Programı yer almaktadır.

Bunların yanı sıra 2008 yılı içerisinde başlatmayı düşündüğümüz sertifika programları arasında:

- Akut Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Programı
- Sterilizasyon Hemşireliği Sertifika Programı
- Güvenli Annelik Sertifika Programı

Sertifika programları için birer alt komisyon kurulmuş olup komisyonlarda hemşirelik bürosundan 1 kişi, hemşirelik yüksek okullarından Öğretim Üyeleri ve alanda çalışan tercihen yüksek lisans yapmış hemşire ve ebeler görev almaktadır.

20 Mayıs 2008' de başlatmayı planladığımız Akut Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Programı ile ilgili olarak oluşturulan komisyonumuz 31.01.2008 tarihinden beri çalışmalarına devam etmektedir.

Programla ilgili olarak öncelikle Sağlık Bakanlığımıza sunulmak üzere yönerge taslak çalışması yapılmış, bu çalışmada;

- programın amacı, kapsam ve hukuki dayanakları,
- eğitim merkezlerinin tespiti ve nitelikleri,
- eğitmcilerin ve kursiyerlerin nitelikleri,
- eğitim programına ilişkin genel esaslar ve eğitim programının kapsamı,
- eğitim programına başvuru ve kabul şartları,
- kursiyerlerin değerlendirilmesi ve sertifikalandırılmasına dair hükümlere yer verilmiştir.

Programı oluşturmaktaki temel amacımız psikiyatri kliniklerinde çalışmakta olan hemşire ve ebelerin psikiyatri alanında eğitilmesi, bu alandaki hemşirelik uygulamalarının öncelikle il genelinde standardizasyonunun sağlanması, kaliteli ve etkin bir hizmet sunulmasının sağlanmasıdır.

Programın hedefi ise; Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşire, ebelerin;

- Tamamının sertifika programından geçirilmesi
- Bilgi ve beceri düzeylerinin artırılması
- Terapotik iletişim tekniklerini etkin olarak kullanmalarının sağlanması
- Aktivite, psiko-eğitim ve terapotik grup programlarında, hasta/ aile eğitiminde etkin rol almalarının sağlanması
- Psikiyatri hemşiresinin rol ve görevlerine uygun çalışmalarının sağlanması
- Hemşirelik kayıtlarının düzenli tutulmasının sağlanmasıdır.

Kurs Programı Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıklarına Eğitim ve araştırma Hastanelerinde gerçekleştirilecek olup, Psikiyatri Hemşireliği AD'da master ve/veya doktora eğitimini tamamlamış Hemşireler ve Öğretim Üyeleri ile Psikiyatri Hastanelerindeki Hizmet içi Eğitim Hemşireleri, Ruh sağlığı ve Hastalıkları alanında Uzman Hekimler, Uzman Klinik Psikologlar ve Psikoloji Bölümü Öğretim Üyeleri tarafından gerçekleştirilebilecektir.

Oluşturulan eğitim programının süresi 4 hafta kuramsal, 2 hafta da uygulamalı olarak toplam 160 saat olarak belirlenmiştir. Kuramsal eğitim merkezi olarak Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi olup, uygulamalı eğitimler ise Bakırköy Ruh ve Sinir Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilecektir.

Programla ilgili ölçme değerlendirme çalışmaları devam etmektedir.

KRONİK PSİKOTİK HASTALARDA REHABİLİTASYON VE KORUMALI EV PROJESİ

Ferda BALUN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Eğitim Hemşiresi, ELAZIĞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de şizofreni başta olmak üzere kronik psikiyatrik hastalıklar önemli oranda yeti yitimi ve engellilik oluşturmaktadır. Ülkemizde bu sorunlarla mücadeleyi büyük oranda ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri yürütmektedir. Hastanelere getirilen hastalara temel olarak tıbbi tedavi verilmekte ve hasta belirli bir iyileşme gösterdikten sonra hastaneden taburcu edilmektedir. Yeterli aile, ekonomik ve sosyal desteği olmayan hastalar kısa bir süre sonra yeniden hastanelere yatırılmaktadır.

Günümüzde modern psikiyatri anlayışında şizofreni ve benzer hastalar için temel tedavi yaklaşımında esas ve öncelikli tedavi yerinin toplum olduğunu ve yataklı tedavinin artık geçerliliğini yitirdiği bir gerçektir. Bu insanların yaşam kalitesini toplumsal ortamda artırmak ve kendi başlarına yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamak olmalıdır.

Bu düşüncenin ışığında 1980'lerde Hollanda'da Korumalı Ev Projesi uygulanmış ve yatılı hasta sayısı önemli oranda azalmıştır.

Projenin Hollanda'daki uygulayıcı kurumu olan Meerkanten Psikiyatri Merkezi ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi; Hollanda Dış İşleri Bakanlığı ve T.C. Sağlık Bakanlığının aracılığıyla görüşmeleri neticesinde projenin uygulanmasına karar verilmiştir. 2006 yılı mart ayında rehabilitasyon çalışmalarının başlangıcı olan ilk geçiş evleri açıldı. Proje kapsamında 20 hemşire, 4 psikolog, 2 sosyal hizmet uzmanı, 2 psikiyatrist rehabilitasyon ve korumalı ev süreci konusunda eğitim aldı.

Şuanda 4 adet korumalı ev 2 adet geçiş evinde toplam 30 hasta ikamet etmektedir.

Projenin hedefleri:

- Şizofreni hastalarının topluma entegrasyon düzeylerini artırmak
- Alternatif rehabilitasyon yolları geliştirmek
- Toplumun şizofreni konusundaki bilincini artırmak, stigma ve ayrımcılığı ortadan kaldırmak
- Aile desteği olan ve ailesinin yanında yaşamını idame ettirebilen bireylerin toplum içinde ailelerinin yanında yaşamlarını sürdürebilmeleri, aile desteği olmayanların kendi başlarına yaşamlarını devam ettirebilmeleri amaçlanır.

Rehabilitasyon ve Korumalı Ev Sürecinde Hemşirelik Uygulamaları

Korumalı ev projesi, merkezinde hemşirelerin olduğu bir projedir. Korumalı eve alınması önerilen veya planlanan şizofrenili birey seleksiyon kriterleri yönünden değerlendirilir.

Seleksiyon Kriterleri:

- Hastanın herhangi bir adli suç geçmişi olmamalı
- Hastanın devamlı tedavi gerektiren somatik sorunu olmamalı
- Hastanın psikiyatrik tedavisi korumalı evlerdeki imkanlarla sürdürülebilir olmalı.

Bunun için kullanılan seleksiyon komisyonunda psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, aktivite sorumlusu, hasta ve ailesi yer alır. Kriterlere uygun bulunan hastalara hemşire tarafından hasta ile beraber şahsi tedavi planı hazırlanır. Şahsi tedavi planında sağlıklı olma, yaşamak ve bakım, çalışma, öğrenme, boş zamanlarını değerlendirme, sosyal ve ailevi ilişkiler, inanç ve ibadetler, ekonomik geçim gibi ana başlıklar yer alır. Bu başlıklar kapsamında hastanın bu konudaki hedefi ve istekleri göz önüne alınarak tedavi planı hazırlanır. Geçiş evlerinde ortalama 3 ay korumalı evlerde 6 aylık süre ile bu planlar tekrarlanır.

-Sağlıklı Olmak ve İncinebilirlik: Bu başlık altında hastanın hastalığına dair iç görüşü sorgulanır. Bireye iç görüşü kazandırmak, hastalık belirtilerini tanıması, kullandığı ilaçları tanıması ve ilaçlarını kendi başına düzenli olarak alabilmesi amaçlanır.

-Yaşamak ve Bakım: Bu başlıkta bireyin öz bakım ve çevre temizliğine dair iç görüşü sorgulanır. Öz bakım, ev temizliği, ev temizliğini koruma, yaşamını idame etmesi için gerekli fiziksel ihtiyaçlarının farkında olması, ev yaşamında gerekli el becerilerinin kazandırılması amaçlanır.

-Çalışma, Öğrenme ve Boş Zamanlarını Değerlendirme: Bu başlıkta bireyin istek ve yetenekleri göz önüne alınarak bireye uygun aktivitelerin seçilmesi esastır. Sosyal hizmet uzmanı, psikologlar ve hemşireler tarafından sosyal entegrasyon ve temel yaşam becerileri ana başlıkları altında; bilişsel beceriler, psikososyal

gelişim, sosyal aktiviteler, günlük yaşam becerileri, beslenme ve boş zaman değerlendirme konularında bireylere eğitim verilir.

-Sosyal ve Ailevi İlişkiler, İnanç ve İbadetler: Korumalı evlere alınan bireylerin ev arkadaşları ve aileleri ile sağlıklı ilişkiler sürdürmeleri amaçlanır. Aile desteği olan bireyler belirli aralıklarla evlerine izinli gönderilir.

-Ekonomik Geçimi: Maaşı olan bireylerin paralarını ihtiyaçları doğrultusunda idareli kullanma becerisini geliştirmek amaçlanır. Maaşı olmayan bireyler için 2022 maaşı bağlanması amacıyla başvurularda bulunuldu. Başvuru işlemleri halen devam etmektedir.

Rehabilitasyon Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar

- Kronik şizofrenili bireylerde kalıcı davranış değişikliği oluşturmak oldukça uzun süre gerektirmesi.
- Özellikle erkek hastalarda öz bakım ve ev temizliği konularında beceri kazandırmak kültürel özelliklerden dolayı daha zor olması.
- Ailesinden mali desteği veya maaşı olmayan bireylerin özel ihtiyaçlarının karşılanması zorluğu.
- Maaş başvurusu yapılan bireylerin vasi tayinleri için gerekli aile desteğinin bulunamaması.
- Düzenlenen sosyal aktivitelerde halkın arasına katılırken stigma ile karşılaşılması.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI HEMŞİRELİK HİZMETLERİ

Filiz BAŞEĞMEZ

Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Psikiyatri Servisi Sorumlu Hemşiresi, SİVAS

Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Servisi 1 Aralık 1992'de hizmete açılmıştır. Servis 28 yatak kapasitelidir ve ikisi organik oda olmak üzere yedi hasta odası bulunmaktadır. "U" şeklinde dizayn edilmiş olan serviste, hastaların sosyal aktivitede buldukları, yemek yedikleri ve grup toplantılarının yapıldığı büyük bir salon, uğraşı odası ve egzersiz odası da mevcuttur.

Serviste vardiya sistemi ile çalışan ikisi uzman, beşi lisans mezunu yedi hemşire görev yapmaktadır. Her hastanın bakımından sorumlu temel bir hemşiresi bulunmaktadır. Serviste hemşire grubunun yürüttüğü etkinlikler temel hemşirelik görev, yetki ve sorumluluklarına ek olarak günaydın toplantısı, işe yönlendirme toplantısı, sosyal etkinlik saati, jimnastik, çay saati, gazete saati, uğraşı tedavisi, sosyal geziler ve eğitim saattir.

Hemşireler tarafından yürütülen etkinliklerin temel amaçları; hastaların kendilerini güvenli bir ortamda ifade edebilmesi, sosyal etkileşimlerinin artması, ilişkiyi başlatma, sürdürme ve sonlandırma konusunda beceri kazanması, hastalık yaşantısından anlam bulması, hastalığın yönetimi konusunda bilgi ve beceri kazanması, sorunlarla baş etme gücünün artması, günlük yaşamın sorumluluklarını sürdürebilmesi, zamanı etkin kullanması, başarıya duygusunun vereceği güveni hissedebilmesi, benlik saygılarının artması, izolasyonun azalması, sorunlu davranışlarını kontrol edebilmesi, toplumsal yaşamda rollerini ve sorumluluklarını yerine getirme becerisinin gelişmesi ve tedavi planına etkin katılımının sağlanmasıdır.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler terapötik ortamın düzenlenmesi ve sürdürülmesinden sorumludur. Ortamda hastaların kendilerine ve başkalarına zarar vermesinin önlenmesi ve bağımsızlıklarının desteklenerek günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeleri sağlanmaktadır. Servise kabul edilen hasta ve ailelerine gereksinimleri olan konularda bilgi verilerek servis tanıtımı ve hasta kabul işlemleri yapılmaktadır. Bu aşamada hemşire bir taraftan güven ilişkisini geliştirmeye çalışırken diğer taraftan hastanın bakımını planlamaya başlamaktadır. Aile ve hasta ile görüşme yapan hemşire ekibin diğer üyeleri ile bir araya gelerek durum değerlendirmesi yapmaktadır. Hemşire Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Ölümlerine göre hazırlanmış veri toplama formuna göre veri toplamakta, elde ettiği verileri analiz ederek hemşirelik tanımlarını belirlemektedir.

Hemşire serviste yapılan etkinlikler konusunda önce hasta ile görüşme yapıp durumunu değerlendirdikten sonra her hastaya özel bir şekilde planlama yapmaktadır. Hastalara akut dönemleri geçtikten sonra baş etme güçlerinin artırılması ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi, hastalık yaşantısından anlam bulma gibi amaçlara ulaşmak için bireysel ve grup eğitimleri yapılmaktadır. Ekip her gün sabah bir araya gelerek hastanın durumunu değerlendirmekte ve hastanın durumuna birlikte karar verilmektedir. Taburculuğu yaklaşan hastalar hafta sonu eve izinli olarak gönderilmekte, hastanın dönüşünde tekrar hasta ve aile ile görüşülerek taburculuğa karar verilmektedir. Taburcu olan hastalar poliklinik izlemlerine çağrılmakta, hemşirenin değerlendirmesine göre hastanın durumunu izlemek için belirlenen bir zamanda hasta evinden telefonla aranarak ilaç yönetimi, sorunlarla baş etme, semptom yönetimi gibi konularda görüşme ve izlem yapılmaktadır. Ayrıca her hasta taburcu olduktan sonra sorun yaşadığı durumla ilgili hemşiresini telefonla arayarak danışmanlık alabilmektedir. Serviste bu amaçlar için ayrılmış özel bir hatlı telefon da bulunmaktadır.

Serviste her aktiviteden sorumlu hemşireler bulunmaktadır. Hemşireler aktivite sorumlusu olmadan önce serviste C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu öğretim üyeleri tarafından düzenlenen bir seri eğitimden geçmektedirler. Hizmet içi eğitimlerle sürekli gelişim sağlanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu intörn öğrencileri bu birimde haftanın dört günü staj yapmaktadırlar.

KRONİK PSİKOTİK HASTALARDA REHABİLİTASYON VE OLGU YÖNETİMİ

Sibel COŞKUN

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH, Rehabilitasyon Servisi Dr. İSTANBUL

Psikiyatrik rehabilitasyon; kronik psikiyatrik hastalıkta semptomatik iyileşmeyi desteklemeye, hastanın toplumsal fonksiyonlarını ve işlevselliğini yeterli hale getirmeye ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik kapsamlı ve eşgüdümlü stratejiler bütünüdür.

Psikiyatrik rehabilitasyonun başlıca amaçları;

- Toplumsal yeti yitimini önlemek / azaltmak,
- Hastanın sosyal rollerini yerine getirebilmesi için var olan becerilerini geliştirmek,
- Hastanın yetenek, beceri kapasitesini güçlendirmek,
- Hastanın bireysel bağımsızlığını, işlevsellik düzeyini artırmak,
- Meşguliyeti sağlamak,
- Hastanın bireysel sorumluluğunu artırmak,
- Bireyin "iyi oluş" duygusunu güçlendirmek,
- İletişim düzeyini arttırmak,
- Sosyal uyumunu kolaylaştırmak,
- Hasta ve aileyi bilgilendirmek,
- Psiko-eğitim ile aile ve hastaya baş etme becerileri kazandırmak,
- Birincil destek grubu / aile üzerindeki sıkıntıyı azaltmaktır.

Rehabilitasyon programına katılan hastalarda daha çok duygusal ifade ve iletişim sorunları, sosyal izolasyon, yeti yitimi, kognitif kayıplar gibi sorunlarla sık karşılaşılır. Diğer taraftan sanrılar, varsanılar, davranış bozuklukları eşlik edebilir. Rehabilitasyon sürecinde hasta ile öncelikle güven ilişkisinin sağlanmasına, hastalık semptomlarının farkına varmasına ve tedavi işbirliğini sağlamaya çalışılır. Sonra yavaş adımlarla, hastanın da sorumluluk alması sağlanarak kayıpların yeniden kazandırılması ve işlevselliğin artırılmasına çalışılır. Bazen de hastanın işlevselliğini arttırmak öncelikli, hastalığını farkedip hastalıkla baş edebilmesi daha sonraki bir hedef olabilir.

Olgu yönetiminde veri toplama;

Rehabilitasyon merkezinde her hastanın bir danışmanı (rehberi) olmalıdır. Bu danışman, sorumluluğundaki her hastayı ayrı değerlendirmeli ve her hastaya özgü bir plan oluşturmalıdır. Hastanın kapasitesi, bilgi ve beceri düzeyi, gereksinimleri bazı ölçekler kullanılarak, anamnez görüşmesi ile gözlem yoluyla saptanır. Zaman içinde yeni veriler elde edildiğinde rehabilitasyon programı gözden geçirilir.

Veri toplama alanları;

- Sosyo-demografik özellikler
- Eğitim öyküsü
- İş/mesleki öykü ve performansı
- Sosyal çevre özellikleri; kültürel yapı, ekonomik özellikler, çevrenin tutumu vb
- Hastalık tanısı ve öyküsü; hastalık başlangıcı, semptomları, seyri vb
- Uygulanan tedavi programı
- İçgörü ve tedavi işbirliği düzeyi
- Hastalık hakkında bilgi düzeyi
- Aile özellikleri
- Kişiler arası ilişkileri
- Rolleri, sorumlulukları
- Özgüveni, kendini ifade etme düzeyi
- Mental kapasitesi, kognitif işlevsellik düzeyi
- Problem çözme becerileri
- Stres düzeyi ve stres ile baş etme becerileri
- Kaynak kullanımı (para, zaman, taşıt vb)
- Kayıpları, önemli yaşam olayları
- Olumsuz duyguları ve başa çıkma düzeyi
- Davranış biçimleri, alışkanlıkları
- Günlük yaşam aktiviteleri ve kişisel bakım düzeyi
- Fiziksel aktivite düzeyi
- Boy-kilo uyumu

-Boş zamanı değerlendirme etkinlikleri, hobileri
Beklentileri... vb konularda bilgi toplanır.

Rehabilitasyonun Planlanması

Edinilen bilgiler ışığında problemler tanımlanır, uzun dönem ve kısa dönem amaçlar saptanır. Danışman, uygulanacak olan programın ana hatlarını ve ev ödevlerini hasta ile birlikte planlar. Basitten karmaşığa, kolaydan zora doğru bir sıra izlenmelidir. Örneğin: diş fırçalaması odasını temizlemekten daha öncelikli olabilir. Hastanın uygulanacak programın rasyonelini anlaması, işbirliği sağlaması ve motivasyonu büyük önem taşımaktadır. Programı oluştururken ailede programın içine dahil edilmeli, aile ile işbirliği sağlanmalı, aileye yönelik müdahalelerde planlanmalıdır. Ailenin yanı sıra sosyal bağlar, barınma durumu, ekonomik kaynaklar, sosyal güvence, iletişim olanakları, ulaşım koşulları gibi kaynakları da değerlendirilir. Ev ziyaretleri, iş yeri ziyaretleri yapılabilir, gerektiğinde sosyal sorunları için sosyal kurumlarla iletişim/işbirliği sağlanarak hasta/aile yönlendirilir. Hasta ile bireysel program sürdürülürken grup aktivitelerine, grup psikoterapilerine, psiko-eğitsel gruplara, uğraş terapilerine, sosyal programlara vb. katılımı planlanarak, rehabilitasyon merkezinin olanaklarından en etkin şekilde yarar sağlanmasına çalışılır. Bilişsel (kognitif) rehabilitasyon ile bilgi işleme süreçlerinin geliştirilmesine yönelik girişimlerde rehabilitasyon programına dahil edilebilir. Tüm ekip üyelerince her hastaya ilişkin gözlem ve değerlendirmelerini haftalık toplantılarda paylaşılması, bilgi akışının sağlanması önemlidir.

Etkinliğin Değerlendirilmesi: Uygulanan rehabilitasyon programının etkinliği sürekli değerlendirilmeli, ölçekler kullanılarak değerlendirmede objektif veriler elde edilmeye çalışılmalıdır. Bu değerlendirmeler sonucu gerekli görülürse programda değişiklikler yapılabilir, program tekrarlanabilir. Hastanın ve ailenin gelişmeyi fark etmesini sağlamak, olumlu geri bildirim vermek ve desteklemek önemli yer tutmaktadır. Olgu yönetiminde süpervizyon alınması yararlı olmaktadır.

Bakırköy Ruh sağlığı ve Sinir Hastalıkları EA Hastanesi Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi olarak Eylül 2007 itibarıyla hasta merkezli bir rehabilitasyon sistemi başlattık. Tedavisi ayaktan izlenen ve düzenli merkeze gelen 200'e yakın hastaya olgu yönetimi esaslarını dikkate alarak (hemşire ve psikologlar olarak) bireysel danışmanlık hizmeti sunmaya başladık. Merkezimizde danışmanı tarafından her hasta için gereksinimlerine uygun bir rehabilitasyon programı oluşturulmakta, haftalık bireysel görüşmelerle hasta ve aileye danışmanlık ve eğitim hizmeti verilmektedir. Merkezimizde ayrıca uğraş terapisine yönelik pek çok aktivite ile sosyal aktiviteler, grup psikoterapisi, aile ve hastalar için psikoeğitim grupları, sanat terapisi, sinema terapisi vb programlar yer almaktadır, ve hastaların bireysel rehabilitasyon planlarında bu aktivite ve programlarda önemli yer tutmaktadır. Danışmanlığını yaptığım bir olguyu paylaşmak istiyorum.

Olgu Sunumu:

A. 1975 Almanya doğumlu, erkek hasta, ortaokul dengi bir okuldan mezun. Çocukken okul başarısının düşük olduğunu ifade etmektedir. Çalışma deneyimi olmayan A. 11 yıldır Türkiye'de ailesiyle yaşamaktadır. Psikiyatrik şikayetlerinin 15 yaşında başladığı "Şizofreni" tanısı konduğu, Almanya'da birkaç kez hastane yatışı olduğu ve bir süre de rehabilitasyon merkezinde kaldığı bilinmektedir. Ayrıca 3 kez BRSHH'ne de yatışı vardır. Tedaviye uyumlu olup, iç görüsü korunmaktadır. Komorbid OKB tanısı olasılığını düşündüren takıntıları bulunmaktadır.

A. son 1 yıldır BRSHHH Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne devam etmektedir. Görünümü kilolu, çekingen, tedirgindir. Davranışları, işlevselliği ve fiziksel aktivite düzeyi düşüktür. Fazla hareket ederse hastalanacağından korktuğunu ifade etmekte ve spor yapmayı reddetmektedir. Evde, (sadece) alışverişte poşet taşıma işini üstlendiği için kilolarının işine yaradığını düşünmektedir. Aile içinde (özellikle kız kardeşi) "sen dokunma, yapma" diyerek A.'nın regresyonunu daha da desteklediği, sorumluluk almasına olanak verilmediği, tedirginliğinin daha da arttığı gözlenmektedir. Gündüz hastanesine gelmeyi sürdürmekte ancak aktivitelere katılımı oldukça sınırlıdır.

Haftalık görüşmelerle bireysel danışmanlık sürecine başlanmasıyla:

1. ay: Danışmanlık süreci açıklandı. Değerlendirme görüşmesi sonrası, öncelikle özbakıma yönelik eksikleri ev ödevleri ile çalışılmaya başlandı. Banyo sayısı haftada 2 ye çıkarıldı, düzenli diş fırçalaması sağlandı. Kendi yatağını yapması ödevi verildiği hafta Ahmet, ödevini yapmasına ailenin izin vermediğini, ailenin " bu gidişle evin yönetimini ele geçireceksin yapma" dediğini belirtti, aile ile görüşülerek hedefler ve planlanan program açıklandı. Daha sonra aile işbirliği de sağladı. Başlangıçta hiçbir şey yapmasına izin vermeyen kızkardeşi ev ödevleri için yardım etmeye (öğretmenlik yapmaya) başladı. Abla ile beraber yatağını, odasını toplamayı, dolabını yerleştirmeyi, çamaşır katlamayı öğrendi. Daha sonra bunları kendi başına yapmaya başladı.

2 ay: Gündüz hastanesindeki aktivitelere daha fazla katılımı için desteklendi. Her hafta resim yapması, okumalara katılması sağlandı. Yemek yemeyi sevdiği için yemek yapmayı öğrenmeyi istiyordu. Salata,

makarna, çorba gibi basit yemeklerden başlanarak yemek çeşitlerini evde yaparak kardeşinden öğrendi ve görüşmelerde de nasıl yaptığını anlattı. Spor salonuna başlaması için desteklendi. Haftada bir gün 10-15 dakika ile spora başladı. Ödevlerini bir güne sıkıştırmak yerine günlere ve haftaya yayarak yapması, kendi programını kendi oluşturması konusunda çalışıldı.

3. ay: Ahmet ev ödevlerini kendisi talep etmeye, bulmaya başladı. Evdeki elektrikli aletleri kullanmaya yönelik çalışıldı, çamaşır makinası, bulaşık makinası, ütü ve elektrikli süpürgeyi kullanmayı, süpürgeyle odasını ve evi süpürmeyi öğrendi, evde ev işlerinde yardım etmeye, sofrayı kurup kaldırmaya başladı. Öğrenmekten ve evde sorumluluk almaktan mutluluk duyuyordu. Aile üyeleri de bu gelişmeden hoşnuttu.

4. ay: Sevdiği ve yapmayı öğrenmek istediği yemekleri öğrenmeye devam etti, patates salatası, pizza, melemen vb çeşitli yemekleri öğrendi. Mide sorunu yaşadığını söylediğinde bu fırsatla, sağlıklı beslenme kuralları konusunda bilgilendirildi, güçlü ve sağlıklı olmanın kilolu olmak olmadığı konuşuldu. Düzenli spor salonuna devam etmesi için desteklendi, spor sayısı haftada ikiye çıkarıldı (Sonraki 3 ayda 5-6 kilo verdi).

5. ay: Gündüz hastanesindeki katıldığı aktiviteler haftalık bir programa dönüştürülerek daha düzenli aktivitelere katılımı sağlandı. Daha sonra inisiyatif kullanarak programında kendine uygun değişiklikleri yapması istendi. Daha önce ev ödevleri ile öğrendiklerini tekrarlayarak pekiştirmesine çalışıldı. Çocukluğuna ilişkin anılarını paylaşmaya başladı, daha uzun cümleler kuruyor, kendiliğinden gelip paylaşımlarda bulunuyor, sohbet ediyordu.

6. ay: Akşamları ve hafta sonları meşguliyetini sağlamak için kitap okumaya yönlendirildi, okuduğu kitap hakkında konuşuldu. Gelecekle ilgili kaygılarını dile getirmeye başladı, kaygıları konuşuldu. Aile eğitim toplantılarına katılmaya başladı. Tüm bu süreçte obsesyonları çalışılmamasına rağmen takıntıları önemli ölçüde azaldı. Özellikle "evde yapma, etme, yapamazsın" şeklindeki ailenin uyarıları ve hastanın yaşadığı tedirginliğin azalması, kendine olan güveninin artması takıntılarının azalmasına etki etmiş olabilir.

Ahmet ile görüşmelere devam edilmektedir...

KAYNAKLAR

1. Elizur A: *Rehabilitation of the Disabled Mentally Ill in the Community. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. Jerusalem: 2004, Vol. 41: Iss. 4; p. 248-259.*
2. Ekdawi MY, Conning AM: *Psychiatric Rehabilitation, Champman& Hall, UK, 1995.*
3. Fowler D, Garety P, Kuipers E: *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis, Theory and Practice. John Wiley&Sons, 1995.*
4. Mowbray CT, Collins ME, Bellamy CD, Megivern DA. et all: *Supported Education for Adults with Psychiatric Disabilities: An Innovation for Social Work and Psychosocial Rehabilitation Practice. Social Work. New York, 2005, Vol. 50: Iss.1; p. 7-14.*
5. Yıldız M.: *Psikiyatrik Rehabilitasyon. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı. Ed: Köroğlu E., Güleç C., HYB Basım Yayın, s:726-732, Ankara, 2007.*

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE SERTİFİKA PROGRAMLARI NASIL OLMALIDIR?

Olcay ÇAM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD, Prof. Dr, İZMİR

Psikiyatri hemşireliği hizmetleri çok boyutlu olmakla birlikte, genellikle üç ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar;

- 1- Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri alanında, birinci basamakta yürütülen ruhsal hastalıkların önlenmesine yönelik hizmetler,
- 2- Erken tanı ve tedaviyi içeren ikinci basamakta yürütülen hizmetler
- 3- Bireyin hastalık sonrası yaşama uyumunu sağlayan rehabilitasyon hizmetleri olarak değerlendirilen üçüncü basamakta yürütülen hizmetlerdir.

Hemşirelik hizmetleri, hemşire unvanı taşıyan kişiler tarafından yürütülmektedir. Değişen hemşirelik kanununda (Kanun no:5634 RG:2.5.2007/26510) hemşire unvanı almak için lisans mezunu olmak gereği belirtilmektedir. Ancak bu kanunun yürürlüğe girmesinden önce hemşire unvanını alanlar, bu unvanı kullanmaya devam ederler denmektedir. Bu kanunla hemşirenin serbest çalışma durumuna da bir açıklık getirilmiştir. Uzman hemşire unvanı için lisans üstü eğitim alınmasının ve diplomanın bakanlıkça onaylanmasının gerektiği belirtilmiştir. Burada hemşirelerin meslekleri ile ilgili özellik arz eden alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alabilecekleri belirtilmektedir. Yetki belgesi alınacak eğitim programlarının düzenlenmesi, uygulanması koordinasyonu, belgelendirme ve tescili ile kredilendirme ve yetki belgelerinin iptali gibi hususlar, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir denmektedir. Kanunun geçici 2. maddesinde ise, sağlık memurlarının ve ebelerin hangi durumlarda hemşire unvanını kullanacakları belirtilmiştir.

Sertifikanın tanımı ise bir alanda verilen eğitim sonrası yetkilendirmedir. Sertifikalandırma uzman hemşire olma anlamına gelmemektedir. Uzman hemşire unvanı yasada da belirtildiği üzere, lisansüstü programı tamamlamayı gerektirmektedir. Sertifika sahibi olma, yetkilendirme olup, belirli alanlarda ya da diğer bir ifadeyle yan dallarda bilgi ve beceri kazanılmış olmasını ifade eder. Sertifika programlarının adları, uzmanlık alanı ya da diğer bir ifadeyle lisansüstü uzmanlaşma alanları dışındaki adlarla ifadelendirilmesi, sonra ortaya çıkacak düzenlemelerdeki karışıklıklara neden olmaması için, farklı adlarla ifadelendirilmesi yerinde olacaktır. Ayrıca açılacak sertifika programlarının düzeyi de değişebilecektir. Lisans mezunu hemşireye verilecek birkaç yıllık (ya da Avrupa hemşireler birliğinin tavsiye kararlarındaki gibi 750 saatlik) bir programı tamamlayan hemşire ile daha kısa süreli bir programı tamamlayan lisans mezunu hemşirenin alacağı sertifikanın bile aynı olmayacağı açıktır.

Sağlık meslek lisesi çıkışlı olup, çok kısa süren bir program için sertifikadan bahsetmek uygun olmayacaktır. Bu durumda sertifikalandırma için belirlenecek standart bir program oluşturulması sınav, başarı puanı vs şeklinde birçok yönden standartları belirlenecek bir yapının oluşturulması uygun olacaktır. Bahsettiğim düzenlemenin bir benzeri Sağlık Bakanlığı Sağlık mevzuatı ilk yardım yönetmeliğindeki (RG:22/05/2002 Sayı:24762) gibi bir yönetmelik hazırlanması gerekmektedir. Bu yönetmelikte farklı aşamalar için belirlenmiş standartlar mevcuttur. Örneğin ikinci bölüm madde 6-da süre belirtilerek 15 iş gününden az olmamak üzere asgari 120 saat ifadesi kullanılmıştır. Bir başka düzey eğitimciler için ise süre toplam 15 işgününden az olmamak üzere asgari 80 saat eğitim alınması gerektiği belirtilmektedir. Bu eğitimlerin kimler tarafından verileceği, süresi, bu sürenin ne kadarının teorik ne kadarının uygulamayı içereceği ve uygulamanın şeklinin ne olacağı, kullanılacak kaynakların neler olacağı gibi kaliteyi doğrudan belirleyen unsurlarında açıklığa kavuşturulması şarttır. Sağlık alanındaki mevcut yönergeler dikkate alındıktan sonra, hemşirelik eğitimleri ile ilgili mevcut yönergelere uygun düşecek şekilde, bir paralellik ve bütünlük içinde, **ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğine ilişkin yönerge** hazırlanmalıdır. Zaman geçirilmeden, hızla hazırlanması uygulama açısından da önemlidir. Aksi takdirde, zaten hemşirelik eğitiminde birçok farklılaşan koşullar söz konusudur. Bir de sertifikalarla ilgili karışıklıklar eklenirse, bu en azından meslektaşlar arasında görev ve işleyiş açısından sıkıntılara yol açabilecektir.

Bu bilgiler ışığında, farklı iki ekiple yürütüp tamamladığım iki projeden söz etmek isterim. Bu projeler, o tarihlerde sertifika amacı ile yürütülmemiş olmasına karşın, bilimsel olarak önemli çıkarımlara yol açmıştır. Birinci projenin adı; Ebe veya ebe/hemşirelere verilen ruh sağlığı ve hastalıkları konusundaki eğitimin etkinliğinin araştırılması'dır. Bu projede birinci basamakta görevli hemşirelerin ruh sağlığı bilgisini artırmak, ruhsal hastalığı alanda fark ederek, uygun yönlendirme ve önerilerde bulunabilmelerini sağlamak, iletişim becerilerini de artırarak, görevlerini başarabilmelerini sağlamayı amaçlamaktaydı. Verilen eğitim toplam 40 saat olup, konular alana özgü problemleri içerecek şekilde düzenlenmiştir. Araştırma sonuçları bu eğitimin

hemşirelere katkısı olduğunu, hizmetin kalitesini artırdığını göstermiştir (Proje no:2004/HYO/006- Çam, Pektaş, Bilge 2007a, Çam, Pektaş, Bilge 2007b). Elbette sertifika vermek amaçlı olmadığı için, katılım belgelerini, İl Sağlık Müdürlüğü imzasını da içerecek şekilde vermiş durumdayız. Birinci basamak için böyle bir programın yararlı ve verimli olduğunu, hizmetin kalitesini artırdığını bilimsel olarak ifade etmiş bulunuyoruz. Benzer şekilde, Koç Vakfı Hemşirelik Fonunun desteğiyle yürüttüğümüz bir diğer proje ise, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Burada çalışan, 60 hemşireye hizmet verirken yararlanacakları şekilde, alanın taleplerini karşılayacak biçimde, klinik psikiyatri bilgi ve becerilerini geliştirmeye yönelik, toplam 120 saatten (38 oturumdan) oluşan bir program oluşturulmuştur. Bu eğitim programını ise, bir profesör ve üç doktora yeterliliği aşmış eğitmeni yürütmüştür. Çalışma sonunda, yapılan bilimsel analizler, verilen eğitimin alanın birçok gereksinimine yanıt verecek nitelikte, kaliteli bir eğitim olduğunu göstermiştir. Eğitmcilerin ve hemşirelerin emekleri, çabaları, verimliliği ve hizmetin kalitesinin artmasını sağlamıştır (Çam, Arabacı-Baysan, Yıldırım, Gördeles 2007). Bu araştırma Adana' da yapılan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri Buluşmasında sözel bildiri olarak tüm boyutları ile sunulmuştur. Bu toplantıda, büyük hastanelerde, çoğunluğu Sağlık Meslek Lisesi çıkışlı olmak üzere, yaklaşık 1000 hemşirenin görev yaptığı belirtilmiştir. Tüm başhekimler eğitim programını beğenmiş ve kendi hastanelerinde de böyle bir programın çok yararlı olacağını ifade etmişlerdir. Toplantıya katılan sınırlı sayıdaki hemşire ise, böyle bir programa ciddi şekilde ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Alanın bu ciddi gereksinimini karşılamak üzere, Sağlık Bakanlığının desteği ile derneğimizin katkıları ve üniversitelerde yetişmiş öğretim elemanlarının işbirliği ile (yukarıda bahsedilen programın, bilimsel olarak tescillenmiş bir program olduğu göz önünde tutularak) yeni eğitim programlarının organize edilmesi gerekmektedir. Derneğimizin üyeleri içinden lisansüstü eğitim düzeylerine göre, önceden oluşturacağımız standart programlarla ki bu programların adlarında da düzenlemeler yaparak (bu düzenlemede derneğimizin bakanlığımıza sunduğu

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ile ilgili Yönetmelik Taslağı Önerisi'ni de dikkate alacak şekilde programlar oluşturulabilir. Bu konuda, Bakanlıktan görevli ya da görevlilerin katılımını (programın genel yasal çerçeveye uygunluğu gibi konularda aydınlatıcı olmaları gibi konular açısından), dernek yetkililerinin katılımını ve psikiyatri hemşireliği eğitimi konusunda uzman akademisyenlerin katılımını içerecek bir komisyon oluşturarak, çalışmaların hızlandırılması gerekmektedir. Zaman hızla ilerlemekte, bilgiler hızla eskimektedir. Zaman kaybı ülkemizin ve mesleğimizin aleyhinedir. Çağdaş bir Türkiye için, Avrupa Birliği içinde, bilgili genç insan potansiyelimizle, hak ettiğimiz önemli bir yere sahip olabilmek için, bu tarihsel görev, ülkenin psikiyatri hemşireleri olarak her düzeydeki hemşirenin görevidir.

KAYNAKLAR

- 1- Çam, Pektaş, Bilge (2007a) Ebe/Hemşirelere verilen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin, ruhsal hastalıklara yaklaşımlarına, iletişim becerilerine ve iş doyumlarına etkilerinin araştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. Cilt:10,Sayı:3,sf:7-16.
- 2- Çam, Pektaş, Bilge (2007b) Ebe/Hemşirelerin sorunlu bireylere yönelik tutumlarına ruh sağlığı eğitiminin etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. Cilt:23,Sayı:1,sf:51-66.
- 3- Çam, Arabacı-Baysan, Yıldırım, Gördeles (2007). Hemşirelere verilen psikiyatri hemşireliği eğitiminin etkililiğinin araştırılması. Koç Vakfı Hemşirelik Fonu Projesi.
- 4- Resmi Gazete:22/05/2002 Sayı:24762.
- 5- Resmi Gazete:2.5.2007 Sayı:26510, Kanun no:5634.

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE PSİKOTERAPİ EĞİTİMİ VE HİZMETE YANSIMALARI

Olca ÇAM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD, Prof. Dr, İZMİR

Ülkemizde her yüz kişiden sadece beşi ruh sağlığı uzmanına ulaşabilmekte, 6 milyon kişiye bir psikiyatrist düşmektedir. Hastaların sadece %1'i tedavi olanaklarından yararlanabilmektedir. Bu tedavi olanaklarının, psikoterapiyi ne kadar içerebileceği ise tartışmalıdır. Bu oranlar, psikiyatristlerin psikoterapi yapabilme yaygınlığının ülke gereksinimini karşılayabilecek oranı bulmasının mümkün olmadığını yansımasıdır.

Herhangi bir meslekte yeterli bir profesyonel uygulayıcı olmanın en temel ölçütü, meslekle ilgili bilgi birikimine sahip olmak ve bu bilgileri gerektiği şekilde uygulayabilir olmaktır. Psikiyatri hemşireliği için, öncelikle, hemşirelik bilgi ve becerisine sahip olduktan sonra psikiyatri ya da ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili bilgileri, hemşirelikle ilgili bilgilerle bütünleştirebilmeyi sağlayacak şekilde, daha fazla bilgi ve beceri sahibi olunması gerekmektedir. Uluslararası anlamda, lisans eğitiminden sonra yüksek lisans ya da bilim uzmanlığını tamamlayarak üst düzey bir eğitim alan hemşireler, psikiyatri hemşiresi olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde lisansüstü eğitim alarak uzmanlaşmış hemşirelerin çoğu, eğitim hizmetlerinde, üniversitelerde akademisyen olarak çalışmaktadır. Bu nedenle, uzman psikiyatri hemşirelerinin ruh sağlığı hizmetlerindeki en önemli katkısı, genç hemşirelerin, genç kuşakların ruh sağlığı bilgi ve bilincinin artırılması şeklinde olmaktadır. Ayrıca psikiyatri hemşireleri aşağıda belirtilen alanlarda da gelişim göstererek hizmetler vermektedir; psikoeğitim, psikoterapi, psikoonkoloji, KLP, ruh sağlığı danışmanlığı, ruh sağlığı açısından risk gruplarına yönelik çalışmalar- örneğin kadın ve yaşlı ruh sağlığı çalışmaları gibi-, çocuk ve ergen ruh sağlığı, rehabilitasyon ve evde bakım hizmet alanlarında. Bütün bu çalışmalar, ülkemiz nüfusuna göre az sayıda olan yaklaşık 400 civarındaki yetişmiş uzman hemşireler tarafından yürütülmektedir.

Ülkemizde psikiyatri/ruh sağlığı hemşireleri güçlerinin üzerinde son derecede özverili bir biçimde çalışmaktadırlar. Buna karşın, psikiyatri/ ruh sağlığı hemşireleri geleceğe yönelik olarak, çağdaş yeni bilgileri hızla öğrenerek, ülkemiz koşullarına uygun bir şekilde eğitim ve hizmet alanına aktarmaya çalışmaktadırlar. Ayrıca ruh sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili daha spesifik alanlarda-psikoterapiler, farklı terapilerle ilgili eğitimler, konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği, çocuk ve ergen ruh sağlığı hemşireliği, şiddet ve istismarda psikiyatri hemşireliği gibi- uzmanlaşmayı ve bilgi birikimini artırmak gerekmektedir. Gittikçe globalleşen dünyamızda ve ülkemizin Avrupa birliğine girme çabalarının arttığı bu dönemde, multikültürel yaklaşımla kültürlerarası psikiyatri hemşireliği bilgisini artırmanın mesleğimizin işlevselliği, evrenselliği ve geleceği açısından yararlı olacağı kuşku götürmez bir gerçekliktir. Hemşireliğin gelişmiş olduğu ülkelerde büyük yatak kapasiteli psikiyatri hastanelerinin sayısı azaltılarak toplumla bağı kopmayan gündüzlü ayaktan tedavi birimlerinin sayısının artırılması girişim ve uygulamaları görülmektedir.

Hemşireliğin gelişmiş olduğu ülkelerde psikiyatri ortamlarında, hastanın sosyalleşme ve özgüven duygularının artması açısından yararları görülen ve uygulayıcısı hemşire olan günlük/haftalık hasta faaliyet programları kullanılmaktadır. Hemşireliğin gelişmiş olduğu İngiltere, İskoçya gibi ülkelerde hasta ve diğer sağlık bakım ekibi üyeleriyle terapötik ilişki kurmayı kolaylaştırmak amacıyla hemşirelerin kendilerini hastalardan soyutlamaktan kaçındıkları, etkileşimlerin rapor edilmesine ağırlık verdikleri ve buna bağlı olarak, aynı amaçla üniforma giymedikleri görülmektedir. Hemşire başına düşen hasta sayısı ortalama beş olup, on hastayı geçmemektedir. Psikiyatri hemşirelerinin rol aldıkları alanlar, ülkemizde hasta bakımı, eğitimi ve denetimi şeklindeyken gelişmiş ülkelerde psikoterapiler ağırlık kazanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmesi amacıyla performans, uygulama standardı kullanımı, hemşirelik modelleri kullanımı yaygındır. Mezuniyet sonrası kurslara ve hizmet içi eğitim programlarına ayrı bir önem verilmektedir. Ülkemizde de bu doğrultuda gelişmeler için çaba gösterilmektedir.

Psikoterapi eğitimi alan hemşire sayısı her geçen gün artmaktadır. Psikoterapi çok geniş anlamda, ruhsal yollarla yardım ve iyileştirme demektir. Psikoterapi, zihinsel ve duygusal bozuklukların hasta ile tedavi edicinin (terapist) arasında kurulan sözel ve sözel olmayan iletişimin temel aldığı yollarla tedavisi olarak tanımlanmaktadır. Psikoterapi, ancak bu alanda yetki ve sorumluluk alabilecek kadar eğitim görmüş uzmanlarca uygulanabilir. Hastayla kurulan her iletişimi psikoterapi kapsamı içinde değerlendirmek olanak dışıdır. Psikoterapinin amaçları genel olarak şöyle sıralanabilir;

- Varolan belirtilerin ortadan kaldırılması, geriletilmesi veya değiştirilmesi,
- Bozulmuş davranış örüntülerinin değiştirilmesi,
- Olumlu kişilik değişiminin ve gelişiminin hızlandırılmasıdır.

Birçok psikoterapi çeşidi vardır. Bunlar arasında önemlileri ise; Psikodinamik temellere dayananlar psikoterapiler (psikanaliz ve psikanalitik yönelimli psikoterapiler), Destekleyici Psikoterapiler, Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler, Varoluşçu Psikoterapiler, Aile Psikoterapileri, Grup Psikoterapileri, Psikodrama, Eş Terapileri Ve Evlilik Terapileridir.

Hangi psikoterapi türü ve tekniğinin hangi hastalara uygun olduğu bu konudaki bilimsel bilgilere dayanmalı, hastanın ve uygun psikoterapinin seçimi buna göre yapılmalıdır. Terapist ve hasta ilişkisinin yapısı ve niteliği tedavide temel etkindir.

Terapi süreci içerisinde hastanın gelişiminin daha erken aşamalarına ait çocuksu hissetme ve düşünme düzeylerine geri dönebileceği unutulmamalıdır. Hastada bilinçli veya bilinç dışı yollardan tedavi sürecine karşı çıkan güçlere direnç denir. Özellikle terapinin başlangıcında güvenli bir tedavi edici işbirliği kurulana kadar terapist hastanın direnç ve savunmalarına saygı göstermelidir. Terapi amaçları, belirtileri geçici olarak rahatlatma şeklinde kısa dönemli olabileceği gibi kişilik değişimini hedefleyen bir tarzda geniş amaçlı ve uzun dönemli de olabilir. Bu amaçlar terapistin ve hastanın kafasında net olarak belirginleşmiş ve bu konuda terapist ve hasta arasında tam bir fikir birliği olmalıdır. Güvenilirlik ve sorumluluk tüm psikoterapi kontratlarının vazgeçilmez ögesidir. Derneğimiz aracılığıyla Sağlık Bakanlığına sunulan "Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ile ilgili Yönetmelik Taslağı Önerisi"nde, Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları açıklanmış olup bu kapsamda sıralan görevler arasında;

Birey, aile ve gruplara yönelik, ruh sağlığı servislerinde veya toplum içinde ruhsal bakım, danışmanlık, tedavi ve terapi programları yürütür, denilmiştir. Bu genel ifadeler ek olarak psikoterapilerle ilgili olarak ta ayrı bir maddede, aşağıdaki görev, yetki ve sorumluluklara ilişkin açıklamalar yer almıştır; Hemşire, Bireysel ve grup psikoterapileri -özel bir eğitim alarak- yapar. Psikoterapi alanında almış olduğu eğitimi ruh sağlığı hemşireliği ilkelerine paralel olacak şekilde aşağıdaki gibi uygular:

- a) *Hasta/danışan, hasta yakını ve hekim ile işbirliği içinde psikoterapi/danışmanlık için uygun görülen hastanın/danışanın devam biçimine, sürecine ve uygulanacak yaklaşıma karar verir.*
- b) *Hastanın/danışanın servise/üniteye kabulünden sonra, hastaya/danışana uygulanacak psikoterapi veya özel uygulama yöntemini, süreci ve kurallarını tanıtır, hastanın/danışanın sorularını cevaplandırır, hastanın/danışanın beklentilerini değerlendirir ve uyumunu sağlar.*
- c) *Hastanın/danışanın değişim gereksinimi olduğu alanları ve sorunlarını belirler, hasta/danışanla tedavi hedeflerini belirler.*
- d) *Tedavi ekibi ile iş birliği içerisinde psikoterapi oturumlarının programını yapar.*
- e) *Psikoterapi oturumlarına ilişkin kayıt tutar.*
- f) *Oturumların verimliliği ve hastanın/danışanın değişim motivasyonunu değerlendirerek psikoterapi süreci hakkında tedavi ekibini bilgilendirir.*
- g) *Psikoterapi hizmeti verirken güvenlik, etkililik ve psikoterapi maliyeti gibi faktörleri dikkate alır.*
- h) *Psikoterapi alanında yeni bilgi ve teknolojileri takip eder. Kişisel ve mesleki gelişimi için ulusal/ uluslararası kongre, sempozyum, çalıştay vb. organizasyonlara katılır.*
- i) *Çalışmalarına ilişkin araştırmalar yapar, yapılan araştırmalara katkıda bulunur, bunları bilimsel toplantı ve yayınlarda meslektaşları ile paylaşır.*
- j) *Gerektiğinde, yeni yetişen psikoterapi hemşiresine ve öğrenci hemşirelere danışmanlık yapar, eğitim ve deneyimlerine katkıda bulunur. Denmiştir.*

Türkiye’de psikoterapi eğitimi incelenecek olursa; tıp, hemşirelik, psikoloji bölümlerinde lisans programlarında kısıtlı saatlerde, psikoterapilerle ilgili genel bazı bilgiler verilmektedir. Ayrıca lisansüstü programlarda psikoloji ve hemşirelik programlarında psikoterapiler isimli derslerin olduğunu görmekteyiz. Ayrıca bazı psikoloji bölümlerinde ise, biraz daha özel alanlardaki psikoterapilerle (bilişsel davranışçı psikoterapiler gibi) ilgili derslerin varlığını görmekteyiz. Elbetteki bu kapsamda verilen bilgiler psikoterapist olmaya yetmemektedir. Daha kapsamlı programlar ise dernekler ya da özel merkezlerde yürütülmektedir. Bu dernekler arasında en eski olanlarından birisi de, Psikoterapi Ve Grup Psikoterapileri Derneğidir. Bir diğeri ise, A. Özbek Psikodrama Enstitüsüdür. Bu kapsamda geçtiğimiz günlerde, en son kurulan bir dernek ise, İstanbul ‘da kurulan, "Psikodrama ve Grup Terapileri Derneği"dir.

Psikodrama eğitimi ise üç aşamalı bir eğitimidir. Birinci aşama, Hazırlık Aşaması olup, 48 birim ya da yaklaşık saattir (en az 2 hafta, en çok üç ay olmak üzere), Birinci Temel Aşama ise 380 birimdir (en az bir yıl en çok üç yıldır. 60 birimi kuramsal, en az 72 en çok 96 birimi başka yöneticilerle yürütülmelidir. Ayrıca yöneticiler ve grup kararı ile en çok 100 birim olmak üzere uzatılabilir). İleri Eğitim Aşaması, üçüncü aşama olup, toplam 500 birimdir. En az 260 birim eğitim grubu içinde bu grubu yönetmeyi, 60 birim kuramsal bilgiyi ve 160 birim de uygulamayı gerektirmektedir. Ve kişi dışarıda kendi grubunu yönetirken o gruba ilişkin süpervizyon almayı bu süreçte gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bu aşama da en az 2 en çok üç yıl sürer. Görüldüğü üzere en az süre 3 yıl, en fazla ise 6 yıldır. Bu günkü koşullarda ücret ise, 20 birim karşılığı 240 YTL'dir.

Bir başka dernek, Psikoterapi Enstitüsü Derneğidir ve 2005 yılında kurulmuştur. Son zamanlarda, bu derneğin başlatacağı bir psikoterapi eğitim programı (ki programın adı ' Bütüncül Psikoterapi Eğitimi 'dir) yayınlanmıştır. Bu program incelendiğinde, 30 ay süren toplam 900 saatlik bir eğitimi içeren bir program olduğu görülecektir. Ücreti ise, her ay için 450 YTL+KDV' dir. Ayrıca konaklama giderlerinin de eklenmesi gerekmektedir.

Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Eğitimi ise, "Kognitif Ve Davranış Terapileri Derneği" tarafından verilmekte olup, süresi 150 saat, yaklaşık iki yıldır. Birinci yıl teorik, ikinci yıl uygulama ve süpervizyon ağırlıklıdır. Eğitimin yarısı teorik, yarısı uygulama - süpervizyonu içermektedir. Ücret ise, yaklaşık olarak 16 saat karşılığı 200YTL' dir.

Psikoterapi eğitimi almak, uzun ve masraflı bir süreçtir. Bununla birlikte ilgisi olan hemşireler bu eğitimleri alabilmektedirler. Ancak hizmet alanında alınan bu eğitimlerin maaşlara da yansması gerekmektedir. Oluşturulacak yönergelerde bu konuyu da dikkate almak gerekmektedir. Psikoterapi ile ilgili eğitimler alarak, eğitilmek ve yeni yetişenlere bu eğitimi vermek bizlerin görevidir. Edinilen bu bilgi ve beceriler hizmette, kliniklerde kullanılabilirse, hizmetin kalitesini önemli düzeyde artıracaktır.

DR. EKREM TOK RUH SAĞLIĞI HASTANESİ HASTANEMİZDE YAPILAN İMAJ DEĞİŞİKLİĞİ VE EĞİTİM FALİYETLERİ

Nurten DAĞDELEN

Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi, Başhemşiresi, ADANA

Bugün ülkemizde 500 binden fazla ağır derecede, en az 6-7 milyon da tedavi gerektiren, orta ve hafif şiddette ruhsal bozukluk tanısı alabilecek birey olduğu tahmin edilmektedir. Bu bireylerin hastalıklarına tanı konamaması ve tedavilerinin gecikmesi yalnızca tıbbi değil sosyal ve ekonomik kayıplara da yol açabilmektedir. Hastanelerde güçlü bir ruh sağlığı politikası etkili sağlık hizmetleri sisteminin ayrılmaz bir parçasıdır.

Hastanemiz Adana ili Seyhan ilçesinde 137.000 m² alan üzerinde kurulmuş, 1984 yılında hizmete açılmıştır. Toplam 16 ile hizmet vermekte olup, 644 yatak sayısı kapasitesi mevcuttur. Beş erkek servisi, üç kadın servisi, bir muhafaza servisi, bir adli servis, bir alkol ve madde servisi, bir özel servis olmak üzere (açık ve kapalı servis) toplam 19 servisimiz bulunmaktadır. Hastanemizde 103 hemşire görev yapmaktadır.

Hastanemiz 19 Şubat 2007 tarihinde medyada gündeme gelmiştir. Bu durum tüm hastane çalışanlarını olumsuz yönde etkileyip motivasyon bozukluğuna neden olmuştur. 25 Şubat 2007 tarihinde Hastane Başhekimi, Hastane Müdürü ve Başhemşiresi değişmiştir. Yeni ekip göreve başladığında öncelikle hasta memnuniyeti düşünülmüştür. Hastaların rahatı, bakımı, huzuru ve konforu prensibini benimseyerek hastanede hızla yenilikler yapılmıştır.

Bu bildirimimizde amacımız hastanemizi televizyon yayınındaki imajından kurtarıp yeni bir yüz oluşturma çabalarımızı ve çalışmalarımızı paylaşmaktır.

Adana Sağlık Müdürlüğü Psikiyatri Hemşireleri Derneği iş birliği içinde hastanemiz hemşirelerine yönelik eğitimler düzenlenerek hemşirelerimizin yetkinleşmesine katkı sağlanmıştır.

Hastanemizde yapılan yenilikler:

- 1) Öncelikle hastanemizin fiziki şartları düzeltildi.
- 2) Hastanın güvenliği ve kontrolü sağlandı. Hasta ve hastane güvenliği için kamera sistemi kuruldu ve 24 saat aralıksız takip edilmektedir. Nizamiye kapısına metal kapı dedektorü ve bariyerli kapı yapıldı.
- 3) Hastane çalışanlarına programlı bir şekilde hizmet içi eğitimler verilmektedir.
- 4) Hasta ve hasta yakınlarına programlı bir şekilde eğitim verilmektedir.
- 5) Sosyal etkinlikler (konser, folklor, tiyatro) yapılmaktadır.
- 6) Uğraş (ebru, el sanatları, resim, dokuma) merkezleri açıldı.
- 7) Banyo ve tuvalet sayıları artırıldı. Banyo sayıları eskisine nazaran iki katına çıkarıldı.
- 8) Tüm hasta odalarına klima takıldı.
- 9) Anestezili EKT uygulaması için 220 m² yeni bir bina yapılarak hizmete açıldı.
- 10) Tüm açık servislerimize kütüphane alımı yapılmıştır.
- 11) Hastanede çalışan tüm personelimizin düzenli bir şekilde portör taramaları yapılmaktadır.
- 12) Hasta yatakları ve karyoları tamamen yenilendi.
- 13) Hastalara kışlık ve yazlık kıyafetler yaptırılıp kullanıma sunuldu.
- 14) Yılda en az 8 ay ve günde 24 saat sıcak su üreten güneş enerji sistemi kuruldu.
- 15) Hasta odalarına hasta soyunma dolapları takıldı.
- 16) Her servise ait bahçeler düzenlendi.
- 17) Hasta bahçelerine kameriye, piknik masası, voleybol filesi, basket potası kurdukları.
- 18) Hastanemizin genel bahçe düzenlemesi yapıldı.
- 19) 65 m²'lik atık depoları yapıldı (tıbbi atık, evsel atık ve geri dönüşüm deposu olmak üzere). Ayrıca cam atıklar için kumbara konuldu.
- 20) Hastaların saç ve sakal bakımı için bir erkek bir bayan kuaförü hizmet alımı ile göreve başlatıldı.
- 21) Her servise günlük çalışma programı yapılıp uygulanmaya başlandı (günaydın toplantıları, gazete, kitap okuma, hastaların dilek ve istekleri vb...).
- 22) Gündüz hastanemizin açılma çalışmaları devam etmekte olup çok yakında hizmete girecektir.
- 23) Hastalarımıza satranç kursu için öğretmen talebinde bulunuldu.
- 24) Servislere özürü ve acil müdahale odaları yapıldı.
- 25) Günlük gözlem ve A.N.T takiplerinin düzenli yapılması sağlandı.

- 26) Her servise dilek ve şikâyet kutuları konuldu. Bu kutular belli aralıklarla açılıp değerlendirilmeye alınmaktadır.
- 27) Hasta koruma odalarının yumuşak malzemeyle kaplanması ile ilgili çalışmalarımız devam ediyor.
- 28) Servislere depo ve temizlik malzeme odaları yapıldı. Servis depolarına raf telek alımı yapılarak depolar düzenli hale getirildi.
- 29) Merkezi müzik ve anons sistemi kuruldu.
- 30) Laboratuvarımızda uzman hekim kontrolündeki çalışmalarımız gelişen teknolojiye uyum sağlayarak devam etmektedir.
- 31) Hastanemizde temizlik ve düzen kontrol ekibi kuruldu. Bu ekip 15 günde bir tüm hastane birimlerini detaylı bir şekilde denetlemekte düzenleyici önleyici faaliyet formu hazırlamaktadır. Sonuç ilgili birime rapor olarak sunulmaktadır.
- 32) Hastanemiz bu çalışmalar sonucunda ISO 9001-2000 kalite belgesini almıştır.
- 33) Servislere sigara odası yapıldı ve bu odaların pencerelerine havalandırma aspiratörleri takıldı.

Kısa süre içerisinde yetersiz sayıdaki hemşire ve hasta bakım hizmetli görevlisi ile bu işleri başarmanın gururu içindeyiz. Halkımıza daha iyi hizmet sunmak üzere her gün bir önceki günden daha önde olmak temel amacımızdır. Kaliteli hizmetin bir hedef değil durmadan ilerleyen bir yolculuk olduğuna inanıyoruz.

Başarının gerçek ölçüsü başkalarına göre ne kadar güçlü olduğunuz değil, çünkü koşullarınızın neresinde olduğunuzdur.

SAMSUN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ HASTANE TARİHÇESİ

Gönül DAVULCU

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Eğitim Hemşiresi, SAMSUN

1895 yılında (SAMSUN) Canik Sancağına Mutasarrıf olarak tayin edilen Hamdi Simavi Bey ilk olarak yetiştirilen tütünün her denginden 40 para ayrıca Tüccar Konşimentosunun her birinden 30 para alınmasını ve şehrin eksikliklerine harcanmasını emretti. Hastane yaptırma Kurulu ilk iş olarak Devlet Hastanesinin arsasını satın aldı. Derhal inşaatı başlandı.1902 yılında tamamlanan bina ile Samsun çok güzel bir Hastaneye kavuştu. Devrin Padişahının ismine izafeten Hastaneye "CANIK HAMİDİYE HASTANESİ" adı verildi.

Açılışta Namlızade Hamdi Beyin temin ettiği 800 altın kredi ile Avrupa'dan getirilen malzemelerle hastane donatıldı. 50 yataklı bu hastaneye Fransa'dan Operatör Dr. Latour 10 altın maaşla doktor olarak getirildi. 1908 yılında hastanenin ismi CANIK GUREBA HASTANESİ şekline dönüştürüldü. 1919 yılında İngilizlerin Samsun'u işgallerinde Amerikalılar Hastaneye el koydu.1920 yılında Amerikalılar Samsun'u terk ederlerken hastaneyi bir kurula devrettiler. 1924 yılında Özel İdareye devredildi ve MİLLET HASTANESİ ismini aldı. 1954 yılına kadar Özel İdarece bu hastane o yıl Türkiye'deki bütün Özel İdare Hastaneleri gibi Samsun Millet Hastanesi de Sağlık Bakanlığına verildi. İsmi SAMSUN DEVLET HASTANESİ oldu.

1965 yılında Bakanlık tarafından inşaatına başlanan bugünkü Devlet Hastanesi 1970 yılında bitti ve o yılın Mayıs ayında Karadeniz Bölgesi Ruh Sağlığı Hastanesi olarak hizmete konuldu. İsmi bilahare Karadeniz Bölgesi Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi olarak değiştirildi. 1980 yılında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi oldu.

Bugün Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, yaklaşık olarak 29 dönüm arazi üzerine kurulu 7 ayrı binadan oluşan bir yapıya sahip. 14.000 metre kare kapalı alanda 8 servis 6 normal poliklinik, 1Adli poliklinik, 1 Nöroloji polikliniği, 1 acil poliklinik ve 1 idari bina bulunuyor. Hastane, 18 il ve buna bağlı ilçeler olmak üzere yaklaşık 10 milyon nüfusa hizmet vermektedir. Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi, fiili yatak sayısı 351 iken şuan 206'dır ve hastane 12 Psikiyatrist, 2 Nörolog, 1 Biyokimya uzmanı, 4 Pratisyen doktor, 8 psikolog, 96 hemşire, 5 Laboratuar teknisyeni, 3 Röntgen teknisyeni, 122 çeşitli kadrolarda çalışan personeliyle beraber hizmet vermektedir. Toplam personel sayısı 233'dür. Ayrıca 100 kişi temizlik şirketinden çalışmaktadır.

Faal Servisler Ve Hasta Yatak Sayıları

- C4 (Kadın) Servisi:40
 - B1 (Erkek) Servisi:30
 - C1 (Erkek) Servisi:24
 - C2 (Erkek) Servisi:30
 - C3 (Erkek) Servisi:40
 - A1 Servisi :12
 - Kadın Gazi Servisi:30
- Toplam:206

Yangından Sonra Gayri Faal Servisler

1-2 Kapalı Erkek Servis: 33
Adli Servis : 63
Kapalı Kadın Servisi :41
TOPLAM:137

Hastanemizde her serviste ortalama 8 hemşire görev yapmaktadır. Hasta merkezli bakım yapılmaktadır. Fiziksel şartların çok yetersiz olmasına rağmen servislerde rehabilitasyon amaçlı faaliyetler yürütülmektedir. Yenilikleri takip eden, eğitime açık bir kadro ile çalışmaktayız

YATAKLI PSİKIYATRİ SERVİSLERİNDE AĞIR KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Nurhan EREN

İÜ İTF Psikiyatri Anabilim Dalı Sosyal Psikiyatri Servisi, Psikoterapist Dr, İSTANBUL

Kişilik, bireyin her işlevinde otomatik olarak kendini gösteren, kolayca değişmeyen, büyük ölçüde bilinçdışı olarak kazanılmış, davranış örüntüleri, algılama ve düşünme biçimleridir. Kişilik gelişimi, oldukça karmaşık, risklerle dolu, gergin süreçlerden geçerek gerçekleşir. Genetik mirasla başlayan bu süreç, başlangıçta yoğun biçimde anne ile kurulan birincil bakım ilişkisinden (dyadik) beslenir, daha sonra baba ve kardeşlerin katıldığı sosyalleşme ile (triangle) ikili dünyanın dışına çıkarak, sınırları, engelleri ve otoriteyi tanır, erişkin olmada aşılması gereken son durak olan ergenlikte yaşananlarla şekillenerek bireyin kendi özgün yapısını oluşturur.

Tüm bu süreçlerde birey, öteki aracılığıyla kendini organize etmeyi ve var olmayı öğrenir; doğuştan getirilen nitelikler, dürtüler, arzular düzenlenir, bastırılır, nötralize edilir, nesnelere ve işlevleri içselleştirilir, ayrıştırılır, bütünleştirilir, ego işlevleri oluşur, savunmalar giderek ilkel düzeyden daha olgun seviyeye ulaşır, dışarıdaki otorite, içeride sınırlar, idealler ve cezalandırılmaları kapsayan bütünlüklü bir süperegoya dönüşür. Sonuçta, iç ve dış gerçekliğe uyum sağlayabilen tutarlı/kalıcı/bütünlüklü bir yapı gelişir (1,2).

Birçok sebeple bu süreçte yaşanan eksiklikler/travmalar/bozulmalar, bireyin bütünlüklü bir kişilik yapısı geliştirme sürecini sekteye uğratarak, kişilik bozukluklarına neden olur. Psikiyatrik tanılama sistemlerinden DSM'ye göre, majör psikotik belirtilerden kognitif süreçlerdeki bozulmalara benzer belirtilerle ve tuhaf davranışlarla seyreden paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarının oluşturduğu A kümesi, impulsivite, kendine yönelik yıkıcılık, katılık, affektif labilite ve kalıcı olmayan ilişkilerle karakterize borderline, histrionik, antisosyal ve narsisistik kişilik bozukluklarının oluşturduğu B kümesi ve anksiyetenin çeşitli formlarından oluşan kaçınan, obsesif-kompulsif, pasif-agresif kişilik bozukluklarının oluşturduğu C kümesi olarak üç ana grupta tanımlanmaktadır.

Bu yapılar, klinikte birbiriyle örtüşen ve birbirinden ayrılan birçok özellik içerir ve çeşitli belirtilerle karşımıza çıkar. DSM ve diğer tanılama sistemlerinde, kişilik bozukluklarının ayrıştırılmasına ve davranış boyutuna ağırlık verilirken, kişilik yapılanmaları ve bunları oluşturan iç dinamikler büyük ölçüde ihmal edilmektedirler. Kernberg (2), ruhsal yapının farklı örgütlenme düzeyleri ile içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin yapısal kökenleri arasındaki ilişkiyi inceleyerek, kişilik bozukluklarına daha dinamik bir bakış sağlanmıştır. Bu ilişkiyi açıklamak için **“yapısal analiz”** terimini kullanmış ve psikotik, borderline ve nevrotik kişilik örgütlenmesi tanımlamalarını yapmıştır. Bu yaklaşımda etyolojiye; kalıtsal, yapısal, biyokimyasal, ailesel, psikodinamik ve psikososyal etmenlerin katkısı göz önünde tutulmaktadır. Kernberg, özellikle hastanın, kimlik bütünlüğünün derecesine, savunma girişimlerinin tiplerine ve gerçeği değerlendirme kapasitesine göre kişilik örgütlenmesi ayrımını yaparak, kendilik ve nesne ilişkilerini ön plana çıkarmakta ve işlevselliği irdeleyen yanıyla belli bir oranda esnekliğe izin veren bir yaklaşım sunmaktadır. Bu yaklaşım, bilhassa tedavi ve psikoterapide çok önemlidir. Kişinin değişik anlarda belirli zorlanmalar ya da destekler karşısında farklı kişilik örgütlenmesi gösterebileceğini ancak olağan koşullarda hakim bir kişilik örgütlenmesi içinde kalabileceğini belirtir; yani hastayı sadece belirtilerine göre değil, bütünsel olarak anlamayı, tedaviyi ve psikoterapiyi bir süreç olarak görebilmeyi kolaylaştırır.

Klinik Görünüm

Kişilik bozukluğuna sahip hastaların, var olan zihinsel tasarımlarının etkisiyle kendi içlerinde yaşadıkları kaotik süreçleri, dışarıya yansıtarak diğerleri üzerinden yaşama eğilimleri, uyumsuz, çarpıtılmış ve bozuk ilişkisel örüntülerin sürekli tekrarına dayalı, kalıcı, kronik ilişki paternlerine patolojik biçimde uyum sağlayan, sekonder kazançların olduğu, kaotik psikiyatrik tablolar meydana getirir. Çoğu zaman, bütün kişilik bozukluklarında anksiyete toleransı düşüktür, engellenmelere karşı geliştirdikleri savunmalar nedeniyle son derece uyumsuz bir işlevsellik gösterirler ve diğerleriyle ilişkide güçlükler yaratan, huzursuz, beklentili, düşmanca, korku dolu veya manipülatif davranışlar gösterirler.

Bu hastaların, ilişkide oldukları her şeyi patolojik örüntünün içine çekme eğilimleri, tedavi ve psikoterapi ilişkisini zorlaştırmakta, tedavi ekibinin bu hastalara karşı çeşitli güçlükler yaşamalarına yol açmaktadır. Hastalar adeta **“beni değiştirme”** demektedirler. Ancak, içerideki yapıyı dışarıdaki bir şey ile sürdürebildikleri bu “dayanılmaz denge” bozulduğunda, krizler ortaya çıkmakta ve sıklıkla bu dönemde psikiyatrik yardıma gereksinim artmaktadır. Acil kriz müdahalesi ve hastaneye yatış tedavide önemli bir yer tutmaktadır. Kişilik bozukluklarının, acil servislere başvuran hastaların neredeyse %25'ini oluşturduğu, bunların en sıklıkla borderline ve histrionik kişilik bozukluğu hastaları olduğu ve %50'sini tedavi görmekte olan hastaların

oluşturduğu belirtilmektedir(3). Belirtiler yatıştığı anda tedaviyi terk etme eğilimleri, bu hastaları sık sık psikiyatrik ve genel acil servislerde ve yataklı psikiyatri servislerinde görmemize yol açar.

Acil müdahale gereksinimi ve hastaneye yatış en sıklıkla;

- suisid düşünceleri ya da yakın bir suisid girişimi ile ilgili disfori,
- dezorganizasyon, disosiasyon ya da psikoz benzeri semptomlarla ortaya çıkan anksiyete,
- hastayı riske sokan impuls kontrol bozukluğu ya da yargıda zayıflama ile oluşan zarar verici davranışlar,
- saldırganlık, kendine veya diğerlerine yönelik şiddet eğilimlerine yol açan emosyonel labilite nedeniyle görülmektedir.

Tedavi Süreci

Tedavi, uzun sürelidir, kişilik yapısına yönelik değişimi hedefleyen psikodinamik yaklaşımlardan, kognitif davranışçı yaklaşımlara kadar birçok yöntemi içerir. Hastaneye yatış çoğu zaman tedavinin seyri içinde gereksinim duyulan önemli bir araçtır. Ancak kişilik bozukluğu gösteren bir hastanın hastane tedavisinde önemli zorluklar yaşanır ve tekrarlayan yatışlar çoğu zaman servis ekibinde hoşnutsuzluk yaratır.

Bu zorlukların başında;

- yatış anından taburculuğa kadar her aşamada ortaya çıkan servis kuralları ve tedavi ilkeleri ile ilgili çarpık algılamalar ve çatışmalar,
- aktarımsal ve karşı-aktarımsal konular,
- derhal doyurulmayı bekleyen yoğun ilgi gereksinimleri,
- diğerlerine, çevreye ve kendilerine zarar verici, katı, sınırları zorlayan, manipulatif davranışlar sergilemeleri,
- ayaktan tedavi ekibi ile hastanedeki ekip arasında, hastane ekibinin kendi arasında, hemşireler ile hekimler arasında veya diğer personel arasında, ekip ile yönetim arasında, bölünmeler (splitting) yaratarak çatışmalara neden olmaları,
- koğuştaki diğer hastalarla ilgili, karmaşa, gruplaşma, aşırı yakınlık gibi sınır sorunları yaratarak koğu düzenini bozucu davranışlar göstermeleri,
- etik ve adli sorunlara neden olan eylemlerde bulunma eğilimleri gelir.

Kişilik bozukluklarının hastaneye yatırılmasındaki temel amaç, semptomların yatışması ve hastanın durumsal krizi atlattığı ile sınırlı gibi görünse de, ayaktan sürdürülen tedavi sürecindeki gelişmelerle bütünlük sağlanamadığında, tekrarlayan manipulatif yatışlara dönüşme eğilimi görülmektedir.

Son yıllarda kişilik bozukluğu hastalarıyla çalışan bazı merkezler, özellikle B kümesi kişilik bozukluklarında, kısmi hastane tedavisinin etkili bir yöntem olduğunu bildirmektedirler (4). Bu uygulamalarda, ortam terapi ilkeleri, yoğunlaşmış tedavi ve psikoterapi uygulamaları ve bir topluluk içinde yaşama deneyimleri kullanılmaktadır. Bu uygulamaların, acil başvuruları ve kapalı psikiyatri servisine yatışları azalttığı bildirilmektedir.

Hemşirelik Yaklaşımı

Kişilik bozukluğu hastalarının en belirgin özellikleri etrafındaki kişilere ve çevrelerine karşı uyumsuz savunma mekanizmaları kullanmaları olarak tanımlanır. Kesin tanı koymak ancak bir ilişki ortamında, aktarım tepkilerinin değerlendirilmesi ile mümkündür.

Hemşirenin oluşturacağı bakım planı, hastanın psikopatolojik ilişki paternlerini, davranış ve tutumlarını ayrıntılı bir şekilde ele almak ve bütünleştirmesine yardım etmek için elverişli bir yöntemdir (5).

Bu sunumda, ağır kişilik bozukluğu gösteren hastalarda en sık görülen hemşirelik tanıları, bunlara yönelik hedefler ve hemşirelik girişimleri ele alınmaktadır

Sonuç olarak, kişilik bozukluklarının hastane tedavisinde dikkat edilmesi gereken temel ilkeler aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1. Tedavide istikrarlı bir yaklaşım izlenmesi,
2. Ekibinin daha aktif bir tutum içinde ve birbiri ile iletişim halinde olması,
3. Hastadan gelen olumsuz aktarım tepkilerine tahammüllü bir yaklaşım gösterilmesi,
4. Hastanın eylemleriyle duyguları arasındaki bağı kurmaya yönelik, şimdi ve burada sürecinde olanlara odaklı bir tutum gösterilmesi,
5. Eyleme koyma türündeki davranışların ödüllendirilmemesi ve tutarlı biçimde sınırlandırılması,
6. Karşı-aktarım duygularının denetlemesi ve ekip süpervizyonu sağlanması.

KAYNAKLAR

1. Freud A. *Ego ve Savunma Mekanizmaları*. Çev: Erim Y. Bağlam Yayıncılık. İstanbul, 1989.
2. Kernberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale University. 1984.
3. Hyman SE. *Acil Psikiyatri*. Çev: Saygılı R, Hasırcı İD, Ayan A, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir. 1989.
4. Bateman A, Fonagy P. *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization:an 18-month follow-up*. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.
5. Schultz JM, Dark SL. *Manual of Psychiatric Nursing Care Plans*. Second Ed..Little, Brown and Company Boston.1982.

PSİKANALİZ VE PSİKODİNAMİK PSİKOTERAPİLER: EĞİTİM-UYGULAMA

Nurhan EREN

İÜ İTF Psikiyatri Anabilim Dalı Sosyal Psikiyatri Servisi, Psikoterapist Dr, İSTANBUL

Yüz yıllık bir gelişme süreci gösteren psikanaliz ve psikanalizden türeyen psikoterapilerin, Freud'un bilinçdışı süreçler üzerine yaptığı çalışmalarla başladığı kabul edilir. Ancak Freud'dan önce de bu konuda bazı kavramları tartışan tıbbi ve felsefi görüşler olmuştur.

Günümüzde psikanalitik kuramdan kaynak alan psikoterapilerin, hem psikanalitik kuramın kendi içinde oluşan farklılıklardan hem de psikanaliz dışı kuramlardaki gelişmelerden etkilenecek, günümüzdeki çeşitliliğe ulaştığını ve farklı hasta gruplarında uygulanabilir yeni tekniklerin geliştirildiğini görmekteyiz.

Uygulamada, dinamik psikoterapiler genel başlığı altında ele alınsa da bu konuda farklı ekollerin psikoterapi tekniklerinde ayırım noktalarının olduğu ve bu farklılıkları vurgulamak üzere psikanaliz, psikanalitik psikoterapi, dinamik terapi, dinamik psikoterapi, psikodinamik psikoterapi gibi kavramların kullandığı görülmektedir. Bu kavramlar temelde ortak varsayımlardan hareket etmekte, ancak bazı teorik ayrımlar ve uygulamada farklılıklar içermektedir.

Temel Varsayımlar

Psikanaliz ekollerinin temelindeki varsayımlar yedi başlıkta ele alınmıştır.

1-Psikolojik determinizm: Bu varsayım tüm insan davranışlarının bir anlamı olduğunu, insan zihninin belirli birtakım işleyişlerinin yine belirli birtakım yasalara bağlı olarak işlediğini ve sonuçlara bakarak sebeplere ulaşılabileceğinin olası olduğunu belirtir.

2-Bilinçdışı süreçlerin varlığı: Bu varsayım, insan zihninin belli bir katmanındaki bilgilerin, izlenimlerin, gereksinimlerin bilinç alanında kullanılamayacağını, algılanamayacağını, bunların zihindeki varlığının rahatsızlık verici niteliği nedeniyle, bir depo gibi "bilinçdışı" olarak kavramlaştırılan bir yerde tutulduklarını ileri sürer. Bilinçdışı bunları tüm yaşam boyu tutar ve bilinçdışında tutulanlar ruhsal yapıyı etkiler.

3-İnsan güdülenmesinin amaç-yönelimli ve dinamik niteliği: Bu varsayıma göre insan zihni dürtüler tarafından harekete geçirilir. Burada zihin amaç yönelimli, dürtüleri doyum arayışında olan ve acıdan kaçınan bir yapı olarak tanımlanır.

4- Epigenetik gelişim: Bu varsayım, insan yaşamının gelişimsel bir süreç izlediği, belli evrelerden oluşan bu gelişim sürecinde deneyimlerin belli bir düzene göre biriktiği ve kişiliğin yapı taşlarını oluşturduğu görüşüne dayanır.

5- İnsan zihninin belirli işlevlerinin olması: Ruhsal yapının üst-ben (süper-ego), ben (ego) ve alt-ben (id) olmak üzere üç katmandan oluştuğu varsayılır.

6- Psikik aygıtın adaptif niteliği: Bu nitelik, insanın gerçeklik yönelimli planlamalar, stratejiler ve yargılar oluşturabilen ve ayakta kalmak için çevreye uyum sağlayabilen bir yapıya sahip olduğu varsayımına dayanır.

7- İnsan varlığının psikososyal yanı: Bu özellik insan varlığını sadece dürtülerin değil, aynı zamanda ilişki arayışının da güdülediğini söyler.

Psikanalitik Kuramlar Ve Uygulamaları

Günümüzde psikanalitik kuramlar 4 ana ekol olarak kabul edilmektedir. Bunlar: Dürtü-savunma ekolü, ben (ego) psikolojisi, nesne ilişkileri ekolü ve kendilik (self) psikolojisi.

Dürtü-Savunma Ekolü: Freud ve izleyicileri tarafından geliştirilen bu görüşe göre odak, dürtüler ve bunlara karşı koymaya çalışan savunmaların yarattığı çatışmalar üzerinedir. Ruhsal yapı, alt ben (id), ben (ego) ve üst-ben (süper-ego) olarak katmanlara ayrılmış varsayılır. Saldırganlık ve cinsel dürtüler gelişimde temel motivasyon kaynağıdır. Psikoseksüel gelişim Oral, Anal, Fallik, oïdipal ve Gizil devrelerden oluşur. Tedavi tekniği psikanalizdir ve değişim aktarımla (transferans) ortaya çıkan bilinçdışı çatışmaların çözümü yoluyla gerçekleşir. Analiz, haftada 2-3 seanstan oluşan, kendisi de analizden geçmiş bir analist tarafından, hastanın divanda uzanır durumda uygulanan, serbest çağrışıma dayalı bir tedavi yöntemidir ve genellikle 3-4 yıllık bir süreci kapsar. Psikonevrotik bozukluklarda etkin bir yöntem olarak kabul edilir.

Ben (ego) Psikolojisi: Anna Freud, Heinz Hartmann, Ernst Kris, Papaport ve Erik Erikson'un görüşlerine dayanır. Ego psikolojisinde özellikle egonun ve savunmaların rolüne önem verilmektedir. Bu görüşte odak ego yetersizliği üzerinedir. Analizde değişim ilkel savunmaların çözümlenmesi ve gelişmiş savunmaların oluşumunu sağlamaktır. Ben psikologları çoğu zaman ego'yu ve dış gerçekliği öne çıkararak, klasik tekniğe göre daha yönlendirici bir tutum gösterirler.

Nesne İlişkileri Ekolü: Nesne ilişkileri yaklaşımı, insanın çevresi ile (önemli diğerleri ile) girdiği etkileşim, ilişki ve iletişimleri sonucunda, içe alma (introjection), içselleştirme (internalization), özdeşleşme (identification) ve ben kimliğini (ego identity) oluşturma süreçlerini, gelişimin odak noktası olarak görür. Yani, nesne ilişkileri teorisinin çekirdeğini oluşturan, kişinin şu anki gerçekliği üzerinde etkili olan, erken dönem içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin incelenmesi ve yeniden onarılmasıdır.

Nesne ilişkileri kuramı aslında çeşitli bakış açılarından ve birçok noktadan yola çıkılarak ilişkilerin incelenmesi sonucunda ortaya çıkan kuramların toplamından oluşur. Bu kurama göre, insan davranışlarını esas harekete geçiren ilişki arayışıdır ve kişilik yapısının yaratıcısı bu ilişkilerdir. Kişilik gelişiminde nesne ilişkilerine ağırlık veren yaklaşımlar, benlik psikolojisini geliştiren Erikson, Mahler ve Jacobson'un, İngiliz okulundan Klein, Winnicott ve Bowlby'nin ve Sullivan'ın görüşleri ile gelişmiştir. Özellikle klinik psikoanalitik çalışmalarıyla tanınan günümüzün önde gelen nesne ilişkileri kuramcılarında Kernberg ise, içe alınmış nesne ilişkileri teorisini ve özellikle pre-ödüpal patolojiler gösteren psikotik ve borderline hastalarda ekspresif psikoterapiyi geliştirmiştir.

Nesne ilişkileri yaklaşımında bütün problemler, yetersiz nesne ilişkilerinin sonucu gelişen savunmaların yarattığı klinik durumlardır. Kişi, temelde iyi ve kötü kendilik ve nesne tasarımlarını sağlıklı bir biçimde birleştiremez ise, Kernberg'in, baş edilmesi gereken temel savunma olarak gördüğü bölme/yarma (splitting) mekanizması ile bunları birbirinden ayrı tutar. Psikoterapide, terapist, kişinin gerçekte kaybettiği nesne olamazken, aynı zamanda kaybettiklerini bulacağı nesnedir. Bir paradoks gibi görünen bu durum, psikoterapötik ortama getirilen erken dönem nesne ilişkilerinin, terapistin kimliğinde yeniden yaratılıp, yaşanması ve onarılmasıdır.

Kendilik Psikolojisi: Bu ekolün önderi Heinz Kohut, özellikle son 30 yılda sergilediği radikal gelişmelerle klasik analitik kalıpları yıkan bir kuramcı olarak kabul edilir. Bu görüşte ruhsal yapı kendiliğe dayanmaktadır. Gelişim, nesneye yapılan yatırım ile karakterizedir ve kendiliğin, anneyi, babayı, ilk bakıcıları bir kendiliknesnesi (selfobject) olarak, kendini geliştirmek için, büyümecici, yüceleştirici (idealize) ve ikizlik olmak üzere üç hatta kullanması yoluyla sağlanır. Patolojinin kökeni, kendiliğin bu gelişimi başaramayıp ya da tamamlayamayıp, parçalı ve dağınık kalmasıdır. Analizde iyileşme, hastanın kendisine eşduyumsal aynalama yapabilen analistini dönüştürmeli içselleştirme ile içe alması, ve ilerleyen aşamalarda eşduyumsal hayalkırıklığına uğradığı anlarda analistin işlevini kendi kendine yapmaya başlaması yoluyla gerçekleşir. Bu yolla hasta terapistin terapötik işlevlerini içselleştirmekte ve o olmadığında kendini onarabilir bir duruma gelebilmektedir.

Bütün psikanaliz ve psikanalitik terapilerde süreç, başlangıç, aktarımın gelişmesi, derinlemesine çalışma (working-through) ve aktarımın çözümlenmesi aşamalarından geçer. Bu süreçte analist yorum, yüzleştirme ve berraklaştırma tekniklerini kullanır. Başlangıçta terapist bir aktarım nesnesi olarak işlev görür, ancak sonlanmaya doğru gerçek nesne olarak algılanmaya başlar. Terapistin karşı-aktarım duygularını iyi tanıması ve hastanın aktarımlarına dayanması çok önemlidir. Bu yüzden analistin süreci ve kendi duygularını tanımlayabilmesi için deneyimli bir analist/psikoterapistten süpervizyon alması gereklidir.

Eğitim

Genelde analiz ve psikanalitik terapi eğitimi üç aşamada gerçekleşir.

1- Kuramsal eğitim, teorik kuramları ve uygulama tekniklerini içerir.

2- Kişisel eğitim-analiz, analist adayları analizden geçmektedir.

3- Süpervizyon altında hasta tedavisi, uzun süre deneyimli bir analistle beraber çalışmayı gerektirir.

Ülkemizde son 10 yıldır başlayan analiz ve psikodinamik psikoterapi eğitimleri son derece sınırlıdır ve uluslararası psikanaliz enstitüleri ile işbirliği halinde sürdürülmektedir. Psikiyatri hemşireliğinde ise neredeyse kişiseldir, ancak uzmanlaşmanın kabul edilmesi ile bu durumun giderek değişeceği ve daha çok hemşirenin psikodinamik psikoterapi alanında yer alacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Ardalı C, Erten Y. (1999) *Psikanalizden Dinamik Psikoterapilere. İç Görü Dizisi, Alfa Basımevi, İstanbul.*
- 2- Fenichel O. (1974) *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Çev: Selçuk Tuncer. Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir.*
- 3- Freud A. (1989) *Ego ve Savunma Mekanizmaları. Çev: Erim Y. Bağlam Yayıncılık, İstanbul.*
- 4- Kernberg OF. (1984) *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. Jason Aronson Inc, New York.*
- 5- Kohut H. (1971) *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psikoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorder. International Universities Pres, New York.*
- 6- Tura SM. (1999) *Günümüzde Psikoterapiler. Metis Yayınları, İstanbul.*

POSTPARTUM KLİNİK TABLOLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Semra ENGİNKAYA

Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH, Akut Psikoz Servisi Sorumlu Hemşiresi, İSTANBUL

Giriş

Doğum, önemli biyolojik, psikososyal ve ekonomik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir. Doğum sonrası dönemde psikiyatrik yatışların belirgin oranda arttığı gösterilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği, doğum ile duygudurum bozuklukları arasında özgün bir bağlantı olduğuna ve doğum ile tetiklenen psikiyatrik bozuklukların kendine özgü bir takım özellikleri olduğuna dikkat çekmektedir. Postpartum dönemde duyarlılığın arttığı tarihsel olarak bilinmesine rağmen, gözardı edilmiş bir konudur. Postpartum başlangıçlı psikiyatrik hastalıkların resmen tanınması daha yakın bir geçmişte olmuştur.

Tablonun şiddetini yansıtan;

- Postpartum hüznün
- Postpartum depresyon
- Postpartum psikoz üç kategoriye ayrılır.

Peripartum dönemde kadınların %80'inde duygudurum dalgalanmaları olabilmekte ancak bunların yalnızca %10'u DSM tanı ölçütlerine göre duygudurum bozukluğu ölçütlerini karşılamaktadır.

Doğum Sonrası Hüznün

Annelerin önemli bir bölümünü etkiler. Doğum sonrası ilk iki haftada görülür. Değişkenlik, depresyon, alınganlık, ağlama, irritabilite, kaygı, yorgunluk, uyku bozuklukları ve yoğunlaşma sorunları görülür. Bazı annelerde duygudurumda yükselme de görülebilir. Doğum sonrası genellikle 3. - 4. günlerde ortaya çıkar. Belirtiler hafif derecede olur, müdahale gerekmez. Emzirme nedeni ile uyku bozuklukları görülebilir. Sıklığı %50-85 arasında değişir. Olguların %20'sinde ilk bir yılda majör depresyon ortaya çıkabilir. Başlangıç zamanlaması doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerindeki ani düşüşle eş zamanlıdır. Bu da doğum sonrası hüznün endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir. Bir çalışmada doğum sonrası hüznün yaşayan kadınlarda premenstrüel disfori öyküsünün daha sık olduğu; öz ve soygeçmişte depresyon öyküsünün daha fazla bulunduğu saptanmıştır.

Tedavide hasta ve ailesine bu durumun normal olduğu, psikososyal destek gerektirdiği anlatılmalıdır. Postpartum depresyon veya psikoz açısından anne izleme alınmalıdır.

Doğum Sonrası Depresyon

Erişkin yaştaki annelerin %10-22'sini etkilerken, ergen annelerde bu oran %26'ya yükselir. Tipik olarak, doğum sonrası altıncı haftada ortaya çıkar. Hastaların %60'ında bu tablonun ilk depresif atak olduğu bildirilmiştir. Ağır olgularda belirtiler iki yıla kadar uzayabilir. Prenatal depresyonun PPD'nin öncüsü olabileceği ileri sürülmüştür. Gebelikteki anksiyete ve depresyonun PPD'yi öngörmeye en güçlü ön belirteçlerden olduğu bilinmektedir. Doğum sonrası ilk altı haftada depresif olan annelerin yarısında prepartum depresif belirtiler ve doğum sonrası hüznün bildirilmiştir. Doğum sonraki ilk beş günde görülen hipomaninin de sonrasında gelişen PPD ile ilişkili olduğu ve bazı olguların bipolariteye dönüşüm gösterebileceği söylenmektedir. Olguların çoğunda depresyon 3-6 ayda kendiliğinden iyileşebilir. Belirti profili, yaşamın diğer dönemlerinde ortaya çıkan majör depresyon ile benzerdir. Zamanlaması ve en azından anne-bebek ikilisi, sıklıkla da tüm aileyi ilgilendirmesi açısından önemlidir. Uyku, iştah, libido değişiklikleri, yorgunluk ve kaygı postpartum depresyon bulguları olmakla birlikte normal postpartum dönemde de görülebilir.

Postpartum duygudurum bozukluklarında konfüzyon, yönelim bozukluğu ve diğer bilişsel değişiklikler daha fazla görülür. Uyku bozukluğu sık görülen prodromal bir semptomdur. Perinatal duygudurum bozukluklarının sık görülen diğer semptomları yeme bozuklukları, depresif duygudurum ya da irritabilite, enerji ve işlev kaybı, içe çekilme, sosyal desteğin olmayışından yakınma, bebek ile ilgili yanlış yorumlamalar, bellek ve yoğunlaşma güçlükleri ve ajitasyondur. Hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı ciddiye alınmadığında gözden kaçabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDS) erken tanılama yönünden yardımcı olabilir.

Doğum Sonrası Depresyon İçin Risk Faktörleri

1. Kişisel/ailesel depresyon öyküsü,
2. Geçirilmiş postpartum atak riski (%50),
3. Sosyal destek eksikliği,
4. Stresli yaşam olayları,
5. Sorunlu evlilikler,
6. Bebekte sağlık sorunları,
7. İstenmeyen/planlanmamış gebelikler,

8. Cinsiyet tercihine uymayan gebelikler,
9. Gebelikte ciddi komplikasyonların varlığı,
10. Acil C/S girişimi,
11. Doğumun gece olması,
12. Planlanan zamandan önce gerçekleşen gebelikler,
13. Premenstrüel disfori öyküsü (PMS).

Doğum Sonrası Depresyon-Etyoloji

- Etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Doğum esnasında oluşan dramatik biyolojik değişikliklerden dolayı, etyolojinin biyokimyasal ya da hormonal bir dengesizlik sonucu olduğu düşünülmektedir.
- Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal Eksen'in duygudurum bozukluklarında etkisinin olabileceği düşünülmektedir.
- Bazı yazarlar doğum sonrası geçici tiroid difonksiyonunun da depresyonla ilişkili olabileceğini öne sürmektedirler.

Doğum Sonrası Depresyon-Tedavi

1. İlk sırada önleme yer alır. Risk altındaki kadınlarda antepartum ve postpartum müdahalelerin önemi büyüktür.
2. Risk altındaki kadınların belirlenmesi, eğitim, destekleyici psikoterapi, kişilerarası terapi ve farmakolojik tedavi ilk seçeneklerdir
3. Bireysel, evlilik, aile ve grup psikoterapileri öncelikle anneliğe geçiş üzerine odaklanmalı; yine evlilik ilişkisi, sosyokültürel beklentiler ve sosyal destek ağı ihmal edilmemelidir.
4. Farmakolojik tedavide ilaçların teratojenite riski ve emzirme sırasındaki potansiyel etkileri göz önünde bulundurulmalıdır.
5. Yarar-zarar dengesi dikkate alınmalıdır.
6. Tüm antidepresanlar farklı oranlarda süte geçer.
7. EKT de postpartum depresyonun tedavisinde uygulanabilecek önemli tedavi seçeneklerinden biridir.

Postpartum Psikoz

- Göreceli olarak daha seyrek bir klinik tablodur (1-2/1000).
- PP Duygudurum bozukluklarının bir parçası veya ayrı bir klinik tablo olarak ortaya çıkabilir.
- Tipik olarak duygu durum bozuklukları semptomlarıyla birlikte ortaya çıkar, daha ender olarak da doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde tek başına ortaya çıkar.

Risk Faktörleri

- En önemli risk faktörü geçmiş öyküdür.
- Tekrarlama riski %70 dolaylarındadır.

Diğer risk faktörleri;

- İlk doğum,
- Bekar anneler,
- C/S ile doğum,
- Kız bebek,
- Ailede psikiyatrik öyküsü

Klinikde

- Oldukça dramatik ve gürültülü bir tabloyla ani olarak ortaya çıkar.
- Yine de uykusuzluk, halsizlik, üzüntü, iritabilite, emosyonel labilite gibi prodromal belirtileri olabilir.
- Sıklıkla yenidoğan'a dair şeytan tarafından ele geçirildiği, kendisinin özel güçleri olduğu, başına korkunç şeyler geleceğine dair hezeyanları vardır.
- Çocuğa dair şiddet nadirdir.(infantisid riski %1-2) Fakat bebek ölümüyle ilgili obsesyonel düşünceler görülebilir.

Gidiş ve Sonlanım

- Genellikle çok iyi bir seyre sahiptir.
- Yüksek rekürrens görülür.
- Tablonun puerpurel dönemde de devam ettiği durumlar görülebilir.
- Anne ve çocuk arasındaki ilişkiye olan negatif etkileri sebebiyle çocuk gelişimi ve sonrasındaki ilişki biçimi dikkatle takip edilmelidir.

Tedavi

- Diğler psikotik tablolar gibi ele alınarak tedavi edilir.
- EKT önemli bir tedavi seçeneği olarak gerektiğinde kullanılabilir.

Postpartum Klinik Tablolarda Hemşirelik Bakımı

Adaptasyon

Hastanın evden veya yattığı jinekoloji kliniğinden psikiyatri kliniğine yatış sürecindeki hatalı veya çarpık algılamalarına ilişkin düşünceleri saptanıp yatışını gerektiren durumlar, servis içi uyumu sağlanmaktadır.

Gözlem

Tanı ve tedavinin her aşamasında klinik gözlem büyük önem taşımaktadır.

- Özbakımı,
- Vital bulguların takibi,
- Klinik bulguların takibi,
- Servis içi davranışların takibi,
- Riskli davranışların takibi yapılmaktadır.

Özbakımın Sağlanması

Genel vücut temizliğinin yapılması sağlanmaktadır,

Meme bakımı ve süt drenajın hastanın durumuna göre sağlanmaktadır,

Doğumun şekline göre perine bakımı ve insizyon yerinin pansumanı (olası puerpural infeksiyonları engellenmek için) yapılmaktadır.

Vital Bulguların Takibi

Sık ANT takibi hastanın durumuna göre alınıp kaydedilmektedir,

Olası acil müdahale edilebilmesi için gereken hemşirelik bakımı uygulamaları yapılmaktadır,

Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılmaktadır,

Hastanın yemek reddi olduğu için beslenme takibi yapılmaktadır.

Gerektiğinde hemşire eşliğinde yemek yedirilmesi sağlanır.

Klinik Bulguların Takibi

Hastanın bilincindeki (yer, kişi, zaman oryantasyonu) değişikliklerin takibi yapılmaktadır,

Hastanın duygudurumundaki (neşe, hüzün gibi) değişiklikler takibi yapılmaktadır,

Olası psikotik bulgularını (halüsinasyon ve hezeyan) takibi yapılmaktadır,

Servis içi uyumu, diğler hastalarla ilişki ve ekiple kurması sağlanmaktadır.

Riskli Davranışların Takibi

Kendine (suisid ve self destrüktif davranışlar) ve çevreye yönelik zarar verici davranışların (homisid, eksitasyon ve ajitasyon gibi) takibi yapılmaktadır,

Çevresel uyaranların azaltılması sağlanmaktadır

Zarar verici objeler var ise ortamdan uzaklaştırılması sağlanmaktadır,

Eşyle görüşmeye nezaret ederek ilişkileri gözlemlenmektedir,

Bebeğiyle görüşmesi klinik açıdan uygun olduğunda anne-bebek ilişkisinin izlenmesi yapılmakta ve olası riskler açısından gözlemlenmektedir.

Hasta ve Aile Eğitimi

- Aileye hastalık hakkında eğitim yapılmaktadır,
- Bebeğin beslenmesi ile ilgili hasta ve aileye eğitim yapılmaktadır,
- Annenin beslenmesi, uyku, ilaçları ve düzenli kontrollere gelmesi ile ilgili eğitimler verilmektedir.
Tüm girişimler, uygulamalar ve değerlendirmeler hemşirelik gözlem formlarına kaydedilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Naz B, Fochtmann LJ, Bromet EJ. Kaplan Comprehensive Textbook 8. Edition (2007), s.1537-1538.
2. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C (1987). Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*, 150: 662-673.
3. Steiner M ve Yonkers K (1998). *Depression in Women*. Martin Dunitz Ltd, s.26-47.
4. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA ve ark. (1991a). Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 801-806.
5. Hannah P, Adams D, Lee A ve ark. (1992). Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry*.
6. Glover V, Liddle P, Taylor A ve ark. (1994) Mild hypomania (the highs) can be a feature of the first postpartum week. Association with later depression. *Br J of Psychiatry*, 164: 517-527.
7. Cooper PJ, Murray L (1995), Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J of Psychiatry*, 166: 191-195.
8. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin psychiatry*, 58 (Suppl.15): 26-32.
9. Parry BL (1999). Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. *Postpartum Mood Disorders*, 1. baskı, Miller LJ (Ed), Washington, DC, American psychiatric Press, Inc, s.21-45.

ALMANYA DA BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YAPILAN GÖZLEMLER

Songül KAMIŞLI

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Prevanatif Onkoloji ABD, Araştırma Hemşiresi Dr, ANKARA

Almanya'nın Hannover şehri'nde bulunan Medizinische Hochschule (MHH) Hastanesi Almanya'daki en büyük üniversite hastanelerinden birisidir.

MHH'nın psikiyatri servisleri; yaşlı psikiyatri, erişkin psikiyatri, gündüz ünitesi, sosyal psikiyatri, psikoterapi, bağımlılık ve uğraşı tedavisi servislerinden oluşmaktadır. Bu servislerden sosyal psikiyatri ünitesi, hastaların taburculuk dönemine yakın sosyal işlerini ve durumunu düzenleyen bir geçiş kliniği olarak hizmet vermektedir. Bu klinikte yalnızca hemşire ve sosyal hizmet uzmanı çalışmaktadır. Gündüz tedavi ünitesinde hastalar saat 8-16 arası gelmektedirler. Psikoterapi kliniğinde kapalı gruplar yürütülmekte ve kliniğe yatan hastalar 6 haftalık sabit bir psikoterapi programına katılmaktadırlar. Burada temel kural ilk üç hafta boyunca hastaların dışarı izinlerinin olmaması ve ziyaretçi yasağının olmasıdır. Bağımlılık servisi bağımlılık problemi olan hastaların yattığı ve toplam 12-14 yataklı bir klinik olarak çalışmaktadır. İş terapisi ünitesi bütün psikiyatri hastalarının yararlandığı bir birimdir. Burada hastaları dışarıdaki iş yaşamına hazırlayan bir tedavi uygulanmaktadır. Hastanın yaptığı ya da yapabileceği işe göre büro işleri, boyama, marangozluk işi, çeşitli el işlerine hastaların yönlendirildiği ve hastaların bu amaçla burada çalıştıkları bir bölümdür.

MHH'da 2 ay konuk hemşire olarak yapılan gözlem yaşlı psikiyatri ünitesinde gerçekleşmiştir. Bu kliniğin ortamı ve hemşirelik uygulamalarıyla ilgili yapılan gözlemler, geriatrik psikiyatri kliniğinin genel işleyişi, haftalık aktivitelerle ilgili uygulama standartları, psikoterapötik amaçlı yapılan gruplar, bu grupların işleyişi ve değerlendirilmesi ile bazı hemşirelik uygulamaları standartları ayrıntılı olarak sunulacaktır.

DEPRESYONU OLAN BİREYİN HEMŞİRELİK BAKIMI

Meral KELLEÇİ

Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Yrd. Doç. Dr. SİVAS

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durumu içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (1). Depresyon çok eski çağlardan beri bilinen bir hastalık olmakla birlikte endüstrileşme ve şehirleşmenin getirdiği aşırı stres, duygusal bağ ve ilişkilerin zayıflaması, yaşamdan beklentilerin artması gibi durumlar nedeniyle günümüzde yaygınlığı artmıştır. Depresif belirtilerin toplum içinde nokta prevalansının %13-20 arasında olduğu bildirilmektedir. Daha çok 18-44 yaşlar arasında yaşanan depresyon, kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Depresyon çok yaygın görülmesine karşın hastaların yalnızca %20'si yeterince tanınmakta ve tedavi edilebilmektedir (5).

Yapılan çalışmalar depresyonda olan bireylerin sorun çözme yeteneklerinin bozulduğunu ortaya koymaktadır (2,3,4,7). Sorun çözme yeteneği, sürekli değişim, rekabet ve güçlüklerin egemen olduğu bir ortamda yaşayan bireyin karşılaştığı güçlüklerle çözüm getirebilmesi ve yaşamını sürdürebilmesi için öncelikli gerekliliklerden birisidir. Günlük yaşamda karşılaşılan pek çok olay, temelde sorun çözme durumudur. Bazı yazarlar, sorunları sadece bireyin gerekli performansa sahip olmadığı güç durumlar veya bir cevaba hazır olmadığı durumlar olarak, kimileri ise bir amaç için açık bir yol olmaması, engel ya da sapa yol olarak tanımlamışlardır. Sorun, bireyin içinde bulunduğu durumla ulaşmak istediği hedef arasında farklılık olduğu ya da bir gereksinimin karşılanmadığı zaman ortaya çıkmaktadır. Çözüm ise, izlenen bir dizi eylemler sonucunda amaca ulaşmadır (7). Depresyonda olan bireyler sorun alanlarını saptamada ve bu sorunları çözmeye güçlük yaşamaktadır (2,3,7).

Depresyonda olan bireyin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi relapsları önlemekte, bireyin daha etkin yaşam sürmesinde ilaçlar kadar etkili olmaktadır. İlaç tedavisi ile birlikte sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi ise, bireylerin yaşam kalitelerinin de artmasına yardımcı olmaktadır. Dowrick ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir çalışmada depresyonda olan grubun sorun çözme becerileri kontrol grubuna göre %17 daha az bulunmuş, bir yıllık eğitim ve izleme sonunda antidepresan kullanılan diğer bir grupla sorun çözme becerilerini geliştirme programı uygulanan grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır(2). Katon ve arkadaşları(2001) tarafından depresyonun relapslarını önlemek amacıyla yapılan çalışmada sorun çözme terapisi uygulanan grupta depresyon relapslarının daha az olduğu saptanmıştır (3). Meade (1997) depresyonu olan bireylere antidepresan tedavi ile birlikte sorun çözme yaklaşımının kullanılmasının bireylerin yaşamlarını düzenlemelerinde büyük katkıları olduğunu vurgulamaktadır(4).

Ümitsizlik, çaresizlik, isteksizlik, değersizlik, yaşamın anlam ve önemini yitirmesi gibi sorunları yaşayan ve sorun çözme yetenekleri bozulan bireylere sorunlarını saptama ve çözümüne ilişkin hemşirelik uygulamalarının yapılması depresif semptomların azalmasını ve bireylerin daha etkin yaşam sürmelerini sağlayabilir. Yapılan çalışmalarda sorun çözme becerilerini geliştirme konusunda eğitim almış hemşirelerin emosyonel bozukluğu olan bireylere bu tedaviyi uygulayabilecekleri ve bu yaklaşımın depresyonu olan bireyin bakımında etkili olduğu belirtilmektedir(4,6,7).

Sorun çözme becerilerini geliştirme programı sistematik, uygulanması kolay ve bireyi amaca ulaştıran bir yöntemdir. Sorun çözme becerilerini geliştirme programının amaçları:

- Bireyin rahatsızlığının nedeni olan sorunu belirlemesine yardım etmek.
- Bireyin güçlerini ve destek faktörlerini tanımasına yardım etmek.
- Bireye sorunlarını çözmesi için sistematik bir yol öğretmek.
- Bireye yaşamını kontrol edebileceği duygusunu kazandırmak.
- Bireyi gelecekte karşılaşılabileceği sorunları çözmesi için güçlendirmek.

Sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi sürecinde birey, sorunun ne olduğunu anlar, bu sorunun çözümü için ne istediğini belirler, belirlediği hedefe ulaşmasını sağlayacak yolları görür. Eğer seçtiği yollar işe yaramazsa hedefe ulaşmaya ya da hedefe ulaşmanın olanaksız olduğunu görünceye kadar başka yollar dener. Etkili sorun çözme, her biri etkili sorun çözümüne katkıda bulunan beş aşamadan oluşur. Bunlar:

Soruna odaklanma Sorunun tanımı ve formülasyonu Alternatiflerin üretilmesi Karar vermeÇözümün uygulanması ve doğruluğunu kanıtlama.

Soruna odaklanma: Bu aşamada amaçlar; bireyin soruna duyarlılığını arttırma ve sorun çözme aktivitesi için fırsat oluşturma, dikkati olumlu sorun çözme davranışlarına odaklandırma ve yapıcı olmayan, kişiyi rahatsız eden düşüncelerden ve duygulardan bireyi uzaklaştırmadır.

Sorunun tanımı ve formülasyonu: Burada hedef bireyin yaşadığı sorunu tüm boyutları ile belirlemek ve anlamaktır. Sorunun çözülebilir boyuta getirilmesi ve somutlaştırılması bu aşamada yapılır.

Üçüncü aşama olan alternatiflerin üretilmesinde, sorun karşısında çözümler elde edebilmek için tüm olasılıkları göz önünde bulundurup, bunları bütçe altına almaktır. Her bir çözüm seçeneğinin olumlu ve olumsuz yönleri değerlendirilerek bireyin kendisi için en iyi çözümü seçmesine yardım etmek ise dördüncü aşamanın hedefidir. Çözümün uygulanması ve doğruluğunu kanıtlama aşamasının amacı ise, sorun yaratan durum ile uğraşılırken çözümün sonuçlarının gözden geçirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesidir (2,3,7).

Hemşirenin bireyi tanıması, anlaması, baş etme güçlerini geliştirmesi ve bakımın amacına ulaşmasını sağlamasında iletişim biçimi oldukça kilit bir rol oynamaktadır. Açık, anlaşılır ve kabullenici bir yaklaşım sergileyen hemşire hemşirelik süreci doğrultusunda hastasının bakımını planlamalı ve uygulamalıdır. Ancak bu şekilde bakımın kalitesi artar ve bu süreçte hem birey hem de hemşire doyum sağlar.

KAYNAKLAR

1. Aşkın R. *Depresyon El Kitabı. 2. Baskı. Roche Müstehzarları Aş. Konya, 1999.*
2. Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL. *Problem solving treatment and group psycho-education for depression: Multi-centre randomized controlled trial. British Medical of Journal, 2000;9(321)1450-1454.*
3. Katon W, Rutter C, Ludman E.J. *A randomized trial of prevention of depression in primary care. Archives of General Psychiatry, 2001;58(3):241-247.*
4. Meade N, Bower P, Gask L. *Emotional problems in primary care: What is the potential for increasing the role of nurses? Journal Advanced Nursing, 1997;26(5):876-90*
5. *National Mental Health Association. Depression: What you need to know. Retrieved December 8, 2004, from <http://www.nmha.org/infoctr/factsheets/21.cfm>*
6. Zauszniewski SA. *Health-seeking resources and adaptive functions in depressed and non-depressed adults. Archives of Psychiatric Nursing, 1994;8(3):159-168.*
7. Walling AD. *Problem solving sessions in patients with depression. Br J. Psychiatry, 2000;61(10):125-31.*

GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARIMIZ

Nazmiye KOCAMAN

Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkan Yrd.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD Hem. Dr, İSTANBUL

Hemşirelik, standartlarını geliştirerek, yapılandırma, sınırlarını, profesyonel uygulama alanlarını belirleme çalışmalarındadır. Nisan 2007 yılında 53 yıl sonra değiştirilebilen hemşirelik kanunu çerçevesinde hemşirelik hizmetleri yönetmeliği geliştirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından "Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği Taslağı" hemşirelik yüksek okulları ile özel dal derneklerine gönderilmiştir. 10-07-2007 tarihinde, B.10.0.THG.0.12.00.03/103 sayı ile Psikiyatri Hemşireleri Derneği'ne de ulaştırılmıştır. "Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ile ilgili Yönetmelik Taslağı Önerisi" hazırlanması talebine yönelik çalışmalar dernek yönetim kurulu tarafından üyelere bildirilmiş ve gönüllü psikiyatri hemşirelerinin katıldığı bir komisyon oluşturulmuştur. 22.10.2007 tarihinde sayı 73 ile 38 sayfalık oluşturulan taslak tedavi hizmetleri genel müdürlüğüne bildirilmiştir. Bilgiler derneğin web sitesinde de yer almaktadır. "Yataklı Psikiyatri Servislerinde Psikiyatri Hemşireliği" başlıklı panelde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği görev, yetki ve sorumluluklarının hazırlanma süreci ve sonuçta belirlenen standartlar hakkında bilgilendirme amacıyla bu konuya yer verilmiştir.

Ülkemizin farklı bölgesinde akademisyen veya klinisyen olarak çalışan psikiyatri hemşirelerinden çalışma grubuna katılmaya istekli meslektaşlarımız (Fatma Öz, Olcay Çam, Gülsüm Ançel, Nurhan Eren, Nazmiye Kocaman, Sibel Coşkun, Selma Çimen, Ayşegül Bilge, Ayşegül Savaşan, Esra Engin, Leman Kutlu, Serpil Ozbucak-Civil, Serap Sezgin) tarafından oluşan grup, ikinci olarak kendilerini tanıtan bilgilerini sunmuşlardır. E-mail aracılığıyla haberleşen, bilgi paylaşımı içinde olan çalışma grubu üyeleri ile ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin görev tanımlarının hangi bölümlerde yapılacağına ve işbölümünün nasıl olacağına karar verilmiştir. Sonuçta çalışma grubunda yer alan üyelerin tümü taslak önerisine son şeklini vermekte gereken sorumluluğu da almıştır. "Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği" adından, bölümlerinin belirlenmesine ve tanımlanmasına, teorikte var olan ile uygulamadaki realite, koşullar düşünülerek standartların belirlenmesi kolay olmamıştır. Hastaneden hastaneye de farklılıklar gösterdiği ve birçok hastanenin psikiyatri bölümlerinin görev tanımları çalışmaları yaptığı da görülmüştür. Hem özeleşmiş alanlarda, hem de psikiyatri kliniği sorumlu, servis ve poliklinik hemşiresini içeren tanımlar, eğitimi, çalışma alanları, bağlı bulunduğu birim ve görev, yetki, sorumlulukları içerikte hazırlanmıştır.

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği, "her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun, hemşirelik süreci doğrultusunda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği girişimleri ile karşılanabilecek sağlık gereksinimlerini tanılayan, planlayan, uygulayan, değerlendiren, denetleyen ve tabip tarafından yazılı olarak verilen tedavileri uygulayan görevli ve yetkili sağlık personelidir" olarak tanımlanmıştır. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında yüksek lisans eğitimini tamamlamış olmalıdır. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü/Başhemşirelik'e bağlıdır. Psikiyatri Klinikleri, Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Yürütüldüğü Servisler, Poliklinikler, Okul, İşyeri, İlgili Vakıflar, Bakım Evleri, Evde Bakım Hizmetleri, Ayaktan Tedavi Üniteleri, Toplum Sağlığı Hizmetleri, Krize Müdahale, Acil Girişim Üniteleri, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/Psikoterapi ve Danışmanlık Merkezleri ve benzeri ruh sağlığı hizmeti veren alanlarda çalışabilir. Özelleşmiş alanlar olarak, "acil psikiyatri hemşireliği, adli psikiyatri hemşireliği, alkol-madde bağımlılığı hemşireliği, geropsikiyatri hemşireliği, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi hemşireliği, psikiyatrik rehabilitasyon hemşireliği, toplum ruh sağlığı hemşireliği, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği" belirlenmiştir. Görev tanımları, hasta bakımı yapan, danışman, eğitici, araştırmacı, psikoterapist gibi rolleri primer korumadan rehabilitasyona, evde bakıma kadar uzanan yelpazede gerçekleştirdiği ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Psikiyatri servisinde yatan hastalarla çalışan hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda verilmiştir;

- Kurum ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından belirlenen politika, hedef, kural ve düzenlemelerin oluşturulmasında görev alır ve bu hedef, kural ve düzenlemelere uyar/uyulmasını sağlar.
- Hasta yakını ve hekim ile iletişim kurarak yatışı yapılan hastanın servise kabul edilmiş biçimine (güvenlik refakati/hasta yakını...) karar verir.
- Hastayı kabul eder, kendini, servisi ve kuralları tanıtır, sorularını cevaplandırır, isteklerini dinler ve değerlendirir, oryantasyonunu sağlar.
- Hasta güvenliği açısından riskli olabilecek eşyaların kontrolünü yapar, emanete alır, kaydeder ya da ailesine ulaştırır.
- Hastaya ait para ve özel eşyaları emanete alır, kaydeder, gerektiğinde hastaya verir.
- Hastanın ihtiyacı olan kişisel eşyalarının (pijama, terlik, havlu gibi) ailesi tarafından temin edilmesini sağlar.

- e) Hastayla biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar.
- f) Yaptığı bireysel görüşme ve gözlemlerle, Hasta Tanılama Formunu doldurur.
- g) Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir.
- h) Aile döngüsünün karmaşıklığı içerisinde yaşam stresörlerinin, travmatik olayların ve durumsal krizlerin sağlığa etkisini değerlendirir.
- i) Ruhsal, fiziksel ve sosyal sağlık üzerine psikiyatrik bozuklukların uzun süreli etkilerini tanımlar.
- j) Hastanın bakım gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hemşirelik tanısını koyar, hasta bakımında hemşirelik süreci sistemini kullanır.
- k) Günlük gözlemlerini Hemşire Gözlem Formuna kaydeder, yaşam bulgularını takip eder ve bu konuda ekip üyelerini bilgilendirir.
- l) Tetkik için kan, idrar vb örneği alır, laboratuara gönderir, sonucu takip eder.
- m) Ekip içinde hastaların bakım ve tedavilerine yönelik ortak kararları planlama ve uygulamada aktif rol alır.
- n) Hastaların öz bakımını yapması için teşvik eder, destekler, gerektiğinde yapar.
- o) Günlük yaşam etkinliklerinin devamını sağlar.
- p) Serviste yatan hastaya en iyi bakımın yapılması için hasta bakımı hizmetlerini organize eder ve denetler (örneğin, hastanın uyku-iştah düzenini kontrol eder, diyetisyenle işbirliği yaparak, hastanın diyeteye uygun yemek almasını sağlar).
- q) Gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol altına alarak hastaların uyku ve dinlenmelerini sağlar.
- r) Hastaların en az kısıtlayıcı olan çevrede güvenli tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olur.
- s) Hasta ailesi ve diğer sağlık klinisyenleri ile işbirliği yaparak güvenli ve terapötik bir çevre sağlar yapılandırır ve sürdürür.
- t) Hastaların kendilerine ve başkalarına zarar vermelerini önleyici müdahalelerde bulunur ve güvenli ortamı sağlar, gerektiğinde hastane güvenlik birimi ile işbirliği yapar.
- u) Hastanın özel gözlem, ziyaret ve telefon izin ve yasaklarının planlanmasına katkıda bulunur, kararı uygular.
- v) Hasta ziyaretçilerini ve getirdiklerini denetler.
- w) Hastaların servis içi aktivitelerinin programını yapar. Rehabilitasyon ekibi ile işbirliği sağlar.
- x) Hastaların bireysel gelişimini ve sosyalizasyonunu sağlayacak gruplar (geçiş grupları, sosyal toplantılar, fiziksel egzersiz grupları, aktivite grupları, sosyal beceri grupları, psikoeğitim programları) düzenler, hastaların katılımını teşvik eder ve gözlemler.
- y) Hastaların ruhsal ve fiziksel sağlığının değerlendirildiği, planlanan hemşirelik uygulamaları doğrultusunda hasta sorunlarının ele alındığı planlı ve düzenli görüşmeler yapar.
- z) Genel vizitlere katılır, hasta gözlemlerini, görüşmelerini, bakım sonuçlarını iletir, öneriler sunar.
- aa) Hastane protokolüne göre gelen ilaçların hasta ve diğer çalışanların ulaşamayacağı kilitli oda ya da kilitli dolapta bulundurulmasını sağlar, ilaç dolabı düzenini sağlar, eksik ilaçları bildirir.
- bb) Hekimin planladığı tıbbi tedaviyi uygular, kaydeder, hastayı etki, yan etki ve ilaca uyum konularında gözlemler. Yan etkilerle başa çıkmada yardımcı olur.
- cc) Tedaviyle ilgili gözlemleri doğrultusunda ekibe tıbbi tedaviye ilişkin gerekli önerilerde bulunur.
- dd) Psikiyatri Hemşiresi hasta hemşire terapötik ilişkisini, kişilerarası etkileşimleri, kanıta dayalı psikoterapötik kavramsal çerçeveyi kullanarak, psikoterapi konusunda özel eğitim alarak bireysel terapi, eş terapisi, grup veya aile terapisi yapar.
- ee) Elektrokonvülfik tedavi planlanan hastaya işlem öncesi, en az dört saat aç kalmasını sağlar, mesane boşaltımını kontrol eder, protezlerin çıkarılmasını sağlar, vital bulgu takibi yapar.
- ff) Elektrokonvülfik tedavi uygulaması sırasında hastaya uygun pozisyonun verilmesini sağlar, nöbet izlemi ve süresini kayıt eder. Uygulama sonrasında olası komplikasyonları gözlemler.
- gg) Tecrit ya da tespit gerekiyorsa, bu işlemlerle ilgili hastaya açıklama yapar, güven verir ve sık aralarla gözlemler, gözlemleri kaydeder, olası riskler için tedbir alır.
- hh) Hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri, ip uçlarını takip eder, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımlar uygular.
- ii) Acil ve olağanüstü durumlara müdahalede ekip işbirliğini sağlar.
- jj) Psikiyatrik acil durumları yönetir ve etkili acil bakımı koordine eder, başlatır.
- kk) Ruh sağlığı hizmetinin etkinliği için gerekirse başka birimlerden ya da disiplinlerden danışmanlık alır, danışmanlık alması için bireyi/aileyi yönlendirir.
- ll) Yararlı ve kullanılabileceği destek sistemlerini ve toplum kaynaklarını değerlendirir, bireyi/aileyi yönlendirir.
- mm) Hasta aileleri ve vasileri ile iletişimi sağlar, aileler ile iletişim kurulamadığında Sosyal Hizmet Uzmanı ile işbirliği yapar.
- nn) Hasta ve ailesine; ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir.

- oo) Hastanın reçete edilen ilaçlara bağlı kalmasını sağlayan ve ilaç yönetimini destekleyen sağlık eğitimi verir.
- pp) Hastanın gelişim düzeyi, öğrenme istekliliği, bilgilenme ihtiyacı, kültürel yapısı ve inançlarını göz önüne alarak sağlık eğitimini ve hasta eğitimini planlar.
- qq) Hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme, stigmatizasyon, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim programlarını planlar ve uygular.
- rr) Hasta ve ailesine; taburculuk, taburculuk sonrası eğitimi planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir.
- ss) Hastaya, ailesine, topluma fiziksel ve ruhsal sağlığını koruma ve geliştirme konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verir.
- tt) Hastanın bulunduğu çevre içindeki internet gibi sağlık bilgisi kaynaklarının doğruluk, netlik, tamlık, okunabilirlik, anlaşılabilirlik, uygulanabilirlik durumlarını değerlendirir.
- c) Klinikte çalışan destek hizmet personeline hasta ve yakınlarıyla iletişim ve yaklaşımlar konusunda eğitim ve danışmanlık sağlar.
- uu) Enfeksiyon ve kazalara karşı güvenli bir çevre sağlar. Hemşirelik bakımında gerekli olan tekniklere (asepsi, sterilizasyon, izolasyon vb...) uyar ve uyulmasını sağlar.
- vv) Servisin genel temizliğinin ve düzeninin sağlanmasından sorumludur ve denetler.
- d) Hemşirelik hizmetleri için gerekli olan araç-gereç ve malzemeleri tespit ve temin eder.
- ww) Hemşirelik girişimleri için gerekli malzemelerin yeterli ve çalışır durumda olduğunu kontrol eder.
- xx) Hastanın başka bir hastaneye sevk edilmesi söz konusu olduğunda hastaya ilişkin hemşirelik dosyasını (epikrizini) hazırlar.
- yy) Hastanın ölümü halinde tutanak tutulmasını ve hastanın hazırlanmasını, morga götürülmesini sağlar. Diğer hastaların etkilenmesini önleyici tedbirler alır.
- zz) Ruh sağlığı hizmeti verirken güvenlik, etkililik ve maliyeti etkileyen faktörleri dikkate alır.
- aaa) Ruh sağlığı hizmetinin kalitesinin yükseltilmesi için gerekli çabaları gösterir
- bbb) Meslekte ve mesleki uygulamalar konusunda liderlik rolüyle diğer meslektaşlarının eğitim ve gelişmesine destek olur.
- ccc) Eğitim hemşiresi ile işbirliği yaparak hizmet içi/dışı eğitimlere katılır, eğitim gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunur.
- ddd) Sağlık alanında yeni bilgi ve teknolojileri takip eder. Kişisel ve mesleki gelişimi için ulusal/ uluslararası kongre, sempozyum, çalıştay vb. organizasyonlara katılır.
- e) Çalıştığı alana ilişkin araştırmalar yapar, yapılan araştırmalara katkıda bulunur, bunları bilimsel toplantı ve yayınlarda meslektaşları ile paylaşır.
- f) Ruh sağlığı hemşireliği alanındaki araştırma sonuçları ve gelişmeleri uygulamalarına yansıtır.
- eee) İlgili profesyonel mesleki organizasyonlara aktif katılır.
- fff) Gerektiğinde, yeni psikiyatri hemşiresine süpervizyon verir.
- ggg) Öğrenci hemşirelere süpervizyonluk yapar, eğitim ve deneyimlerine katkıda bulunur.
- hhh) Hasta hakları, yasalar, etik kurallar, uluslararası belirlenmiş bakım standartları ve tüm uygulamalarını meslek ahlakı doğrultusunda yerine getirir ve sonuçlarını bunlara dayalı olarak değerlendirir.

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE SERTİFİKA EĞİTİMİ VE YETKİLENDİRME

Nazmiye KOCAMAN

Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkan Yrd.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD Hem. Dr, İSTANBUL

Hemşirelik alanında bilgi ve beceriler giderek daha hızlı genişlemekte ve karmaşık hale gelmektedir. Bu nedenle, kaliteli bakım sağlamak ve hasta/birey güvenliğini, iyilik halini güvence altına almak için hemşirelikte belirli uygulama alanlarında özelleşme kaçınılmaz bir gereklilik haline gelmiştir. Özel alan hemşireliği konusunda gelişmelerin hemşirelik bilgi birikiminin ve uzmanlığın artmasını ve böylece bakım kalitesinin iyileşmesini, teknolojinin maliyet etkin kullanılmasını, topluma sağlanan bakım kalitesinin iyileşmesini uyararak, olumlu bir ivme kazandıran kritik bir öge olduğuna inanılmaktadır.

1987 yılında ICN özel alan hemşireliğini (specialization) şöyle tanımlanmıştır; *“hemşireliğin belirli bir alanında, temel hemşirelik eğitimi dersleri sırasında kazanılandan daha fazla düzeyde bir bilgi ve beceriyi ifade eder....”* ve ICN, özel alan hemşireliğini hemşirelik uygulamalarının derinleşmesinin, özleşmesinin bir yolu olduğunu kabul eder. Birçok Avrupa ülkesinde temel hemşirelik eğitimi sonrası, ek bir eğitim gerektiren özel alan (özel dal / spesiyalist) hemşirelik uygulamalarına gereksinim bulunmaktadır.

Ülkemizde hemşireliğin çeşitli alanlarında (evde bakım hemşireliği, kemoterapi hemşireliği, diyabet hemşireliği, işyeri hemşireliği, ostomi hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği, diyaliz hemşireliği, enfeksiyon kontrol hemşireliği) sertifika/kurs programları yürütülmektedir. Bu programların süresi; 37 saat ile 198 saat arasında değişmektedir. Tümünde kuramsal ve uygulamalı eğitim yer almaktadır. Katılımcılarda ilgili alanda deneyim (0, 2 yıl), eğitim düzeyi gibi kabul kriterleri bulunmaktadır.

Hemşirelikte sertifikalar değişik kurumlar tarafından verilmektedir, bazı programlar Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Dairesi, bazıları da Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Hizmet İçi Eğitim ve Sertifikasyon Dairesi tarafından onaylanmakta, bazı programlar da ilgili özel dal dernekleri tarafından yürütülmektedir (örn. Onkoloji Hemşireliği Derneği- Kemoterapi Hemşireliği Kursu gibi), bazılarında (Örn. Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu) mesleki dernek kontrolü söz konusu olmayabilmektedir.

Ülkemizde, 25 Nisan 2007 günü değişikliği kabul edilen 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu'nun 8. Maddesinde yer alan ifade şöyledir: *“Hemşireler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alırlar. Yetki belgesi alınacak eğitim programlarının düzenlenmesi, uygulanması, koordinasyonu, belgelendirme ve tescili ile kredilendirme ve yetki belgelerinin iptali gibi hususlar, Sağlık Bakanlığı'nca çıkartılacak yönetmelikle düzenlenir”*. Mevcut durum, ihtiyaçlar ve son çıkan kanunla birlikte genelde hemşireliğin özelleşmiş birçok alanında olduğu gibi ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde de sertifika programları uygulamaya geçilmesi zorunluluktur.

Psikiyatri Hemşireleri Derneği bu gerekliliğin farkında olup, sertifika programının geliştirilmesiyle ilgili Sağlık Bakanlığından hemşirelik mesleği derneklerine ve psikiyatri hastanelerine kadar birçok kurumla işbirliği içinde olma prensibini benimsemekte ve konuyu böyle bir platformda tartışmaya açarak izlenecek yolu netleştirmeyi amaçlamaktadır.

KAYNAKLAR

- EFN: *European Federation of Nursing Associations (Avrupa Hemşire Birlikleri Federasyonu)* ve ENNO: *European Network of Nurses Associations (Avrupa Hemşirelik Örgütleri İletişim Ağı) Recommendations for a European Framework for Specialist Nursing Education (Avrupada Özel Alan Hemşireliği Eğitimi için Tavsiyeler)*. 2 Kasım 2000, Paris.
- Resmi Gazete:2.5.2007 Sayı:26510, Kanun no:5634.

YAŞLILARDA GÖRÜLEN RUHSAL SORUNLAR VE KURUMDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Halime KUĞU, Hem., Yücel N. Dr., Yirmibeşoğlu S., Psikolog, Çakır FN., Hem.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı İstanbul Darülaceze Müdürlüğü, İSTANBUL

Antik çağda sadece 100 insandan bir tanesi 60 yaşına ulaşabiliyordu. Bir Roma'lı askerinin ortalama ömrü 22 yıl idi. Yirminci yüzyılın başlarına kadar dünyanın hiçbir ülkesinde uzun bir yaşam için gereken ortam yoktu. Avrupa'da ortalama yaşam süresi 50 yıl idi, ölüm genellikle gençlik yıllarına rastlıyor, iyi koşullarda yaşayıp yaşlanabilenlerin sadece devlet adamları, krallar, filozoflar ve yüksek rütbeli subaylar olduğu dikkati çekiyordu. Avrupa'da ortalama yaşam süreleri 1797'de 25, 1897'de 48 yıl olarak bildirilmektedir.

Yirminci yüzyılda tıp, bilim ve teknoloji üçgenindeki gelişmelere paralel olarak, dünya nüfusundaki artış hızlanmış, ölüm oranlarında 1950'lerden sonra belirgin azalma ile birlikte dünya nüfusu hızla artmaya devam etmiştir. Mevcut artış hızının projeksiyonu ile 2050 yılında dünya nüfusunun 8.909 milyara ulaşacağı hesaplanmaktadır. Birleşmiş Milletlerin istatistiklerine göre 2050 yılında Türkiye nüfusu 100.664.000 olacaktır.

Yaşlanan dünyada yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlılara özel sorunlar da her geçen gün artmaktadır. 20. yüzyılın başlarında yaşlanan nüfusu fazla olan ülkelerde yaşanan sorunlar artık 21. yüzyılda Türkiye'de de çözmemiz gereken sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunlar gerek evde yaşayan yaşlılar, gerekse kurumsal bakım hizmeti verilen yaşlılarda ayrı ayrı karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlanan nüfusun gereksinimleri de değişmektedir. Yaşlı nüfusun genç nüfusa göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığı gözlenmektedir. Yaşlı bireyler daha uzun süre hastanede kalma eğilimindedir. Kronik hastalıklar ve özürülükteki dramatik artışlar nedeni ile uzun dönem bakım hizmetlerine (huzurevleri, bakımevleri, vb) duyulan gereksinim artmıştır. Araştırmalara göre bakımevinde kalan her bireye karşılık toplum içinde 2-3 birey profesyonel olan ya da olmayan bireyler tarafından bakılmaktadır.

Kronik hastalıklar hızla artmaktadır. Üç temel hastalığın (kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanser ve inme) tedavisindeki gelişmeler ile bu hastalıklar tam olarak iyileşme ile sonuçlanmasalar da yaşam süresi uzamıştır. Yine bazı hastalıklar (Kronik pulmoner hastalıklar, Demans, Parkinson, Duyu ve görme bozuklukları..vb) bireyin yetisinde belirgin azalmalara neden olmaktadır. Demans, Parkinson, Osteoporoz ve Osteoartroz gibi hastalıklar ölüme neden olmasalar da ciddi özürülüğe neden olmaktadır. Tüm hastalıklarda amaç fonksiyonların iyileştirilmesi veya aynı düzeyde kalmasının sağlanması ayrıca hastalıkların tedavilerinde yaşam kalitesinin yüksek tutulması da bulunmaktadır.

Büyükşehirlerde geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş sonucu yaşlı kişi işlevini, önemini, saygınlığını giderek kaybetmekte ve ailenin dışına doğru itilmektedir. Bunun sonucu kimsesiz, büyük kentte yaşayan aile içinde barınması güç yaşlıya kurumlarda bakım hizmeti verilmesi her geçen gün artan hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlılarda yaşanan ruhsal sorunların başında depresyon, bunama, kişilik bozukluğu, anksiyete, uyum sorunları, öğrenme ve hatırlama zorlukları, performans kaybı gelmektedir. Bu sunumda; Yaşlıların en sık görülen ruhsal sorunlarından olan depresyon ve demans hakkında kısa bilgi verildikten sonra kurumsal bakım hizmetlerinin verildiği Huzurevi ve Bakımevi gibi kurumlarda çalışan hemşirelerin bakım hizmetlerine olan yaklaşım modeli sunulacaktır.

Depresyon

Depresyon, 65 yaş üstü nüfusu oluşturan yaşlı bireylerde de en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Yaşlının yaşam kalitesini düşürür. Yaşlı nüfusta depresyon, birbirleriyle etkileşen birçok faktörün birleşimi olarak karşımıza çıkar. Tıbbi hastalıklar, kullanılan ilaçlar, kalıtsal ve psikososyal öğeler yaşlıda depresyona neden olabilmektedir.

Yaşlı depresyonu gençlik dönemi depresyonuna göre bazı açılardan farklılık gösterebilir. Gençlik döneminde yaşanan depresyonlarda depresif duygu durumunu ifade etme daha belirginken, yaşlıların üzüntüyü ifade etmekten kaçındıkları görülmektedir. Uyku bozukluğu, iştah kaybı, ajitasyon, ilgi ve istek kaybı, bellekte zayıflama ve bedensel yakınmalar daha sık gözlenen belirtiler olmakla birlikte, kendine güvensizlik ve suçluluk duygularına daha az rastlanmaktadır. Yaşlı hastalarda depresyon fiziksel yakınmalarla (kronik yorgunluk, ağrılar vs.) maskelenmekte ve süregelen fiziksel hastalıkların da sıklıkla görülmesi sebebiyle depresyon belirtilerinin anlaşılması ve hastalığın doğru şekilde tanımlanması güçleşebilmektedir. Yaşlılarda görülen içe çekilme, üzülmeye, ağlama, alıngan davranışlar, uykusuzluk ya da insanlardan uzaklaşma gibi davranışlar aslında yaşlılığın doğal bir parçası değil tam aksi depresyon belirtileridir.

Araştırmalarda kurumda yaşayan yaşlılarda depressif belirtilerin daha sık görüldüğü ve bu semptomların bayanlarda daha yoğun ortaya çıktığı tespit edilmiştir.

Depresyon doğru şekilde tanındığında tedavi edilebilen bir hastalıktır. Depresyondaki bireylerin yaklaşık % 80'i uygun bir tedavi ile eski işlevsellik düzeylerine geri dönebilmektedirler.

Kurumsal Bakım Merkezlerinde Hemşirelik Bakımı;

* Depresyon belirtilerini çok iyi bilmeli ve her yaşının depresyona ait ikaz semptomlarının farklı olabileceği unutulmamalıdır. Devamlı üzüntülü kederli ve moralsiz olma hali, aşırı isteksizlik, eskiden zevk aldığı işlerin artık zevk vermemesi, düşüncelerde yavaşlama ve kararsızlıkların artması, para ve sağlık sorunlarında yersiz aşırı endişeler, sık ağlamalar ve aşırı duygulanma, kendini ümitsiz ve çaresiz hissetme, gelecekte beklenişinin kaybolması, kilo değişiklikleri(verme yada aşırı alma), yerinde duramama ve huzursuzluk, uyku bozukluğu (azalması yada aşırı uyuma), tıbbi tedavilere uymama ve ölme isteği, organik bir neden bulanamayan çeşitli fiziksel yakınmalar (ağrılar, uyuşmalar, gaz ve geğirti, halsizlik.) gibi semptomlar yaşlılarda depresyonu düşündürmelidir.

* Hemşireler yaşlıları çok iyi gözlemlemeli. Yaşlıdaki davranış ve huy değişikliklerine dikkat etmeli. Hemşireler yaşlı kişiyi dinlemek için zaman ayırmalı. Yaşlının hayata katılımı, uykusu, iştahı, ağlama sıklığı, sıkıntısının olup olmaması gibi gözlemler sağlık personeline önemli ipuçları verebilir.

* Depresyon semptomları olan bir yaşlıya sağlık personelinin yardım için atacağı ilk adım bu hastalığın başladığını anladığı anda onun bir psikiyatriste, tercihen bir yaşlılık psikiyatristine muayene olmasını sağlamasıdır. Depresyonun tedavi edilebilir tıbbi bir rahatsızlık olduğu, yaşlanmanın normal bir evresi sayılmadığı önemle hatırlanmalıdır. Bu yüzden, hastalığın belirtilerini anlamak ve tanımlamak hemşirelik hizmetleri açısından son derece önemlidir. Günlük yaşamı etkileyen belirtiler görüldüğü takdirde, her rahatsızlıkta olduğu gibi hekime danışılmalıdır.

* Yaşlıya sabırlı ve anlayışlı davranmak, onu dinlemeye zaman ayırmak yemek yemesine ve yeterince sıvı almasına yardımcı olmak, hemşirelik hizmetlerinde çok önemlidir.

* Depresyon ilaçlarını düzenli ve zamanında alması sağlanmalı.

* Yaşlıların bir çoğuna eşlik eden Hipertansiyon, Diyabet, KOAH..vb hastalıklarına ait ilaçlarını zamanında alması sağlanmalı.

* İntihar düşüncesi olan yaşlıları Huzurevi ve Bakımevlerinde yalnız bırakmamak, intihar için kullanılacak aletleri göz önünde bulundurmamak önemlidir.

* Depresyondaki yaşlının odası ve arkadaşlarının değiştirilmesi gerekebilir. Günlük yaşamında rahatlamalar görülebilir.

* Yaşlının rahat, havalandırılmış bir odada dinlenmesi uykularının düzenli olmasına yardım edebilir. Uyku düzeni sağlanan yaşlı depresyondan daha çabuk çıkabilir.

* Yemeği reddeden yaşlılara sık ve küçük öğünler verilebilir. Yeterli ve dengeli beslenen yaşlılar günlük yaşamlarında daha rahat olurlar.

* Kendisine ve etrafına zarar veren yaşlılar bu durum geçinceye kadar güvenli ortamlarda ve daha yakın takipler ile kontrol edilmelidir.

* Yaşlının bu hastalıktan iyileşmesi zaman alabilir, tüm bu süreç içinde Huzurevi ve Bakımevindeki tüm personelin desteği ilgi ve şefkati tedaviye çok yardımcı olacaktır.

Demans

Demans kişinin zihinsel ve sosyal yeteneklerinin, günlük işlerini sürdürmesini etkileyecek derecede ve ilerleyici biçimde kaybına neden olan bir rahatsızlıktır. Bu rahatsızlığı olan kişilerde; hafıza, düşünme, mantık yürütme, yer ve zaman tayini, okuduğunu anlama, konuşma, günlük basit işleri yapma gibi işlevlerde bozukluklar görülür. Zihinsel işlevlerdeki aksaklıklar zamanla hastanın günlük yaşamını sürdürmesini olanaksız hale getirir. Bu durum, hastanın yıkanma, yemek yeme gibi yaşam aktivitelerini bir başkası tarafından karşılanmasını zorunlu kılar. Öğrenme, hatırlama, uyum, dil fonksiyonları (konuşma) ve kişilik gibi zekâ fonksiyonlarının bozulması ile günlük sosyal hayatını etkileyen, geri dönüşümsüz ilerleyici bir beyin hastalığıdır. Demanslı yaşlıların evde bakımı çok zor olmakta, evde bakım verenlerde depresyon sıklığı her geçen gün artmaktadır. Evde demans ilacı kullanan yaşlının yanı sıra aynı evde yaşlının yakınları da depresyon ilaçları kullanabilmektedir. Demanslının evde bakımı her geçen gün zorlaştığından özellikle ağır demanslı yaşlının hayatının sonlanması aile bireyleri açısından ne yazık ki bir beklenti haline gelmektedir. Demanslı yaşlılar kurumsal bakım bağlamında sağlanacak hizmetler açısından özel bir grubu teşkil etmektedirler

İletişim; Demans hastalığı olan kişilerde, ilerleyen zamanla birlikte, artan iletişim problemleri yaşanır. Davranışlarımıza yön veren beynimizdir ve demans ile birlikte beyin hücrelerinde deformasyon başlar. Bu da hangi bölgede ise onunla ilgili alanlardaki işlevselliği azaltır. Demanslı kişiye sözlü aktarımda bulunulması gerektiğinde hemşireyle göz teması kurmuş olmasına ve dikkatini bize yöneltmiş olmasına özen gösterilmeli.

Davranışları; Demans beyni tahrip eder, bunun sonucunda da kişi gördükleri ve işittiklerini anlayamaz. Bu durum hastanın korkmasına ve yanlış davranışlar yapmasına neden olur. Bu davranışlar onun kontrolünde

değildir. Davranış değişiklikleri kendisine ve etrafına zarar verebilir bu nedenle Kurumsal bakımda hemşireler hastayı ve potansiyelini çok iyi bilerek davranışlarını kontrol altına alabilirler.

Psikolojisi; Zihinsel karışıklık, hafıza ve yön kaybı, entelektüel bozulma ve benzeri problemler yaşayan demanslı hastada bunlara paralel olarak psikolojik sorunlar kendini gösterir. Demanslı hastada bütün bu psikolojik sorunlar beyin tahribatından ve işlerin kendisi için çıkılmaz hal almasından kaynaklanmaktadır.

Sosyal Hayat Adaptasyonları; Sosyal yaşantısı büyük ölçüde kısıtlanan demanslı hastaların yaşamlarını huzurlu, güvenli ve sağlıklı bir ortamda geçirmek, hastaların fiziksel, ruhsal, entelektüel ve sosyal ihtiyaçlarını tanımak, korumak ve karşılamak gerekmektedir. Boş zamanları kişiye özel programlarla desteklenmeli, hastaların yaşam kalitelerini artırıcı ve tedavilerine yardımcı olacak etkinlikler düzenlenmelidir. Meşguliyet hastanın sıkıntısını alacağı için bakıcı için de rahatlama sağlar. Eğlenceli bir sosyal ortam demanslı kişiyle ilişkiye girmeyi kolaylaştıracaktır. Hastanın kendisini bağımsız hissetmesini sağlayabilir, zihinsel ve fiziksel yeteneklerini uyarabilir, demansın hızla ilerlemesini engelleyebilir. Sosyal etkinlikler demanslı hastanın değerli bir varlık oldukları duygusunu korumalarına yardımcı olur. Meşguliyet hastayı rahatlatıcak ayrıca tatlı bir yorgunlukla daha aktif olarak rahat uyumasına imkan verecektir. Her şeyden öte demanslı kişinin çeşitli uğraşları olması, aktif olması yaşamını mümkün olduğunca sürdürmesini sağlar. Demanslılar her şeyi unutsa da gülmeyi unutmazlar. Onlarla beraber gülmek için fırsat kollamalıyız. Konsantrasyonları zor olduğu için etkinlikler kısa olmalı. Etkinlik sırasında onlarla el ve göz teması kurularak duygularını ifade etmesine yardımcı olunmalı. Daha önce zevk aldıkları işleri yapmaya devam edebilirler, ihtiyaçları olan sadece teşviktir. Eğer devam ettirebilecek durumda değilse bu etkinlikler basitleştirilmeli zevk alabilecekleri başka etkinlikler bulunmalı. Her gün temiz havada yürümek ya da müzikle egzersiz yapmak, dans etmek kendilerini iyi hissetmelerine sebep olacaktır. Topla ya da balonla oyun oynanabilir. Hem zevk alırlar hem de kolay oynadığı için fiziksel yorgunluk hissetmezler. Hayvan beslemek demanslı hastalar için rahatlatıcı olabilir. İlgi olanlara resim yaptırılabilir. Fotoğraf albümlerine bakmak hoşuna gidecektir. Fiziksel gücü yerindeyse bahçe işleri iyi gelir. Saksıda çiçek yetiştirmek hoşlarına gidebilir. Yakınlarının ziyareti onları mutlu edecektir. Yapmayı kabul etmedikleri şeyleri yapmaya zorlanmamalıdır. Zihinlerini ve bedenlerini kuvvetlendirici şeyleri yapmaya cesaretlendirilmelidir. Yapılan aktiviteler hastalar için tanıma hatırlatma niteliği taşırsa demansının hızının yavaşlamasına etki edecektir.

Yeme-İçme; Yemekle ilişkili sıradışı davranışlar gelişebilir. İştahlarını kaybedebilir veya zaten yemiş olduklarını unutabilirler. Ek olarak, çatal bıçak kullanmaları fiziksel olarak zor hale gelebilir ve demansın ileri evrelerinde genellikle bu gereçleri nasıl kullanacaklarını bilemez duruma gelirler. İleri evrelerde beslenme sorunları ortaya çıkar. Bu sorunlarla başa çıkmak için şunlara dikkat etmeliyiz; Yemeği aynı saatte aynı odada yedirmeye gayret edilmelidir. Sakinin rahat ve mümkün olduğu kadar masaya yakın oturtulmalıdır. Yutma sorunu varsa lokmaları daha küçük vermelidir. Katı besinleri yutamıyorsa püre, muhallebi gibi yarı sıvı besinler vermelidir.

Uyku Düzeni; Gününün aktif geçmesi (yürüyüş, el işleri vb.) sağlanmalı. Gündüzleri gelişi güzel yerlerde uyuması engellenmeli. Daha önceki uyku alışkanlıklarına (yatak, ortam, ışık vb.) dikkat edilmesi gerekir. Geceleri hep aynı saatte yatması, sabahları aynı saatte kalkması sağlanmalıdır. Gece ortamın sessiz, sakin olmasına dikkat edilmelidir.

Banyo Yaptırma; Demans hastalarında kişisel hijyenin ihmaline sık rastlanır. Hastaların bir kısmı banyo yapmayı unuttur, gerekliliğini kavrayamaz, bir kısmı ise sudan korkar. Banyo yapmayı eğlenceli, rahatlatıcı bir aktivite haline getirmeye çalışmalıyız. Banyo zamanını hastanın en rahat/gevşemiş olduğu saate alınmalı ve hatta günün aynı saatinde banyo yapmayı bir rutin haline getirmeye çalışmak iyi olur.

KAYNAKLAR

- 1- Gökçe-Kutsal Y: "Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan", Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2003:3:1-10
- 2- Fadiloğlu Ç., Tokem Y., "Geriatrik Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü" Türk Geriatri Dergisi, 2004:7:4, 241-246
- 3- Palabıyıköğlü R, Haran S, Yücat T, Köse K : "Yaşlılarda Depresyon ve Yaşam Doymu", Kriz Dergisi 1(1):26-31
- 4- Kardakovan A., "Ülkemizde Geriatri hemşireliği", IV Ulusal geriatri Kongresi, Konuşma Metni
- 5- Aştı N. "Demans (Bunama) ve Başa Çıkma Yolları El Kitabı" 1997
- 6- Dağ S., Elmas A, Kabagöz H., Yücel N., Beritan S. 10 Sorunda Demanslı Yaşlılara Kurumsal Bakım", 4. Uluslararası 11.Ulusal Hemşirelik Kongresi - 2007 - Sözel Bildiri
- 7- Alzheimer Hastalığı Bakım El Kitabı, Alzheimer Derneği (Der), 2004
- 8- Nancy L.Mace-Peter V., Rabins, 36 Saatlik Bakım, (Alzheimer hasta yakınları için Rehber), Alzheimer Der., Yüce Yay., 1999
- 9- Küçükgüçlü Ö., "Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı" Demans Dergisi, 2003;3, 86-92
- 10-Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y: "Yaşlılarda Özürüllüğün Değerlendirmine Yönelik Çok Merkezli Çalışma Raporu", TTB yayınları (No: 003/2000)
- 11-Akın B.,Seviğ Ü.,Karataş N., "Türkiyede Gerontoloji Hemşireliği Eğitimi" CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2001,5(1),33-39
- 12- <http://www.isinbaral.com/yaslilikta-depresyon.html>
- 13- <http://www.nurullahyucel.com/alzheimer-demans>

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ VE UYGULAMA ALANLARI

Leman KUTLU

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Hem. Dr, İSTANBUL

İnsan için erken gelişim dönemleri yoğun ve özenli bakım gerektiren dönemlerdir. Bundan dolayı bu gelişim dönemleri süresince korunması, desteklenmesi ve yönlendirilmesi gerekir. Çünkü bu süreç boyunca hem bedensel hastalıklara, hem de ruhsal travmalara karşı oldukça dayanıksızdır. Bu nedenle bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemi birçok ruhsal bozukluğun ortaya çıktığı dönemler olarak kabul edilmektedir.

Çocuk çevresiyle sürekli değişen ve gelişen bir canlıdır. Geçirdiği her bir hastalık ya da ruhsal engel onun gelişimini ve değişimini etkileyici olabilir. Bu nedenle ortaya çıkan her ruhsal belirti, uyum çabasından kaynaklanan bir tepki olabilir. Ancak bu tepkilerin sürekliliği ve destekleyici koşulların (ana-baba tutumu, çocuğun kendine ilişkin faktörler, diğer çevresel koşullar vb.) yetersizliği ciddi ruhsal problemlerin ortaya çıkmasını ve süregelenleşmesini kolaylaştırabilir.

Çocuk ve ergenler fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanmasının yanında psikososyal ihtiyaçlarının karşılanmasında da bu alanlarda uzman kişilerin profesyonel yaklaşımlarına ihtiyaçları vardır. Bu alanda çalışan kişilerin başında psikiyatristler, hemşireler, psikologlar, pedagoğlar, sosyal çalışmacılar, rehber öğretmenler vs gelmektedir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı hemşireliği; ruh sağlığının korunması ve sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla gelişim dönemleri doğrultusunda sağlıklı, ruh sağlığı problemleri olan veya bozulma riski taşıyan çocuk / ergenlerin, onların ebeveynlerinin, kardeşlerinin ya da kendisinden birinci derece sorumlu olan bireylerin döneme ilişkin fiziksel, emosyonel, entelektüel ve sosyal boyutuyla bir bütünlük içinde değerlendirilmesi, hemşirelik girişimlerinin uygulanması, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin etkin bir şekilde sağlanması, araştırma, ekip işbirliği ve sonuçlarının değerlendirilmesinden sorumludur.

Hastanelerdeki çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü servisler ve poliklinikler, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin verildiği alanlar, okullar, yuvalar, bakım evleri, rehberlik ve danışmanlık merkezleri, rehabilitasyon merkezleri gibi alanlar çocuk ve ergen ruh sağlığı hemşirelerinin çalışma alanlarıdır. Bu alanlarda çalışan hemşireler: çocuk ergenlere ve onların ailelerine veya bakımından birinci derecede sorumlu olan kişilere yönelik eğitimlerde, somatik tedavilerde bireysel terapilerde, grup terapilerinde, aile terapisinde, ekspresiv terapilerde (uğraş terapisi, sanat terapisi, dans ve müzik terapisi, rekreatif terapi) ve oyun terapilerinde rol almaktadırlar. Ancak Türkiye'deki böyle uygulamaları bu alanlarda yapan nitelikli hemşire sayısı yok denecek kadar az olup genel de hasta randevu birimlerinde çalışmaktadırlar.

Ülkemizde Üniversitelere bağlı Hemşirelik Yüksek Okullarında lisans ve lisansüstü eğitim ve branşlaşma 1960'lı yıllardan beri var olmakla beraber, Nisan 2007'de kabul edilen "Hemşirelik Kanunu" ile bu durum yasallaşmıştır. Ancak bu branşlaşma içinde çocuk ve ergen psikiyatri hemşireliği yer almaktadır. Psikiyatri hemşireliği içinde örüntülenmiştir. Eğitim ve uygulama süreci incelendiğinde öğrenci hemşirelerin aldığı teorik ders saati ile uygulama saatinin de az olduğu görülmektedir.

Mesleki Standartlar: Mesleki standartlar hemşirelik uygulamalarını ve performansı tanımlar. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ilk olarak 1973'te yetişkin psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği için standartları geliştirdi ve 1982'de tekrar gözden geçirdi. Çocuk ve ergen ruh sağlığı hemşireliği için standartlar da 1985'te geliştirilmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2005 yılında 0-6 yaş grubunda yaklaşık 9,5 milyon ve 7-18 yaş grubunda da 16 milyon çocuk olduğunu tespit etmiştir. 18 yaş altındaki çocuk ve ergenlerin yaklaşık 27 milyon olduğu bu ülkede çocukların ruh sağlığının korunmasında geliştirilmesinde, hastalandığında tedavisinde ve rehabilitasyonunda hizmet verecek sağlık personeli ve kurumlar nitelik ve nicelik açısından yetersizdir.

Türkiye'deki üniversite hastanelerinden kırk ikisinde Psikiyatri Anabilim Dalı varken sadece yirmi dördünde Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bulunmaktadır. Devlete bağlı yedi ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde de yetişkinlere yönelik yataklı ve poliklinik hizmetlerinin yanında çocuk ve ergenlere yönelik poliklinik hizmetleri de yürütülmektedir.

Türkiye'de yüz bin kişiye düşen psikiyatrist sayısı 1,6 iken bir milyon çocuk nüfusuna düşen çocuk psikiyatristi oranı 2 ' dir. Aynı şekilde başka ruh sağlığı mesleklerinden olanların sayısı da oldukça düşüktür. Özellikle poliklinik hizmeti veren birimlerde hemşirelerin sayısı yok denecek kadar azdır.

Mesleki örgütlülük düzeyinde değerlendirildiğinde; nicelik ve nitelik açısından yeterli olmadıkları için çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hemşirelerin dernek ve ya birlik şeklinde bir örgütlerinin olmadığı da görülmektedir. Türkiye’de psikiyatri hemşirelerinin örgütlülük çalışmaları 15 Mayıs 2000 yılında kurulan psikiyatri hemşireleri derneği tarafından yürütülmektedir.

Çocuk ergen ruh sağlığı hemşireliğinin daha ileri düzeyde olduğu ülkelerden biri olan Amerika’da “Çocuk ve Adolesan Psikiyatri Hemşireleri Birliği (The Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses – ACAPN)’nin olduğu ve etkin çalışmalarda bulunduğu izlenmektedir.

Sürelî yayınların çıkarılması açısından incelendiğinde ise; çocuk ve ergen ruh sağlığı hemşireliği ile ilgili bir sürelî yayın bulunmazken psikiyatri hemşireliği ile ilgili bir sürelî yayın da bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar ve makaleler diğer hemşirelik dergilerinde yayınlanmaktadır.

Çocuk ve ergen psikiyatri hemşireleri dergisi (Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing) ‘Çocuk ve Ergen Psikiyatri Hemşireleri Birliği’nin (The Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses) sürelî bir yayını olup çocuk ve ergen psikiyatri hemşireliği konusundaki gelişmeleri takip etmede bizim gibi gelişmekte olan ülkeler için önemli bir kaynak oluşturmaktadır.

Sonuç olarak; çocuk ve ergen ruh sağlığı hemşireliği; uygulama alanları çok olmasına rağmen nitelik ve nicelik olarak yetersiz olmasından dolayı gelişim gösterememiştir ve ciddi anlamda desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Buldukoğlu K. *Çocukluk ve ergenlikte görülen duygusal ve davranışsal bozukluklar. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, N Kum (Ed), Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul, 1996.*
2. Mast LA, Hogarth CR. *Nursing Interventions for Common Adolescent Psychiatric Problems. Adolescent Psychiatric Nursing, L. L Duncan (Ed), Mosby, USA, 1991.*
3. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. <http://www.phderneği.org/ph.aspx> . Erişim tarihi: 02 .02.2008.*
4. *Ana nursing standards. www.nursingworld.org . Erişim tarihi: 28 .02.2008.*
5. *The Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses (ACAPN) Division. <http://www.ispn-psych.org/html/acapn.html> . Erişim Tarihi: 02.02.2008.*

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİNDE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ HİZMETLERİ

Yasemin KUTLU

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, İSTANBUL Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği AD, Yrd. Doç. Dr. İSTANBUL

İstanbul Üniversitesi'nin geçmişi, İstanbul'un 1453 yılında fethinden hemen sonra, Fatih Sultan Mehmed'in emri ile Ayasofya ve Zeyrek'de kurulan Medreselere kadar uzanırsa da 1470 yılında Fatih Camisi etrafında "Fatih Kulliyesi" adı altında inşa edilen Darüşşifa'da tıp eğitimi yapılmış, böylece İstanbul Tıp Fakültesi'nin ilk nüvesi oluşmuştur. Tıp eğitiminin batılılaşması ise II.Sultan Mahmut döneminde 14 Mart 1827'de Tıbhane-i Amire ve Cerrahane-i Amire'nin kurulması ile başlamıştır.

Atatürk'ün direktifleri ile 1933'te yapılan Üniversite reformunu takiben İstanbul Tıp Fakültesi şehrin Çapa, Vakıf Gureba, Cerrahpaşa, Haseki, Şişli Etfal, Bakırköy hastaneleri gibi çeşitli hastanelerine dağıtılmıştır. 1974'de Beyazıt'taki kliniksiz kürsülerin de Çapa'ya nakledilmesiyle İstanbul Tıp Fakültesi bir bütün haline gelmiştir.

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği, ilk çalışmalarına 1933 yılında yapılan Üniversite reformunu takiben Bakırköy Hastanesi içinde başlamıştır. 1955 yılında ise şu andaki binasına yerleşmiştir. Bu binada hizmet vermeye başladığı yıllarda kadın katında bir hemşire erkek katında ise bir on başı olduğu literatürde kayıtlıdır.

Günümüzde, İstanbul Tıp Fakültesinde psikiyatri hastalarına yönelik verilen hizmet, birçok özelleşmiş alanı kapsamaktadır. Öncelikle Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatrisi olmak üzere iki Anabilim Dalı mevcuttur.

Psikiyatri Anabilim Dalı halen 1955 yılında açılmış binasında hem yatan hem de ayaktan hastalara hizmet vermektedir. Bir yıl içinde ortalama 500 yatan, 4000 ayaktan hasta müracaat etmektedir. 54 yatağı mevcuttur. Hizmet veren birimleri ise şunlardır:

- * Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı (1989 yılında kurulmuş olan Türkiye'nin ilk konsültasyon-liyezon psikiyatri birimidir.)
- * Psikonevroz-psikoterapi birimi
- * Duygu-durum bozuklukları birimi
- * Sosyal psikiyatri servisi
- * Klinik psikoterapi birimi
- * Anksiyete bozuklukları polikliniği
- * Psikoz araştırmaları birimi
- * Yaşlılık psikiyatrisi birimi
- * Alkol-madde birimi
- * Yeme bozuklukları birimi
- * Cinsel bozukluklar birimi

Bu alanlarda verilen hizmet 15 hemşire ile yürütülmektedir. Hemşirelerin 2'si psikiyatri hemşireliğinde doktora, 2'si yüksek lisans eğitimi yapmıştır. Anabilim dalındaki hemşirelerin bir bölümü gündüz hastanesinde hastalara yönelik rehabilitasyon çalışmalarına katılmakta olup ayrıca konsültasyon-liyezon psikiyatri biriminde çalışan hemşireler tüm hastanede fiziksel hastalığı olan hastalara yönelik hizmet vermektedir. Sosyal psikiyatri servisinde ise bir hemşire, dinamik yönelimli terapileri, terapist olarak yürütmektedir.

Çocuk psikiyatrisi kliniği ise Türkiye'nin ilk çocuk psikiyatrisi kliniğidir ve 1956 yılında Çocuk Psikiyatrisi Enstitüsü adı ile açılmıştır. Şu anda 7 hemşiresi mevcuttur ve otizm, hiperaktivite, konsültasyon-liyezon alanlarında sadece ayaktan hastalara hizmet vermektedir. Sorumlu hemşiresi psikiyatri hemşireliğinde doktora eğitimi yapmıştır.

BAKIRKÖY PROF DR MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ PERSONELİNİN "PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE SERTİFİKA UYGULAMASI" HAKKINDAKİ GÖRÜŞ VE BEKLENTİLERİ

Ayşe ÖZTÜRK

Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH, Uzm. Hem., Hizmet İçi Eğitim Koordinatörü, İSTANBUL

Günümüz dünyasında yaşanan ve bilgi patlaması olarak nitelenen bilimsel ve teknolojik gelişmelerin yanı sıra insanların daha iyi sağlık hizmeti beklentisi ve toplumların yapısında izlenen hızlı değişimlerin bir sonucu olarak sağlık hizmetlerinde kullanılmaya başlanan gelişmiş ve yeni teknikler, hasta bakım ve tedavisindeki değişimler, bütün bilim kolları gibi hemşireliği de kendi bünyesi içinde yeni uyum ve çözümler aramaya ve uygulama, eğitim ve yönetimini geliştirmeye, insan kaynakları planlaması yapmaya zorlamaktadır^(1,3,4)

Sağlık bakımından sorumlu hemşirelerin, eğitimlerine bir standart getirilmemiş olması ve branşlaşmanın yaygınlaşmamasından dolayı mesleği ve profesyonel rolleri algılama, hizmet kalitesi ve diğer özellikler yönünden birbirlerinden farklılıklar göstermektedirler. Bunun sonucunda da mesleki gelişim, hizmet kalitesi ve hasta bakımı olumsuz etkilenebilmektedir.

Diğer disiplinlerde çalışan hemşireler gibi, ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hemşireler de belirli bir teorik çerçeveye göre hizmet vermeli, uygulamada araştırma bulgularını kullanarak kanıta dayalı hareket etmeli, profesyonel uygulama standartlarını rehber almalı, psikiyatri ekibi içindeki konumunu daha açık tanımlamalı ve rollerini geliştirme çabalarını bilimsel ve sağlam temellere oturtmalıdır⁽²⁾

Sertifika programı psikiyatri hemşireliği alanında belli bir standardı yakalayabilmede önemli bir fırsattır. Kısacası sertifika programları; belli bir alanda özelleşmeyi sağlayan, kavramsal ve uygulamaya yönelik olarak düzenlenen çok güncel ve değerli bilgilerle donatılan, analiz yapabilme, fikir üretebilme ve problem çözebilme gibi yetileri de geliştirmeye yönelik programlardır. Son birkaç yıldır bu programlara olan ilgi ve önem çok artmıştır. Bilindiği gibi Nisan 2007 tarihinde değişen Hemşirelik Yasası da hemşireler için bu programların uygulanmasını kaçınılmaz hale getirmiştir.

Psikiyatri hemşireliği alanında verilecek kararların ve oluşturulacak stratejilerin belirlenmesinde kurumsal ve sayısal olarak önemli bir yere sahip olan Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet veren hemşirelerin, sertifikalandırma ile ilgili düşünce, beklenti ve isteklerini belirlemenin, sertifika programına ışık tutması ve sağlam temellere oturtulması açısından gereklilik olduğunu düşünerek bilimsel bir araştırma planlanmıştır. Çalışma, henüz verilerin toplanması ve istatistik analizinin yapılması aşamasında olduğu için araştırmadan çıkan sonuçları ancak panelde paylaşabileceğimizi belirtmek istiyorum.

KAYNAKLAR

1. Akça Ay, F.: *Temel Hemşirelik, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007.*
2. Buldukoğlu ve Ark.: *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Editör: N. Kum, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1996.*
3. Hayran O., Sur H.: *Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayım, İstanbul, 1998.*
4. Tuna A. ve Ark. *Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hemşirelik Personelinin Sorunları ve Çözüm Önerilerinin Araştırılması, 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Sunumu. Kuşadası, 2004.*

LEADERSHIP OPPORTUNITIES FOR CHANGE

Elizabeth Poster RN PhD FAAN

Dean and Professor
University of Texas Arlington

At the completion of this presentation, attendees will be able to:

- List 3 key attributes of leaders
 - Discuss one leadership activity in each of the 4 areas: practice, research, education and policy development
 - Plan to engage in a new leadership activity in their work setting
- Evaluation questions and correct answers”
1. Optimism is a key attribute of a leader: True
 2. Only nurses with an advanced degrees can engage in researchb False
 3. Based on the opportunities described, is there a new Leadership activity that you can commit to in your career? Yes, and describe

REFERENCES

American Association of Colleges of Nursing. Doctorate of Nursing Practice.

<http://www.aacn.nche.DNP/index.htm>.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. Journal of Health and Social Behavior. Vol 24 (December) 385-396.

George, B. and Sims, P. (2007) True North. San Francisco, Ca. Jossey –Bass.

Goffee R., and Jones, G. (March 2007). Leading Clever People. Harvard Business review 2-8.

Goleman, D. (Nov-Dec ,1998). What makes a leader? Harvard Business Review. 94-102 (on emotional intelligence)

Hanrahan, N. (2005). What is known about the psychiatric mental health nurse workforce? Paper presented at the American Psychiatric Nurses Association Annual Conference, Nashville Tennessee.

McPhaul, K. and Lipscomb, J. (2004) Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated. Online Journal of Issues in Nursing. Vol 9 No 3 168-185.

Trossman, Susan. (March-April 2006). Not “Part of the job” Nurses want to put an end to workplace violence. The American Nurse, 1 & 6.

McNeely, E. (2005). The consequences of Job stress for nurses’ health: Time for a check up . Nursing Outlook, Vol 53, 291-299.

Poster@uta.edu

PSIKOZ HASTALARINDA EV ZİYARETLERİ İLE İZLEM

İlknur TUNCAY BİRBEN

Marmara Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri Servisi, Uzman Hemşire, İSTANBUL

Psikoz, kişinin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması ile ortaya çıkan yeti kaybı, işlevsellikte bozulma, sosyal çekilme ile olağan ve mesleki rolleri yerine getirememe sonucu ciddi kayıplara sebep olan bir hastalıktır. Psikozu olan kişi genellikle 'künt' bir duygulanıma sahiptir. Buna bağlı olarak da duygularını dışa vurmakta güçlük çeker. Kişide sosyal geri çekilme, iletişim zorlukları ve etkileşime zorlandığında söyleyeceği bir şeyin olmaması 'düşüncedeki yoksullaşmayı' yansıtır. Bazı ağır olgularda kişi günlerini hiçbir şey yapmadan, hatta öz bakımını dahi ihmal ederek geçirebilir. Aile üyeleri ise hastayı anlamakta zorlanabilir ve çaresizlik hissedebilirler.

Psikotik bozuklukların tedavisinde ilaç tedavisi önemlidir ama yeterli değildir. İlaç tedavisi dışında kalan diğer yöntemleri tanımlamak için genelde "psiko-sosyal tedaviler" terimi kullanılır. Psikozda kullanılan psiko-sosyal tedavi yöntemleri: bilişsel davranışçı terapiler, psikoeğitim grupları, psikososyal beceri grupları, etkileşim grupları, ortam tedavisi, destekleyici terapötik gruplar, bireysel danışmanlık ve aile terapisi. Bunlardan sadece birini uygulamak belirtilerin giderilmesi, sosyal iyileşme ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik katkıları sağlamada yetersiz kalabilir. Bu nedenle bu tür psiko-sosyal tedavi yöntemlerinin bir kaçının birlikte uygulanması daha yararlıdır.

Psikozu olan kişide sosyal geri çekilme ve yeti yitimi günden güne artabilir ve okulunu, işini kaybedebilir, sosyal çevresi gittikçe daralır ve ne olup bittiğini anlayamadan evden çıkamaz hale gelebilir. İlaç tedavisi tüm bu kayıpları yerine koymada yetersiz kalacaktır. Ayrıca hasta ile tedavi işbirliğini sağlamada zorluklarda olabilir. Bu durumda hasta bireye, onun ve ailenin gereksinimlerine uygun müdahaleler gereklidir. Bunu gerçekleştirmenin bir yolu ev ziyaretleri ile hastanın izlenmesidir. Özellikle hastanın hastaneye gelmediği, evden çıkmadığı durumlarda ev ziyaretleri ile izlem ilk seçenek olabilir. Ev ziyaretleri hastanın bütüncül bakış açısıyla değerlendirilebilmesi içinde büyük avantaj sağlar, kısa sürede pek çok önemli veriye ulaşılabilir. Hasta ve aile ile ilişki kurmak, sorunları ve gereksinimleri belirlemek ve adım adım planlamalar yapılarak yol alınır. Hem hasta hem aile ile çalışabilme fırsatını sağlar. Bu süreçte bilişsel, davranışçı ve/veya dinamik yönelimli terapi altyapısı oldukça yarar sağlayacaktır. Ev ziyaretleri ile izlem, hastaya alışveriş yapma, yemek yapma, özbakım, taşıt kullanımı vb becerileri kazandırırken ve davranışçı teknikleri kullanırken eşlik etme şansını sağlar. Böylece daha hızlı yol kat etmek mümkün olabilir. Ev ziyaretleri ile hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemeye başlayınca hastanın ve ailenin işbirliği daha da artar. Tedavi programına ailenin katılımının sağlanması, ailenin yaşadığı zorlukların ve gereksinimlerinde ele alınması ev ziyareti programlarının etkinliğini dolayısıyla tedavinin başarısını daha da artırır. Hastanın aile ile etkileşimini arttırması için cesaretlendirme, uyumlu davranış modelleri geliştirmek amaçlanır. Diğer taraftan hastanın toplumsal yaşama uyumunu arttırmak amacıyla aile ve sosyal çevreyi bilgilendirmek, toplumdan soyutlanmasını engellemek, ailenin hastaya uygun yaşam koşullarını sağlamak için de ev ziyaretleriyle izlem önemlidir. Bu yaklaşımla aile ile işbirliği içinde, psikozu olan kişinin hasta rolünden sıyrılıp normal yaşam tarzına 'yeniden' bürünmesi sağlanmaya çalışılır.

Ev ziyaretleri ile hasta izlemi tedavi kurumlarını reddeden işbiriksiz hastalarla olabileceği gibi tedavi işbirliği olan hastalarla tedavinin önemli bir ayağı olarak ta sürdürülür. Psikotik hastalar için tedavi uzun soluklu bir süreç olup bu süreçte ev ziyaretleri ile izlem daha kısa sürede daha hızlı yol almayı ve daha etkin sonuçlara ulaşmayı sağlayabilir.

Bu tür programların temel hedeflerinden biri de, hastane yatışından ayaktan takip sürecine geçişi kolaylaştırmaktır (Akut dönemden idame tedavisine geçiş dönemi). Bu dönem sık yatış riskinin en canlı devam ettiği zaman dilimidir. Bu nedenle özellikle bu periyoda yönelik modellere olan ihtiyaç giderek artmaktadır.

Ev ziyaretleri ile ilk çalışmalarımız 1995 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri yataklı Birimi'nde başlamıştır. Başlangıç amacı kronik şizofren hastalar üzerinde özbakım ve sosyal aktivite eğitiminin etkilerini gözlemek için başladığım deneysel çalışmayı yürütmektir. Araştırmam hastane yatışı ve sonrası ev takip programı sırasında, günlük yaşam aktivitelerine yönelik bir sosyal müdahale paketinin uygulanmasıdır. Aile ve hastanın beraber çalışmasını öneren sistem günlük gereksinim alanlarının belirlenerek gereksinimlerin yerine getirilmesine yönelik müdahaleleri içermektedir. Araştırma tamamlanmasına rağmen halen ev ziyaretlerini sürdüren hastalarımız var ve artık birçoğu meslek sahibi ya da hayatlarını kendi başlarına devam ettirebiliyorlar. Benim yaptığım müdahale ise "neler yapabilirler" seçeneklerini sunmak kenara çekilip yapabildiklerini hastaya ve aileye göstermek.

İlerleyen yıllarda kognitif davranışçı terapiyi ev ziyaretlerine entegre ettik. Bu yönelimle ilk aşamada işbirliği kurma ve değerlendirme; ikinci aşamada terapi ile ilgili bilgi verme ve belirtileri normalleştirme ve başa çıkma yöntemleri kazandırma. Üçüncü aşamada psikoza yönelik hastaya yeni bir bakış açısı kazandırmak. Dördüncü basamakta hezeyanlı inançlar, paranoid yorumlar ve sesler hakkındaki inançlar üzerinde odaklanmak. Beşinci basamakta kişinin kendisi ve diğerleri ile ilgili işlevsel olmayan yorumlarını hedeflemek önemlidir. Son basamakta ise yeni bakış açısını iyice yerleştirmek, tüm seansların gündemini gözden geçirmek, toplumsal yeti yitimi ve nüksü önleyebilme yöntemleri açısından kişiye yeterlilik kazandırmak hedeflenir. Kognitif davranışçı terapi yaklaşımını da kullanarak ev ziyaretleriyle takip ettiğim bir vaka örneğini paylaşmak istiyorum.

Olgu sunumu

E. 19 yaşında, erkek, iktisat fakültesi birinci sınıf ikinci sene. Okula gidemiyor. Evden çıkamıyor sürekli yatıyor. Eğer dışarı çıkacaksa içine iki şort üzerine iki üç tişört giyip ardından bol kıyafet giyiyor. Düşüncelerini toplayamıyor ve kendini ifade edemiyor. Evde anne ve abla ile yaşıyor. Baba sekiz ay önce anne tarafından evden gönderilmiş. Baba ile aylardır görüşmüyor. Geriye dönük babanın anneye ve çocuklara şiddet kullanımı var. Anne ev hanımı babanın aylık maaşı ve sınırlı bir kredi kartı ile geçiniyorlar. Benim görüştüğüm hafta abla babanın şirketinde çalışmaya başladı.

Hastalık öyküsü

Her şey lise birde başlamış. Sürekli saçları ile uğraşır kestirmez, oynar, yıkamaz yağlı gezer (beş ay yıkamadığı olmuş). Saçını beğenmeyince okula gitmez, dışarıda insanların bakmasından rahatsız olurmuş. Kıyafetlerinin menii ile kirlendiğini düşündüğü için temizde olsa kıyafetler sürekli yıkanmış. Temizlenemediği düşüncesi ile banyoda üç saate yakın kalırmış. Bir banyo için tam kutu şampuan bitirmiş. ÖSS sonrası evden nadiren çıkar olmuş.

2006 Aralık: Annenin isteği ile ilk görüşme yapıldı. Ancak E. derslerini kendi çabası ile verebileceğini söyleyince, eğer 6 dersten dördünü vermezse terapiye başlama kararını alan imzalı bir kontrat yapıldı. Terapide işbirliği ve motivasyon çok önemlidir. Eğer hasta isteksiz ise istedik davranışlar oluşturulamaz.

2007 Ocak: Evden çıkamayınca E.'nin isteği ile görüşmeye başladık. Görüşmeler haftada bir gün ve bir saat olarak planlandı. Anne okula gidemediği için endişeli. Ödev olarak: anne ile mağazaya gidip aldığı tişörtleri değiştirmesi gerekiyor. Tişörtlerden biri orta diğeri şiddetli dikkat çekici olacak. Sevdiği ama giymediği tişörtleri giyecek. Baba ile görüşecek.

Subat: Babasını aramış. (Bu ay E.yi okula bir şekilde göndermenin yolları aradım. Çünkü oradaki problemi tam olarak anlamak istiyorum). Arkadaşı ile okula gitmiş. Ama derslere girmemiş. Gündüz insanlar bakıyor diye dışarıya çıkmak istemiyor. Görüşmelerde 'anne sen anlat' dediğinde annenin konuşmasını azaltmaya çalışıp sisteme babayı sokmaya çalıştım. Evde babaya karşı yoğun bir öfke var. Ama E. Bu konuda sessiz

Mart: Baba ile buluştular. Okula gidip derse girdi. Ama hoca gelmemiş. Annesi, dedektif tutup kocası ve sevgilisinin çektiği fotoğrafları çocuklara gösterip; "babanız beni aldatmaya devam ediyor. İşte fotoğraflar" demiş. E. Bu konuda bir şey söylemiyor. Şaşkın görünüyor. Liseden eski bir kız arkadaşı E.'ye çıkma teklifi yapmış, E. kabul etmemiş. Bu konuda çok utangaç davranıyor.

NİSAN: Baba kredi kartını ödemeyi bıraktı. Dolayısıyla aile ekonomik darboğaza girdi. Baba ile evde bir görüşme yapıldı, Ancak anne ve baba sinirlenip kavga ettiler ve baba hakaretler ederek evi terk etti. Aile içi etkileşimi anlamak ve E.'yi ürküten düşünceleri anlamak için önemli ama bir o kadar ürkütücü bir görüşme idi. İleriki aylarda baba ve E.' ile görüşmelere poliklinikte devam edildi

Mayıs: Okula gidip derse girdi. Kıyafetleri ile ilgili ödevler verildi. İsteyipte yapamadığı konular ele alındı. Okula pantolonu ile gitmiş. Aniden arkadaşının gittiği bir bilgisayar(yazılım) kursuna başlama kararı aldı. Baba kurs parasını vermeden önce bana danıştı. Ben destekleyince parasını ödemeye karar verdi. Arkadaşı ile babasının şirketine gidip, babasından harçlık almış. (Anne, babanın birlikte yaşadığı kadını dövdü. E. Anneye baba kötü bir şey yapar diye endişeli). Kendi isteği ve babanın girişimi ile üçüncü lig takımında futbol oynamaya başladı.

Haziran: Kurs iyi gidiyor. Baba ile buluşmuşlar. Baba sürekli anneyi kötülüyor. Bu konuda taraf olmadan ebeveyn ile nasıl ilişki kurulur onu çalışıyoruz. Futbol devam ediyor. Daha önce çıkma teklifi yapan B. ile buluşmuş. Baba ile araları iyi.

Temmuz: Kurstaki İngilizce hazırlık sınıfından üstün başarı belgesi aldı. Ancak bilgisayar kursunu (yazılım) çok zor buldu. Aldığı yüksek notlar arkadaşını rahatsız etti diye sıkıntılı kurstan ayrılma konuşmaları yapmaya

başladı. Devamlılık konusunda konuşuyoruz. Anne ve baba kendi kendilerine 'yine aynı oldu, biz biliyorduk...' demeye başladılar. Kendilerini eleştirel olmadan nasıl ifade edebilirler onu çalışıyoruz. Benim için zor bir dönem. E.'nin arkasında durup onu desteklemeliyim ki yeni bir şey yapmak konusunda cesaretini yitirmesin

Ağustos: Dayısını aniden kaybettiler. Anne şokta. Çünkü dayısı annesi için çok büyük bir destektir. Bu konuda E.'nin bir ifadesi yok. Hiçbir şey olmamış gibi davranıyor. Kursu birlikte gittiği arkadaşı ile E.'nin arası bozulmuş. Bilgisayar kursunu yarıda bıraktı.

Ekim: Futbol antrenmanları devam ediyor (Haftada 3 gün).okula yeniden başlama kararı aldı. Haftalık program yapıyor. Arkadaşları ile gezmeye kafede oturup bundan yüzde elli zevk aldığını söylüyor Okula gidip arka sırada oturmuş. Babasına dava açacak diye Anne ile arası kötü. Anne kontrolsüz para harcadığını söylüyor. Dengeli bütçe nasıl yapılır onu çalıştık. Baba ile Abant'a gidip 3 gün kalmışlar. Gömlek ve tişört giymeye başladı. Baba ile yaşamak istiyor. Fakat babası evin uygun olmadığını söyleyip, annesinin yanından ayrılmamasını söylemiş. Anne 'evde kadın var oğlunu istemiyor' dedi. Bu E.'yi çok üzdü. Bu eleştirel ifadeye farklı seçenekler getirdiğimizde E. 'üzüntüm azaldı. Bu açıdan düşünmemiştim' dedi. Baba ile Bursa'ya gittiler. Bursa'da 1 gün kalmışlar. Dönüşte trafik kazası geçirmişler. Kazayı hafif sıyrıklarla atlattılar. Döndükten hemen sonra futbol antrenmanına gitmiş. Anne bu olay ardından oğlu ürküp eve kapmadığı için şaşkın ve mutlu.

Kasım: Okula gitmiyor. Babasının şirketine gidip geliyor. Oldukça sıkıntılı. Kıyafetleri konusunda da sıkıntılar yaşıyor. "Yeterince düzgün durmuyor" diye ya dışarı çıkmıyor ya da yarı yoldan geri dönüyor. Futbola devam ediyor. Orada bir arkadaş edinmiş. Bu arada okulu bırakma kararı almış. Evde yine kıyamet koptu. Bu kararın avantaj ve dezavantajlarını tartıştık. Anne zorda olsa ikna oldu. Bir arkadaş edinmiş. Spor Akademisi'ne gitmek için ÖSS'ye yeniden girmek istiyor. Babasının bilgisayarında babanın birlikte olduğu kadının fotoğraflarını görmüş. Bu onu çok üzmüş. Babasının ekonomik durumları da bozulduğundan çok üzülüyor. Dolayısıyla babasının şirketine gitmek istemiyor.(aslında bu onun pek söylemek istemediği bir konu idi belirli bilişsel teknikleri kullanarak kendini ifade edip o andaki sıkıntısı ile duygusal durumu arasında bağlantı kurmasına yardımcı oldum.)

2007 Aralık: Cinsellikle ilgili kirlilik takıntıları su yüzüne çıktı. Bu konuyu anlamak için biraz ısrar etmek zorunda kaldım. Çünkü çok utanıyordu. Anne ile paylaşıyor. (Buna yönelik terapi başlandı) Giydikleri hoşuna gitmiyor. Sürekli eve gidip yenilerini giyiyor. Baba ile yaşamak istemiyor. Onun şirketine gitmiyor. Babası ile dışarıda bulduklarında çok ciddi kavga etmişler.(ilk defa öfkesini babaya ifade etti.) Futbol antrenmanlarında oldukça başarılı olmasına rağmen, müsabakalarda çok tutuk oynuyormuş.

2008 Ocak: Futbol antrenmanları ve maçları devam ediyor. Şirkete ancak bir gibi gidebiliyor. Zaman zaman geri dönüp üstünü değiştiriyor. Anneye geri dönüp kapı çaldığında açmamasını ısrar ederse beni arayabileceğini söyledim. Kendisinin "eksik ve tamamlanmadığını düşünüyor". Gün aşırı spor salonuna gidiyor. Baba ödemediği için bıraktığı kurstan eve haciz gelmiş. Anne çok öfkeli.

Şubat: Takıntılarında yüzde yetmiş azalma var. Kendini iyi hissediyor. İçine fazladan giydiği şort ve tişörtlerini giymemeye başlamış. Çamaşırları 'gerçekten' kirlenince yıkıyor. Artık geriye dönüp giysi değiştirmiyor. Anne bu konuda çok memnun. Üst sokakta kırtasiyede tezgâhtar olarak çalışmaya başlamış. (altı gün on saat) bir hafta sonunda hala devam etmek istiyor. Baba anne ile yeniden barışma yollarını arıyor. E.'ye 'bizim aramızı ancak sen bulursun' demiş. Bir kıza ilgi duymaya başladı ve onunla görüşüyor.

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Seniye ÜNLÜ

Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH, AMATEM Hemşiresi, İSTANBUL

Bağımlılık tedavisinde hemşirelik uygulamalarına yönelik protokol olmasa da yapılan araştırmalarda bu alanda çalışanların tecrübelerini paylaşması ve branşlaşmanın önemi vurgulanmaktadır. Tedavi iki şekilde yapılmaktadır; Yatarak tedavi ve ayaktan tedavi.

Yatarak tedavide,

Bağımlının çeşitli yollarla tedaviye başvurup yatışına karar verilmesi ile birlikte, poliklinikten başlayıp adım adım ilerleyen her bölümde hastayı ilk karşılayan genellikle hemşirelerdir.

Bu alanda çalışan hemşirelerin, bilgi ve tecrübesi, bağımlı kişilik özelliklerini tanıması, bağımlıya hangi durumda nasıl bir tutum izleyeceğini bilmesi önemlidir.

Poliklinik

- Başvuru nedenine, kullandığı maddeye ve kimlik bilgisine özellikle dikkat edilir. Alkolmetre ve/veya metabolit
- kontrolü ve ön değerlendirmesi yapılarak poliklinik doktoru bilgilendirilir.
- Ağır yoksunluk bulgusu olan hastalara öncelik tanınır, gerekirse acil müdahalede bulunulur.
- Doktor tarafından tedavisi planlanan hastanın **yatışı yapılmışsa**,
- Rutin yatış işlemleri anlatılır ve güvenlik eşliğinde servise kabulü sağlanır
- Ayaktan tedavi planlanmışsa, ilaç kullanımı ve kontrol muayenesi konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilir.
- Hasta kayıtlarının etik kurallar içinde doğru, kontrollü ve güvenli bir şekilde alınıp saklanmasına özen
- gösterilir, mahkeme kararı dışında hasta hakkında hiç kimseye bilgi verilmez.

Hasta genellikle,

Entoksikasyon ya da yoksunluk nedeni ile sıkıntılı, agresif, her an patlamaya hazır, endişeli, güvensiz bir durumda başvurur. Poliklinik hemşiresi, hasta ve yakınları ile nasıl ilişki kuracağını bilmeli, onlara, güvende olduklarını hissettiren bir tutum izlemelidir.

Hasta Kabul,

Hasta ve yakınlarından gerekli bilgilerin alınıp veri tabanına girişin sağlandığı, klinik ve tedavi hakkında bilgilendirmenin yapıldığı ve kliniğe güvenli girişin sağlandığı bölümdür.

Yoğun Bakım,

Yoğun bakımda ayrıntılı bir anamnez ve gözlem oldukça önemlidir. Özellikle, tedavi sırasında ortaya çıkabilecek tüm yoksunluk belirtilerine ve komplikasyonlarına, deliryum riskine, uyku/uyanıklık durumuna ilaç yan etkilerine yönelik gözlem yapılır. Yoğun bakım hemşireliği rutinler, günlük bakım, hijyen vs gibi diğer yoğun bakım ünitelerinde uygulanan hemşirelik hizmetlerinden farklı değildir. Önemli bir fark hemşire, bağımlılık tedavisinde yoğun bakımın birinci basamak olduğunu bilmeli ve diğer servislere göre çok esnek olsa da bağımlının kurallarla tanışmasını ve uyum sağlamasını pekiştirmeye çalışmalıdır, bu aynı zamanda bir sonraki adıma hazırlıktır.

Detoksifikasyon (Arındırma)

- Yoğun bakımda uygulanan bakım işlemleri burada da yapılır.
 - Bu bölümde ilaç uygulamaları oldukça önemlidir, hastanın ilacını yutup yutmadığı mutlaka kontrol edilir.
 - Tbc, HIV enfeksiyonu, Hepatit A,B,C ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile cilt apseleri yönünden dikkat edilmelidir.
 - Hastaya serviste uyulması gereken kurallar ve kurallı yaşama geçişin önemi anlatılır ve yeni bir yaşam tarzına adaptasyonu konusunda yardım edilir
- Detoksifikasyonu biten hasta ile tedavi ekibi tarafından ortak bir değerlendirme yapılır. Taburculuğuna karar verilmişse, hasta ayaktan tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilir. Terapi bölümüne devam edecekse, o bölümün içeriği, kuralları ve programı hakkında ön bilgi verilir.

Bu dönemde hasta, genellikle şaşkın, anksiyetesi artmış, madde kullanma isteği yüksektir. Buna bağlı olarak tedaviye devam etmekle, bırakmak arasında ambivalans yaşandığı bir dönemdir.

Hemşirelerin Tutumu

Hasta tedaviye uyumu ve devamı konusunda motive edilmeli, desteklenmeli ve ihtiyacı olduğu her an yardımcı olunacağı mesajı verilmelidir.

- Tutarlı, ödün vermeyen, nazik, ortak bir tutum ve kurallara tam olarak uymak esastır. Manipülatif talepler kabul edildikçe arkası kesilmeyecektir. Hastaya yargısız ve gerçekçi davranılmalıdır.
- Hemşire, yoksunluktaki hastanın zaman zaman kendisine hakaret, zarar verici kontrolsüz davranışlarının nedenini bilmeli, buna uygun çözümler aramalı ve durumu kişiselleştirmemelidir.

Psikoterapi

- Hastanın hangi odada kalacağı belirlenirken,
 - Önceden tanışık olmamalarına,
 - Tedavi süreci içerisinde aynı odayı paylaşmamış olmalarına,
 - Madde bağımlılarının çoğunlukla aynı odada kalmamalarına dikkat edilir.
 - Detoksifikasyon bölümünde başlayan kurallı yaşam tarzı burada daha ayrıntılı ve yaptırımlı şekilde devam eder.
 - Bütün kurallar, kuralların nedeni ve puan sistemi anlatılır, yazılı ve imzalı bir onay alınır.
 - Haftada bir değerlendirilen ilk yazılı ödevi verilir.
 - Küçük ve büyük grup terapileri, bilinçlendirme ve diğer programlar hakkında hasta bilgilendirilir.
 - Davranış değişikliği ve psikososyal beceri kazandırmayı amaçlayan ortam tedavisi anlatılır.
 - Sosyal faaliyet programında ne planladıkları, iş bölümüne katılımı, herkesin kendi sorumluluğunu yerine getirip getirmediği takip edilir ve not alınır.
 - Tüm hastaların eşit olarak görev ve sorumluluk almasına dikkat edilir.
 - Kurallara uyumu ve uyum zorluğu gözlenir, gerekirse bireysel görüşmeler yapılır.
 - Bazı gruplar tedavi ekibi ile işbirliği içinde olabildiği gibi, bazen tam tersi olabilir. Bu noktada günün her saatinde hasta ile daha çok zaman geçiren hemşire tarafından servis içi grup dinamiği gözlemlenir ve gözlemler tedavi ekibi ile paylaşılır.
- Bu dönem,
- Genellikle hastanın kendisiyle yüzleşmeye başladığı, ben neden buradayım sorusunun
 - Suçluluk duygusunun sık yaşandığı bir dönemdir, kendisini değersiz, başarısız ya da aşırı güvenli hissedebilir.

Hemşirelerin

- Terapötik ortamın sağlanmasında tutum ve davranışları önemlidir.
- İyi bir dinleyici olmalı.
- Bağımlıya yargısız, gerçekçi ve tarafsız bir ilgiyle, eleştirel ve kontrol eder nitelikte değil, güven, destek, hoşgörü, sabır ve değer verme tutumu ile yaklaşmalı,
- Farklı mesaj vermeden tüm tedavi ekibi ile ortak davranış benimsemeli, yaptığı müdahale ve uygulamalarında empati kurabilmelidir.
- Yumuşak, aşırı izin verici ve koruyucu olmanın bağımlıya yarar değil zarar verici olduğunu bilmelidir.

Ayaktan Tedavi Sürecinde

Hemşirelerin rolü, bağımlılarla uzun süreli terapötik ilişki geliştirme ve bu ilişkiyi sürdürme özelliği etrafında planlanır.

Bağımlı hasta,

- Ayaktan tedavi kuralları, katılacağı programın içeriği, resmi işlemler, AA.NA gibi kendine yardım grupları hakkında bilgilendirilir.
- Randevularına gelip gelmediği kontrol edilir. Gelmediyse nedeni araştırılır.
- Kendisindeki fiziksel ve sosyal değişiklikler konusunda yüzleştirilerek tedaviye devamı konusunda motive edilir.
- Programa gelen bağımlının alkolmetre ve/veya metabolit kontrolü yapılır, denetimli ve güvenli şekilde servise alınması sağlanır.
- Hemşire hastanın genel durumuyla ilgili gözlemine dayanarak gerekirse kan ve idrar örneği alınmasını doktora önerebilir. Sonuçlar not edilerek ekiple paylaşılır
- Hastanın tedavisine katkıda bulunan aile ve yakınları ile görüşmeler yapılarak bilgilendirilir.
- Bağımlıların boş vakitlerini değerlendirebileceği yeni beceriler geliştirmesine, ilgi alanına girebilecek yeni hobiler kazanmasına varsa eski yeteneklerini yeniden ortaya çıkarmasına yardımcı olunur.
- Rehabilitasyon amaçlı çeşitli sportif ve sosyal faaliyetler tanıtılır, katılımı konusunda desteklenir.

- Ayaktan tedavisine sahip çıkarak hastalık ve sosyal yaşantı arasında denge kurmaya çalışan bağımlıya rehberlik ve danışmanlık edilir.

Sonuç olarak,

Bağımlılık tedavisinde çalışan hemşire,yatış öncesi tedaviye yönlendirmede yatılı hastanın bakımı ve iyileşmesinde, taburculuk sonrası toplumda iyilik halini sürdürmesinde ve izlenmesinde büyük katkı sağlar.

Bu alanda çalışan hemşirelerin her türlü bilgi donanımı, tıbbi tedavi ve bakım özelliğinin yanı sıra, terapötik yeterliliği olmalı tedavinin her basamağında aktif rol almalı,tüm tedavi ekibi ile ortak, tarafsız, eğitsel ve duygusal anlamda destekleyici davranışını sürdürmelidir.

KAYNAKLAR

- 1.Raia S. Teatmentand Recovery. NJ Nurse.2005 Jan-Feb;35 (1):14

SÖZEL BİLDİRİLER

BİLDİRİ NO	KONU BAŞLIĞI	SAYFA NO
(S 01)	Hemşirelerin İletişim Becerileri ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi Şahide AKBULUT, Serpil TÜRKLEŞ, Ayşe ÖZCAN	67
(S 02)	Şizofrenik Hastalarda Fiziksel Egzersizin Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Arzu ANIL AÇIL, Selma DOĞAN,	68-69
(S 03)	Akut Psikiyatri Kliniklerinde Tesbitle İzole Edilen Hastaların Özelliklerinin İncelenmesi Fatma AVLAMAZ, Sibel COŞKUN, Hafize GENÇ	70-71
(S 04)	Paranoid Bozukluk Tanısı Alan Hastada Hemşirelik Yaklaşımı ve Tedaviye Etkisi Havva GEZGİN	72
(S 05)	Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Uygulamaları ve Bu Uygulamalara Yönelik Hasta Görüşleri Songül KAMIŞLI, Leyla DAŞTAN	73
(S 06)	Hasta Yakınlarının Kronik Ruhsal Sorunlu Hastanın Tedaviye Uyumuna İlişkin Görüşleri Havva TEL, Sibel DOĞAN, Birgül ÖZKAN, Sibel ÇOBAN	74

Hemşirelerin İletişim Becerileri ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi
Hem. Şahide AKBULUT*, Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ**, Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN**
*Dicle Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi, DİYARBAKIR
**Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, MERSİN

AMAÇ: Bu araştırma hemşirelerin iletişim becerileri ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Dicle Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapmakta olan 350 hemşire oluşturmuştur. Örnekleme yöntemine gidilmemiş ve hemşirelerin hepsine ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak 149 hemşire; çalışmaya katılmayı reddetme, raporlu yada izinli olma gibi nedenlerle çalışmaya katılmadığından araştırma 101 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu, İletişim Becerileri Envanteri ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanarak 20 Ocak-10 Şubat 2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik ve Kruskal Wallis kullanılmıştır.

BULGULAR: Hemşirelerin yaş ortalaması 29.28 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin iletişim becerileri genel puan ortalamaları 152.78±14.83 olarak belirlenmiştir. Envanterin alt boyutlarından; zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerileri puan ortalamaları sırasıyla 53.83±9.04, 53.19±6.02, 45.76±6.22 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamaları 53.02±11.33 olarak belirlenmiştir. Tükenmişlik değerlerinin istatistiksel analizine bakıldığında duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma puan ortalamaları sırasıyla 18.87±5.85, 20.37±5.74, 13.94±3.94 olarak bulunmuştur. Mesleki eğitiminde almış olduğu iletişim becerileri eğitimini “çok iyi” olarak nitelendiren hemşirelerin iletişim becerileri puan ortalamaları (157.08±10.79) en yüksek bulunmuştur.

SONUÇ: Hemşirelerin iletişim becerileri puan ortalamaları benzer çalışmalara göre düşük bulunmuştur (1,2). Tükenmişlik puan ortalamalarının benzer çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (3,4). Bu sonuçlar doğrultusunda örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin iletişim becerilerinin düşük ancak tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

ANAHTAR KELİMELELER: Hemşire, tükenmişlik, iletişim becerisi

KAYNAKLAR

- Toy S. (2007). *Mühendislik ve Hukuk Fakülteleri Öğrencilerinin İletişim Becerirli Açısından Karşılaştırılması ve İletişim Becerileriyle Bazı Değişkenler arasındaki İlişkiler*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Köroğlu M. (2006). *Emniyet Teşkilatı Emniyet Sınıfı Personelinin İletişim Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Samsun.
- Özdemir AK, Kılıç E, Özdemir D, Öztürk M, Sümer H. (2003). *Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Akademik Personelinde Tükenmişlik Ölçeğinin Üç Yıllık Arayla Değerlendirilmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 6(1): 14-18.
- Kırılmaz AY, Çelen Ü, Sarp N. (2003). *İlköğretimde çalışan bir öğretmen grubunda “Tükenmişlik durumu” araştırması*. İlköğretim-Online 2(1): 2-9.

Şizofrenik Hastalarda Fiziksel Egzersizin Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Uzm. Hemş. Arzu Anıl AÇIL*, Prof. Dr. Selma DOĞAN**

*Koyulhisar Devlet Hastanesi, SİVAS

**Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hem. AD., SİVAS

AMAÇ: Fiziksel egzersizin, ruhsal sorunlar arasında en fazla depresyon, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, madde kötüye kullanımı gibi klinik hastalıklar üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (2, 4). Buna karşın şizofrenik hastaların tedavi ve rehabilitasyonunda fiziksel egzersizin etkilerini ortaya koyan çalışmalar sınırlı sayıdadır (1, 3, 4). Son yıllardaki vaka çalışmaları egzersiz terapisi ile şizofrenik bireylerin, psikomotor ajitasyon, depresif ve psikotik semptomlarında azalma; sosyal becerilerinde, genel iyilik halinde ve fiziksel hareket kapasitesinde artış olduğunu göstermektedir (2, 3, 4). Araştırma, fiziksel egzersizin şizofrenik bozukluğu olan hastaların ruhsal durumları ve yaşam kalitesine etkisini ortaya koymak amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

YÖNTEM: Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde şizofreni tanısı ile ayaktan takip edilen hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur (N:132). Örnekleme, 1992-2005 yılları arasında psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenen, Sivas il merkezinde oturan, araştırmaya katılmayı kabul eden, yaş, cinsiyet ve hastalık belirtileri benzer özellik gösteren ve randomizasyon yöntemiyle seçilen 30 (15 deney, 15 kontrol) hasta oluşturmuştur ($p>0.05$).

Araştırmaya alınan tüm hastalara egzersiz programına başlamadan önce araştırmacılar tarafından, sırasıyla Kişisel Bilgi Formu, Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BRIEF) uygulanmıştır. Daha sonra deney grubunda ki hastalara, araştırmacı tarafından C.Ü. Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nin egzersiz için ayrılan bir bölümünde, belirlenen günlerde grup halinde, 10 hafta boyunca haftada 3 gün 40 dakika fiziksel egzersiz programı uygulanmıştır. Her egzersiz programına başlarken düzenli olarak 10 dakika ısınma hareketleri yaptırılmış, ardından 25 dakika aerobik egzersiz uygulanmış ve program 5 dakika soğuma hareketleri yaptırılarak tamamlanmıştır. Her egzersiz programı öncesi ve sonrasında bireylerin kalp atım hızları elle ölçülmüş ve aşırı yüklenmeyi önlemek için 220-yaş formülü kullanılarak elde edilen maksimum nabız sayısının üzerine çıkılmamasına dikkat edilmiştir. 10 haftalık egzersiz programı tamamlandıktan sonra her iki gruptaki hastalara Kişisel Bilgi Formu dışındaki diğer formlar tekrar uygulanmıştır.

Verilerin analizinde ki-kare testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve iki eş arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır.

BULGULAR: Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki tüm hastaların yaş, eğitim, cinsiyet, hastalık süresi, ilaç kullanım süresi ve düzenli ilaç kullanım özellikleri yönünden aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Egzersiz programı öncesi deney ve kontrol grubundaki hastaların SAPS, SANS ve KSE ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, programdan sonra deney grubundaki hastaların tüm ölçek genel puanları anlamlı derecede düşmüştür ($p<0.05$). Alt gruplarda ise, fiziksel egzersiz programından sonra deney grubundaki hastaların SAPS ölçeğinin varsanılar ve hezeyanlar alt grup puanlarında, SANS ölçeğinde ise duygulanımsal küntlük, apati, anhedoni ve dikkat alt grup puanlarında egzersiz öncesine göre anlamlı derecede düşme olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde KSE genel puan ortalaması, özellikle somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, anksiyete ve hostilite alt grup puanları egzersiz programından sonra anlamlı derecede düşmüştür ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise, her üç ölçek genel ve alt gruplarında uygulama öncesi ve sonrası puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Egzersiz programından önce deney ve kontrol grubundaki hastaların WHOQOL-BRIEF puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Deney grubunda, ölçeğin fiziksel alan ve ruhsal alan alt grup puanlarında uygulama öncesine göre uygulamadan sonra anlamlı düzeyde artış olduğu ($p<0.05$); sosyal, çevresel ve kültürel alanlarda ise egzersiz programından sonra anlamlı gelişme olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Diğer yandan kontrol grubunda, ölçeğin tüm alt gruplarında program öncesi ve programdan sonraki puanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$,).

TARTIŞMA: Araştırmada, şizofreni tanısı ile ayaktan izlenen hastalara 10 haftalık, haftada 3 kez 40 dakika süreyle uygulanan aerobik egzersiz programının hastaların ruhsal belirtilerinin azalmasında etkili olduğu, yaşam kalitesine etkisinin ise sınırlı olduğu, özellikle yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal alanlarında egzersizin olumlu etkisinin olduğu, sosyal, çevresel, kültürel alanlardaki etkisinin ise anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir.

SONUÇ: Bu çalışmanın sonuçları, şizofrenik bozukluğu olan hastaların özellikle ruhsal belirtilerinin giderilmesinde düzenli olarak fiziksel egzersiz programı uygulamanın yararlı bir hemşirelik girişimi olduğunu

göstermektedir. Fiziksel egzersiz programı ucuz, etkili ve kolay uygulanabilen bir yöntem olup şizofrenik bozukluğu olan hastalarda klinik ve taburculuk sonrası rehabilitasyon sürecinde diğer tedavileri destekleyici bir seçenek olarak değerlendirilebilir ve hemşireler egzersiz programlarını etkin bir şekilde sürdürebilirler. Bununla birlikte, çalışmanın daha fazla sayıda ve klinik gruplarda da yapılması önerilebilir. Ayrıca yaşam kalitesine etkisini ortaya koymada uzun süreli izleme çalışmalarının yapılması uygun olabilir.

KAYNAKLAR

1. Challagan P. (2004). *Exercise: A Neglected Intervention in Mental Health Care?. Journal of Psychiatric&Mental Health Nursing*, 11(4), 476-483.
2. Daley A.J. (2002). *Exercise Therapy and Mental Health In Clinical Populations: Is Exercise Therapy A Worthwhile Intervention?. Advances In Psychiatric Treatment*, 8, 262-270.
3. Faulkner G., Sparkes A. (1999). *Exercise as Therapy for Schizophrenia: An Ethnographic Study. Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21, 52-69.
4. Thachuk G.A., Martin G.L. (1999). *Exercise Therapy for Patients With Psychiatric Disorders: Research and Clinical Implications. American Psychological Association*, 30(3), 275-282.

Akut Psikiyatri Kliniklerinde Tespit ile İzole Edilen Hastaların Özelliklerinin İncelenmesi

Hem. Fatma AVLAMAZ*, Dr. Hem. Sibel COŞKUN*, Hem. Hafize GENÇ*

*Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

AMAÇ: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi akut psikiyatri kliniklerinde tespit ile izolasyon yöntemi uygulanan hastaların özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırma için Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki akut psikiyatri kliniklerinden kadın servisi olarak H2, erkek servisi olarak K2-K1 seçilmiş ve Kasım 2007-Ocak 2008 arasındaki üç aylık süre boyunca tespit ile izolasyon uygulanan hastalar çalışma kapsamına alınmış ve bu hastalara ait; tanı, geçmişteki şiddet davranışı öyküsü, içgörü durumu, tespit saati, tespit süresi gibi bilgiler ile hemşirelerin gözlem sıklığı, araştırmacılarca hazırlanan forma kaydedilmiş ve elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Kadın ve erkek kliniği arasında tespit sayısı, tespit süresi ve tespit şekli açısından anlamlı farklılıklar bulunmaktadır($p<0,001$). Kadın servisinde tespit uygulanan hasta sayısı 140 kişi ve tespit süresi $6,10\pm 4,5$ saat, erkek servisinde ise tespit uygulanan hasta sayısı 65 kişi ve tespit süresi ortalaması $3,15\pm 2,7$ saat olarak bulunmuştur. Ayrıca erkek servisinde el ve ayak kemerleri daha çok kullanılırken, kadın servisinde el ve ayak kemerine ilave olarak göğüs kemerinin de kullanıldığı saptanmıştır. Her iki serviste de tespit ile izolasyon nedeni olarak en çok "hastanın ekibe ve/veya başka bir hastaya şiddet davranışı göstermesi" belirtilmiştir. Araştırmanın yapıldığı 3 aylık sürede kadın servisinde birim zamanda bulunan ortalama hasta sayısı 56 iken erkek servisinde 54 olarak belirlenmiş olup servisler arasında farklılık saptanmamıştır.

Kadın hastalarda yaş ortalaması $36,92\pm 14$, erkek hastalarda $31,26\pm 9,8$ olarak bulunmuştur. Kadınlarda eğitim düzeyi daha düşük, evli olanların oranı ise daha yüksek bulunmuştur. Kadın servisinde "İki uçlu mizaç bozukluğu" tanısı alan hastalar çoğunluğu oluştururken erkek servisinde "Şizofreni/Psikoz" tanısı alan hasta sayısı fazla bulunmuştur. Her iki servistede ortalama hastalık süresi 10 yıl olarak belirlenmiş ve hastaların tamamına yakınının isteği dışında hastaneye yatırıldığı ve hastalarda içgörü bulunmadığı saptanmıştır. Tespit ile izolasyonun uygulanması esnasında her iki serviste de hastaların direnç gösterdiği, erkek hastalarda şiddet davranışının daha fazla gözlemlendiği belirlenmiştir. Kadın hastalarda geçmişte şiddet davranışı öyküsünün bulunma oranı %67, erkek hastalarda ise %72 olarak bulunmuştur. Ayrıca erkek hastaların eksite olacağına dair daha fazla ön belirti (ipucu) verdiği (ya da K2K1 ekibinin bu belirtileri daha iyi değerlendirdiği) saptanmıştır. Her iki serviste de hastaların çoğunluğuna tesbit esnasında açıklama yapılmış olup ek tedavi (farmakolojik) uygulama oranı kadın servisinde %38,6 iken erkek servisinde %46,2 oranındadır. Şiddet öyküsü olan hastalarda eksitasyon öncesi ön belirti verme oranı daha az, ek tedavi uygulanma oranı daha fazla bulunmuştur. Şizofreni/Psikoz hastalarında ise eksitasyon öncesi ön belirti verme oranı daha fazla bulunmuştur.

Tespit ile izolasyonun uygulanma saatlerine bakıldığında ise her iki serviste de 11.00-19.00 saatleri arasındaki tespit ile izolasyon sayısının fazla olduğu dikkati çekmektedir.

Kadın servisinde izolasyona WC için ara verme oranı anlamlı derecede yüksektir, bu bulgunun kadın servisindeki tesbit sürelerinin daha uzun olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Her iki servistede hastaların su, yemek gibi ihtiyaçları karşılanmış, kadın servisinde 30 dk, erkek servisinde 15 dk ara ile hemşirelik gözlemi ve değerlendirme yapılmıştır. Her iki servistede tespite bağlı bir komplikasyon rapor edilmemiştir.

SONUÇ: Akut psikiyatri klinikleri genelde kalabalık ve sık hasta yatışının olduğu klinikler olsa da tespit ile izolasyon uygulanma sayısı ve tespit kalma sürelerinin yüksek olduğu (1,4) ve klinikler/cinsiyetler arasında, başta tespit sayısı ve süresi olmak üzere pek çok değişkende anlamlı farklılıklar bulunduğu belirlenmiştir. Eksitasyon potansiyeli olan hastaların ve hastadaki eksitasyona dair önbelirtilerin değerlendirilmesi, ayrıca terapotik bir ortam oluşturulmasına yönelik girişimlerin uygulanması ile tespit ile izolasyon oranının azaltılması sağlanabilir ve bu konuda hemşirelere önemli roller düşmektedir (2.3.5).

ANAHTAR KELİMELER: Tespit, akut psikiyatri, hemşirelik, eksitasyon

KAYNAKLAR

1. Bilici R.: *Psikiyatri Kliniklerinde Tecrit ve Tesbit Uygulamaları, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık tezi, İstanbul, 2007.*
2. Gürçay E.: *Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Saldırgan Davranış Gösteren Hastaya Yaklaşımları. Hacettepe Ün. Sağlık Bil. Enst. Hemşirelik Bilim Uzm. Tezi, Ankara, 1990.*
3. Hallerstein D.J., Staub A.B., Lequesne E.: *Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. J.Psychiatr Pract.2007 Sep;13(5):308-17*
4. Martin V., Bernhardsgrütter R., Goebel R., Steinert T.: *The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: a comparison of the practice in Germany and Switzerland, Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health. 2007 Feb;4;3:1.*
5. Foster C., Bowers L., Nijman H.: *Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. J. Adv. Nurs. 2007 Apr; 58 (2): 140-9.*

Paranoid Bozukluk Tanısı Alan Hastada Hemşirelik Yaklaşımı ve Tedaviye Etkisi

Yük. Hem. Havva GEZGİN

İzmir Asker Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İZMİR

Paranoid semptomlar ileri yetişkinlik döneminde daha sık görülmektedir (1,2). Bunda, yaşın ilerlemesi ile sayıları artan düş kırıklıkları, yeni olanakların sınırlandırılması ve yıllar boyunca paranoid eğilimlerini dengeleyebilen kişilerin bu kayıplarla baş etmede giderek zorlanmaya başlamalarının rolü olduğu düşünülmektedir (2).

OLGU SUNUMU: Hasta 31 yaşında lise mezunu, bekar, serbest meslek ile uğraşiyor. Psikiyatri polikliniğine bir haftadır süren şüpheli hareketleri ve en son havaya ateş etmesi, yanına kimseyi yaklaştırmaması nedeniyle refakatli ve elleri bağlı şekilde getirildi.

Hasta paranoid bozukluk tanısıyla antipsikotik tedavisi düzenlenerek kliniğe yatırıldı. Hastanın kliniğe kabulü esnasında, o gün kliniğe başka bir klinikten görevlendirilen hemşire tarafından karşılandı. Rutin olarak yapılan kan alma, AN-TA ölçümü, hasta bilgi formu doldurulması (yaş, adres, medeni durum, meslek vb.) , hastaya kliniğin tanıtılması işlemleri sırasında detaylı tanımlayıcı davranılmaması üzerine hastanın zaten var olan hezeyanlarına sekonder olarak gelişen eksitasyon tablosu ortaya çıktı. (Oysa bir psikiyatri hemşiresi öncelikle hasta ile yakın bir tedavi edici ilişki geliştirmelidir. Bu, hasta-hemşire işbirliğindeki en önemli evredir. Psikiyatri hemşiresi iyi bir gözlemci ve dinleyici olmalı, hastayla konuşurken sakin olmalıdır. Hastaya yapılacak her işlemi anlatmalı, sorduğu sorular hakkında açıklayıcı bilgiler vermelidir. Aksi halde hastanın paranoid düşünceleri artabilir, delir ve halüsinasyonları pekişebilir) (3).

Bu tabloya müdahale etmek için birden fazla sağlık personeli çağırıldı. Bu durum ise hastanın eksitasyonunu daha da arttırdı. (Hastaya terapötik bir ilişki ortamında yaklaşılsaydı ajitasyon tablosu ortaya çıkmayacak ve birden fazla sağlık personeli hastaya müdahale etmek zorunda kalmayacaktı. Birçok kişinin hastayla ilgilenmesi halüsinasyonlarını arttırarak tabloyu daha da derinleştirmiştir).

Oluşan bu yoğun eksitasyon sonucunda hastanın yüksek güvenli bir psikiyatri kliniğinde tedavi olması gerektiğine karar verildi. Zaman alan sevk işlemlerinden sonra hasta sevk edildi.

TARTIŞMA:

-Hastanın tedavisi 2. basamak tedavi merkezinde yapılabilecekken, bir üst hastaneye sevk edilerek tedavisine devamı sağlandı.

-Hastanın tedavi süreci olumsuz yönde etkilendi.

-Yukarıda sayılan hasta ve klinik personeli için ortaya çıkan veya çıkabilecek olumsuz durumların hastaya göre spesifik profesyonellik gerektiren girişimler ve davranışlar ile engellenebileceği değerlendirildi.

ÖNERİLER: Psikiyatri hemşireliğinin ayrı bir uzmanlık alanı olduğu, hasta ve tedavi süreci için gerekliliği üzerinde durulmalıdır.

Aynı zamanda klinik içindeki hizmet içi eğitimin önemli olduğu ve sık rotasyon yapılmaması gerektiğine dikkat çekilmelidir.

KAYNAKLAR

1. *General Hospital Psychiatry* ,Volume 9, Issue 4, July 1987, Pages 267-274
2. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5:97-104 Uz. Dr. Çiçek Hocaoğlu
3. *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Yardımcı Ders Notları* , İzmir, Ege Üniversitesi HYO, 2004

Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Uygulamaları ve Bu Uygulamalara Yönelik Hasta Görüşleri
Dr. Songül Kamışlı*, Hem. Leyla Daştan**

*Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Prevanatif Onkoloji ABD Araştırma Hemşiresi ANKARA

**Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Servis Sorumlu Hemşiresi ANKARA

AMAÇ: Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nin psikiyatri servisindeki hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik olarak hastaların görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır

YÖNTEM: Psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları, bu servisin yazılı protokolleri dikkate alınarak hazırlanmıştır. Hemşirelik uygulamalarına yönelik olarak hastaların görüşleri de literatürden yararlanarak hazırlanan bir görüşme formu aracılığıyla elde edilmiştir. Veriler serviste yatan hastaların tümüyle (27 hasta) görüşme yoluyla elde edilmiştir.

BULGULAR: Hastalar (% 92.6) hemşireler tarafından yürütülen etkinliklerin kendi günlük yaşamlarında olumlu etkisi olduğu görüşünü dile getirmişlerdir. Hastalar, servise ilk kabul edildiklerinde hemşirenin yaptığı uygulamalarla, fizik ortamı tanıma ve daha çabuk alışma (% 55.6), yabancılik duygusunda azalma (% 59.3), servis kurallarını tanıma (59.3) ve kliniğe uyum sağlama (% 63) gibi faydalar sağladıklarını belirtmişlerdir. Hastalar; bu etkinliklerin, kendilerini ev ortamında hissetme (% 33.3), başkalarına yardım etme (% 37), eliş becerileri geliştirme (48.1), bilgi alma (% 55.6), grup içinde konuşabilme, sorumluluk alma ve yerine getirme (% 70.4) davranışlarına yararı olduğunu ifade etmişlerdir.

Anahtar Sözcükler: Psikiyatri hemşireliği, hemşirelik etkinlikleri, hasta görüşleri, psikiyatri kliniği

Not: Bu çalışma 13-16 Haziran 2007 XVI. Anadolu Psikiyatri Günlerinde sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

Hasta Yakınlarının Kronik Ruhsal Sorunlu Hastanın Tedaviye Uyumuna İlişkin Görüşleri
Yrd.Doç.Dr. Havva TEL, Öğr.Gör. Sibel DOĞAN, Öğr.Gör Birgül ÖZKAN, Öğr. Gör. Sibel ÇOBAN
E. Ü. ASYO. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, KAYSERİ

AMAÇ: Kronik hastalıklarda tedaviye uyum sorunu tedavinin başarısını engelleyen önemli bir etkidir. Tedaviye uyum hastanın verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde kullanması veya iyileştiğini varsayarak ilaçlarını önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması veya yapmaması gereken davranışlara uygun davranmasıdır (1,2). Tedaviye uyumsuzluk aile ve topluma ekonomik yük, sağlık kurumlarına ise zaman ve enerji kaybı olarak yansımaktadır. Ruhsal sorunlu hastalarda tedaviye uyumsuzluğun diğer tıbbi durumlarda olduğundan daha yüksek olduğu (2-4), bu hastalarda uyumsuzluk oranının %40-80 arasında değiştiği (5) belirtilmektedir. Ailenin hastanın bakımında sorumluluk alması ve hastaya destek olması hastanın tedaviye uyumuna ve tedaviyi sürdürmesine katkı vermektedir.

Bu çalışma hasta yakınlarının kronik ruhsal sorunlu hastanın tedaviye uyumuna ilişkin görüşlerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapıldı.

YÖNTEM: Çalışma Şubat 2008'de Erkilet Ruh Sağlığı Merkezinde yatarak tedavi alan 73 hastanın yakını ile yapıldı. Çalışmada veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, Pearson Korelasyon Analizi ve Ki Kare kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmada hasta yakınlarının %35.6'sının hastanın eşi, %31.5'inin hastanın annesi olduğu, hastaların; yaşlarının 18-65 arasında değiştiği, %54.8'inin kadın, %38.4'ünün şizofreni tanılı, hastalık süresinin 1-30 yıl arasında değiştiği, %46.6'sının 6 yıldan fazla süredir hasta olduğu, %50.7'sinin yılda en az bir kez hastane yatışı olduğu, hastaların yaşı ile hastalık süresi arasında yakın ilişki olduğu yaş arttıkça hastalık süresinin arttığı, hastaların %67.0'sinin ilaçlarını düzenli kullanmadığı buna neden olarak; ilacın yararlı olmadığını düşündüklerini, ilacın yan etkisi ve tadının kötü olduğunu, iyileştiğini düşündüklerini, ilacı almayı unuttuklarını belirttikleri, hastaların %68.5'inin doktor izni olmadan tedaviyi bıraktığı, tedaviyi bırakma nedeni olarak; ilacın yan etkisi olmasını, ilacın tedavi etmediğini düşündüklerini ve ilaçsız başaracaklarını düşündüklerini belirttikleri, hastaların %50.7'sinin hastaneye yatmadan bir ay önce kontrole geldiği, %45.2'sinin kontrollere düzenli gelmediği, kontrole gelmeme nedeni olarak; ulaşım güçlüğünü, getirecek kimse olmadığını ve iyileştiğini düşündüklerini belirttikleri saptanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Kronik ruhsal hastalık, tedaviye uyum, hasta, hasta yakını.

KAYNAKLAR

1. Mason C (1992) *Non-attendance at out-patient clinic: a case study. J. Adv Nurs, 17: 554-560*
2. Meriç M (2006) *Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Bireylerin Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.*
3. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z (2006) *Taburculuk sonrası Tedaviye Gelmeyen Psikotik Hastaların Özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:69-75*
4. Üstünsoy ve ark (2003) *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları, Düşünen Adam, 16: 211-218.*
5. Torun f, Çorapçoğlu A, Yüksel G (2003) *Polikliniğe Devamı Yordamak Mümkün mü?, yeni Symposium, 41:125-130.*

POSTER BİLDİRİLER

BİLDİRİ NO	KONU BAŞLIĞI	SAYFA NO
(P 01)	Elektrokonvülsif Tedavi'ye Yönelik Verilen Eğitimin Hemşirelik Uygulamalarına ve Hasta Memnuniyetine Etkisinin İncelenmesi Burcu Arkan, Besti Üstün	79
(P 02)	İntihar Girişimi ile Acil Servise Başvuran Olguların Sosyodemografik Özellikler ve Depresyon Belirtileri Yönünden İncelenmesi Hatice Aydemir Oksal, Gülgün Durat	80
(P 03)	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Durumları Hilal Aydın, Makbule Batmaz	81
(P 04)	Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği Ve Yeterliğin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü Rahime Aydın Er, Mine Şehraltı	82
(P 05)	Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Empati Becerilerinin İncelenmesi Nejla Aydınoğlu, Nurcan Özyazıcıoğlu	83
(P 06)	Çocuklarının İletişim ve İlişkileriyle İlgili Şikâyetleri Olan Ebeveynlere Hemşirelerin Verdikleri Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi Arzu Aydoğdu, Leman Kutlu, Huri Yılmaz	84
(P 07)	Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin İletişim Becerilerini Kullanma Durumları ve Empatik Eğilimlerinin Belirlenmesi Mesude Bozdemir, Yasemin S. Kaplan, Aysun Dal, Ümmügül Türköz, Fakriye Oflaz	85
(P 08)	Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyonlarını Etkileyen Faktörler Saliha Bozdoğan, Gürsel Öztunç	86
(P 09)	Psikiyatri Kliniği'nde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Çatışma Yönetimi Yöntemleri ve Tükenmişlik Düzeyleri Ayşe Büyükbayram, Özlem Kaplanca, Çiğdem Sunal, Şeref Gülseren	87

BİLDİRİ NO	KONU BAŞLIĞI	SAYFA NO
(P 10)	Akut Psikiyatri Kliniklerinde Tespitte İzolasyon Yönteminin Kullanım Sıklığı Ve Tespit Süreleri Sibel Coşkun, Fatma Avlanmaz	88-89
(P 11)	Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Personelinde Şiddete Maruz Kalma Oranı ve Stres Faktörleri Sibel Coşkun, Ayşe Öztürk Tuna	90
(P 12)	Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi Emel Çevrim, Fatma Varol Taş, Taner Güvenir	91
(P 13)	Psikiyatri Uygulamasına Çıkan Öğrencilerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi Gülseren Çıtak Tunç, Aysel Özdemir, Neriman Akansel, Elif Aşık	92
(P 14)	Paranoid Hasta ve Aileye Yaklaşım Sibel Çoban, Havva Tel	93
(P 15)	Samsun Ruh Sağlığı Hastanesinde Hemşirelerin Hedef Olduğu Saldırganlık Gönül Davulcu, Ömer Böke, Ömer Faruk Kaçar	94
(P 16)	Manik Hasta ve Hemşirelik Bakımı Sibel Doğan, Havva Tel	95
(P 17)	Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğini İlk Üç Yılıının Değerlendirilmesi Gülgün Durat, Hatice Aydemir Oksal	96
(P 18)	Psikotik Özellikler Gösteren Nörosifiliz Olgusunda Hemşirelik Yaklaşımları Semra Enginkaya, Nesrin Tomruk, Nihat Alpay	97
(P 19)	Yeni Açılan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hemşireler/Sağlık Memurlarının Hastalarla Yaşadıkları İletişim Sorunları Süheyla Ergün, Sevil Albayrak, Züleyha OCAK	98
(P 20)	Depresif Birey ve Ailesine Yaklaşım Şükran Ertekin Pınar, Havva Tel	99
(P 21)	Hemodiyaliz Hastalarındaki Psikiyatrik Semptomlar ve Etkileyen Faktörler Burcu Genç	100

BİLDİRİ NO	KONU BAŞLIĞI	SAYFA NO
(P 22)	Kars İl Merkezindeki Gebe Kadınlarda Depresyon Düzeyinin Belirlenmesi Neriman Gey, Duygu Akça, Nilüfer Kıranşal, Necla Biçer, Sultan Şahin	101
(P 23)	Alkol Bağımlılığı Tedavisi Nüks Önleme Programında Hemşirenin Rolü Kadriye Gültekin, Elif Özge Akyüz, Aslı Kert	102
(P 24)	Acil Servislerde ve Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi Ayça Gürkan, Pınar Çiçekoğlu	103
(P 25)	Ulusal ve Uluslararası Düzeyde Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Gülnur KARAGÖZ, Duygu KAYA	104
(P 26)	Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Bakımını İle İlgili Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi Meral Kelleci, Selma Sabancıoğulları, Gonca Deveci, Filiz Başeğmez, Selma Doğan	105
(P 27)	Kars Sağlık Yüksekokulu Erkek Öğrencilerinin KadınaYönelik Şiddete Bakış Açısı Nilüfer Kıranşal, Filiz Adana, Necla Biçer, Sultan Şahin	106
(P 28)	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Yaptıkları İşlerin Belirlenmesi Mehtap Kızılkaya, Fadime Gök Özer	107
(P 29)	Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Gelen Çocukların Yakınlarının Verilen Hizmetten Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi Leman Kutlu, Canan Kabasakal, Sevda Ersever, Huri Yılmaz, Mehtap Duman	108
(P 30)	Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumu Nermin Öyke, Fatma Yılmaz	109
(P 31)	Dâhiliye Servisinde Yatan Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri Derya Özcanlı, Duygu Yıldırım, Derya Özbaş	
(P 32)	Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Stresle Baş Etme Yöntemleri Aysel Özdemir, Gülseren Çıtak Tunç, Neriman Akansel, Hicran Yıldız	110

BİLDİRİ NO	KONU BAŞLIĞI	SAYFA NO
(P 33)	Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi Canan Özgür, Serap Sezgin, Hatice Kumcağız, Esmе İnce, Kübra İşbilen	112
(P 34)	Psikososyal Rehabilitasyon Birgöl Özkan, Havva Tel	113
(P 35)	Kadınlarda Görülen Depresyon ve Sosyokültürel Faktörlerin Etkisi Sibel Öztürk, Ayşe Özcan	114
(P 36)	Öğrencilerin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi Nurcan Özyazıcıoğlu, Nejla Aydınoğlu	115
(P 37)	Psikiyatri Kliniği'nde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Çatışma Yönetimi Yöntemleri Ayşegöl Savaşan, Zübeyde Denizci, Vahide Yılmaz, Ayşe Akyıldız, Şeref Gülseren	116
(P 38)	Madde Kullanım Bozukluğu Olan Birey ve Ailesine Hemşirelik Yaklaşımı Nuray Şimşek, Havva Tel	117
(P 39)	Bir Psikiyatri Kliniğinde Sinema Terapi Üzerine Çalışma Kinyas Tekin	118
(P 40)	İlköğretim Öğrencilerinde Depresyon ve Etkileyen Faktörler Serpil Turkleş, Rabia Hacıhasanoğlu	119
(P 41)	Anksiyete İle Başetme Eğitiminin Kadınların Anksiyete Düzeylerine Etkisi Serpil Turkleş, Belkıs Karataş, Gülay Yılmaz	120
(P 42)	Öğrencilerin Ruhsal Durum Değerlendirilmesi Latife Utaş Akhan, Makbule Batmaz	121
(P 43)	İstanbul İli Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İşlerine İlişkin Duygularının Ruhsal Belirtiler İle İlişkilerinin İncelenmesi Gül Ünsal Barlas, Nevin Onan, Semra Karaca, Özlem Işıl, Nurhan Eren, Münevver Akın, Selda Aydın	122

Elektrokonvülsif Tedavi'ye Yönelik Verilen Eğitimin Hemşirelik Uygulamalarına ve Hasta Memnuniyetine Etkisinin İncelenmesi

Araş. Gör. Burcu ARKAN, Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR

AMAÇ: Bu araştırma psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere Elektrokonvülsif Tedavi'ye (EKT) yönelik verilen eğitimin hemşirelik uygulamalarına ve hasta memnuniyetine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış, yarı-deneysel bir çalışmadır.

YÖNTEM: Araştırmanın pre-test örneklemini, Nisan-Ekim 2006 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde uygulanan ve hemşirelerin yönetimine katıldığı 52 EKT, post-test örneklemini ise Ocak-Mart 2007 tarihleri arasında Psikiyatri Kliniğinde uygulanan hemşirelerin yönetimine katıldığı 52 EKT oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından geliştirilen EKT'de Hemşirelik Bakımının Belirlenmesine İlişkin Gözlem Formu ve Memnuniyet Formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin; eğitim öncesi EKT yönetiminde toplam hemşirelik bakımından aldıkları puan X:4, eğitim sonrası ise X:11,5'tir. Eğitim öncesinde ve sonrasında hemşirelerin EKT yönetiminde hemşirelik bakım puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların eğitim öncesi EKT'de uygulanan hemşirelik bakımından memnuniyet puanı X:2,5, eğitim sonrası ise X:4,1'dir. İki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

SONUÇ: Hemşirelere EKT'ye yönelik verilen eğitim hemşirelik uygulamalarını ve hasta memnuniyetini arttırmaktadır. Bu nedenle EKT yönetiminde hemşirelik bakımına yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması ve eğitimlerin düzenli aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: EKT, EKT'de hemşirelik bakımı, hasta memnuniyeti

KAYNAKLAR

1. Deans, C, Little, J, Munday, J. *Effectiveness of a Training Program for ECT Nurses. Journal of Psychosocial Nursing. 2003; 41(11): 21–25.*
2. *Electroconvulsive Therapy. Guidelines For Health Authorities in British Columbia. www.mheccu.ubc.ca. Erişim: 3 Temmuz 2006*
3. *Electroconvulsive Therapy Review Guidelines. 2003, www.nice.org.uk Erişim: 3 Temmuz 2006.*
4. Harrison, B, Kaarsemaker, B. *Continuous Quality Improvement to an Electroconvulsive Therapy. Journal of Psychosocial Nursing. 2000; 38(3): 27–33.*
5. *NALCENT (2005) Nurse Guidance for ECT, www.rcn.org.uk Erişim:5 Temmuz 2005.*
6. *The ECT Accreditation Service (ECTAS). Standarts for the Administration of ECT 2004; www.rcpsych.ac.uk/cru. Erişim:15 Temmuz 2005.*

İntihar Girişimi ile Acil Servise Başvuran Olguların Sosyodemografik Özellikler ve Depresyon Belirtileri Yönünden İncelenmesi

Hem. Hatice AYDEMİR OKSAL,* Yrd. Doç. Dr. Gülgün DURAT **

*Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, SAKARYA

**Sakarya Üniversitesi SYO, SAKARYA

AMAÇ: Bu çalışma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların sosyodemografik özelliklerinin, etiyolojik etkenlerin ve bunların depresyonla ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

YÖNTEM: Veriler Kasım 2005, Ocak 2006 tarihleri arasında intihar girişimiyle acil servise başvuran 50 olguya Görüşme Formu ve Beck Depresyon Envanteri uygulanarak toplandı. Sonuçlar SPSS 11.0 ile değerlendirildi. Analizlerde yüzde dağılımları ki-kare ve çapraz tablolar kullanıldı.

BULGULAR: WHO verilerine göre 2000 yılında, yaklaşık bir milyon kişi intihar nedeniyle ölmüş, son 45 yılda dünyadaki intihar oranı %60 artmıştır (1). İntihar olgularının %50-70 inin bir duygudurum bozukluğundan kaynaklandığı belirtilmektedir. Kadın, ergen veya yaşlı olma, düşük sosyoekonomik düzey, boşanma, pozitif aile öyküsü depresyon gelişiminde risk faktörleridir (2). Çalışmamızdaki olguların %66.0 sı 15-25 yaş grubunda, %86.0 sı kadındır. Tamamı ilaç veya kimyasal maddeleri kullanarak intihar girişiminde bulunmuşlardır. Tüzün, Ak ve ark. çalışmalarında da sonuçlar benzerdir (3,4). Olguların % 20 si daha önce de intihar girişiminde bulunmuş, %28 inin aile öyküsü pozitifdir. Nedenlerin ilk iki sırasını (%40) aile içi geçimsizlik, (%10) iş ve ekonomik sorunlar oluşturmaktadır. Şenol ark, çalışmalarında da benzer sorunlar saptanmıştır (5). Olguların %68 inin depresif belirti düzeyleri yüksek bulunmuş, düzeyi yüksek olanlar, olmayanlarla karşılaştırıldığında; 15-25 yaş grubunda, yüksek olanların 22 kişi (%66.7), düşük olanların 11 kişi (%33,3) olduğu, bu oranın diğer yaş gruplarında da farklılık göstermediği belirlenmiştir. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş 10 kişinin, 9 unda depresif belirti düzeyinin yüksek olduğu dikkat çekmiş, bunlardan ailelerinde psikiyatrik öykü olanlarla olmayanlar karşılaştırıldığında %30 unun ailesinde psikiyatrik öyküye rastlanmıştır.

SONUÇLAR: Sonuç olarak intihar girişiminin gençler ve kadınlarda daha fazla olması, olguların depresif belirti düzeyinin yüksek olması alınacak önlemler açısından önemlidir. Ayrıca intihar girişimini etkileyen sosyal faktörlere yönelik daha geniş kapsamlı planlamalar yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Psikiyatri acil servis, intihar, depresyon.

KAYNAKLAR

- 1- http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Suicideprevent/en/
- 2- Pazvantoğlu O. Major Depresyon Tanısı Alan hastalarda Somatik Belirtileri Yoğunluğunun İntihar Düşüncesi, Davranışı ve Niyetine Etkisi, Klinik Psikiyatri 2004;7:153- 160.
- 3- Tüzün D. Gençlik Döneminde Depresyon ve İntihar, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi Mart 2005; 43:53-58.
- 4- Ak A. Acil Servise İntihar Davranışı Nedeniyle Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi, Adli Psikiyatri Dergisi 2004;1(1).25- 32.
- 5- Şenol V. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6: 19- 29

Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Durumları

Hilal AYDIN*, Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ**

*Özel Ethica İncirli Hastanesi, İSTANBUL

**Haliç Üniversitesi, İSTANBUL

AMAÇ: Bu araştırma Samsun il merkezinde, psikiyatri kliniklerinde görev yapan hemşirelerin, kişilik özellikleri ve stresle baş etme durumlarını belirlemek amacıyla Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde, 15 Eylül-30 Aralık 2006 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

YÖNTEM: Araştırmanın evrenini 15 Eylül -30 Aralık 2006 tarihleri arasında Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan 68 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamı alınmaya çalışılmıştır. Ancak araştırmanın yapıldığı tarihte doğum izninde olan (4), geçici görevle başka kurumda çalışan (5), raporlu olan (4) ve katılmak istemeyen (3) olmak üzere, 16 hemşire kapsam dışı bırakılarak; 52 (evrenin %76.47'si) hemşire araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Bu araştırmada verileri toplamak amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu ile, "Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği" ve "Sosyotropi- Otonomi Ölçeği" kullanıldı.

Elde edilen veriler SPSS 11.5 programı kullanılarak bilgisayarda yapıldı. Bu verilerin analizinde; oran, ortalama (x), standart sapma (SD), tanımlayıcı özelliklerin, kişilik özellikleri ve stresle baş etme durumları üzerine etkisi ise korelasyon, normal dağılım göstermeyen veriler için Kruskal wallis ve Mann-whitney U testleri kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hemşirelerin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular, hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular, hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile stresle baş etme ve sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular olmak üzere üç başlık altında incelendi.

SONUÇ: Hemşirelerin yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, aile tipleri, en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri, meslekte çalışma yılları, psikiyatri kliniğinde çalışma yılları ve çalışma şekillerinin, baş etme stratejileri ve sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini etkilemediği saptanmıştır. Sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin stresle baş etme üzerine etkili olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulundu.

ANAHTAR KELİMELE: Psikiyatri hemşireliği, stresle baş etme, sosyotropi, otonomi, kişilik özellikleri.

KAYNAKLAR

1. Pinikahana J., Happell B.: *Stres, burnout and job satisfaction in rural psychiatric nurses: A Victorian study. Journal of Advanced Nursing.*, 12 (3):120, 2004.
2. McVicar A.: *Workplace stres in nursing: a literature review. Journal of Advanced Nursing*, 44 (6): 633-642, 2003.
3. Stordeur S., D'Hoore W., Vanderberghe C.: *Leadership, organizational stres, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. Journal of Advanced Nursing*, 35 (4): 533-542, 2001.
4. Jenkins R., Elliot P.: *Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental setting. Journal of Advanced Nursing*, 48 (6): 622-31, 2004.
5. Higgins R., Hurst K., Wistow G.: *Nursing acute psichiatric patients:a quantitative and qualitative study. Journal of Advanced Nursing*, 29: 52-63, 1999.
6. Batlaş A., Batlaş Z.: *Stres ve başa çıkma yolları. Remzi Kitabevi. 13. basım. İstanbul, 1993.*

Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği ve Yeterliğin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü

Öğr. Gör. Rahime AYDIN ER*, Yrd. Doç. Dr. Mine ŞEHİRALTI**

* Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD/
Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik AD, Doktora
Öğrencisi, KOCAELİ

** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, Öğretim Üyesi, KOCAELİ

Psikiyatride yaşanan etik sorunlardan birisi de psikiyatrik bozukluğu olan hastadan aydınlatılmış onam almaktır. Son yıllara kadar ciddi ruhsal veya kognitif bozuklukların hastanın özerkliğini bozduğu ve bu tür bir bozukluğu olan hastanın tedaviye onam verme yeterliğinin olmadığı düşünülüyordu. Aynı iddialara göre psikiyatrik bir bozukluğun teşhisi paternalistik yaklaşımı meşrulaştırmaktaydı. Hatta bu durum psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviyi ret kararlarının dikkate alınmamasına, vekil onamıyla gönülsüz olarak hastaneye yatırılmalarına ve tedavi edilmelerine dolayısıyla da etik haklarının ihlaline neden olabilmekteydi (1,2).

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların farklı tıbbi problemleri ortaya çıktığında ise gerek sağlık profesyonelleri gerekse hastanın yakınları tıbbi probleme ilişkin karar vermede hastanın yeterli olup olmadığı konusunda ikilem yaşayabilmekteydi.

Yetersiz olduğu varsayılan psikiyatri hastalarının karar verebilecek yeterliğe sahip olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (3,6), sonuçlar açısından birbirleriyle çelişen çalışmalar da bulunmaktadır (4,5). Özellikle psikiyatri hastalarının karar verme yeterliği konusundaki çalışmalara ilgi artmış olmakla birlikte yapılan çalışmalar sınırlıdır. Türkiye'de bu konuyla ilgili yapılmış bilimsel çalışma bulunmamaktadır.

Bu bildiri ile psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye karar verme yeterliği ile ilgili tartışılmalı konular ve kendi hakkında karar veremeyecek olan hastanın haklarını korumakla ilgili sorumluluğu olan hemşirelerin hastaların karar verme yeterliğini değerlendirmedeki rolü ortaya konulacaktır. Hemşireler sağlık ekibi içerisinde hasta ile en uzun süre ve zaman geçiren kişiler olduklarından hastanın karar verme yeterliğinin belirlenmesinde de sorumlulukları vardır. Bu bağlamdaki tartışmalar psikiyatrik bozukluğu olan hastaların diğer insanlar gibi tedavi hizmetlerinden yararlanmalarını sağlayarak, kendi haklarını koruyamayan hastaların haklarını koruma, kaliteli ve uygun sağlık hizmeti almalarını ve insan olmasından kaynaklanan saygı görme hakkını sağlama açısından yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Appelbaum, P.S., Grisso, T. (1995). *The MacArthur treatment competence study I: mental illness and competence to consent to treatment. Law and Human Behavior. 19 (2): 105-126.*
2. Giordano, S. (2002). *Psikiyatrik bakımda özerkliğin savunması. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, Law, History. 10:178-185.*
3. Howe, V., Foister, K., Jenkins, K. (2005). *Competence to given informed consent in acute psychosis is associated with symptoms rather than diagnosis. Schizophrenia Research. 77:211-214.*
4. Palmer, B., Nayak, G., Dunn, L. et al. (2002). *Treatment-related decision making capacity in middle-aged and older patients with psychosis. Am J Geriatr Psychiatry. 10:207-211.*
5. Vollmann, J., Bauer, A., Danker, H. (2003). *Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. Psychological Medicine. 33:1463-1471.*
6. Wong, J., Cheung, E., Chen, E. (2005). *Decision making capacity for inpatients with schizophrenia in Hong Kong. The Journal of Nervous and Mental Disease. 193 (5): 316-322.*

Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Empati Becerilerinin İncelenmesi

Öğr.Gör. Nejla AYDINOĞLU, Öğr.Gör.Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU
Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, BURSA

AMAÇ: Empati, bireyin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak onun duygu ve düşüncelerini anlaması ve doğru mesaj alışverişinde bulunmasıdır. Hemşire-hasta iletişimde empatik yaklaşımın kullanılması bireyin sağlık sorunlarının tanımlanmasını, çözümlenmesini ve değerlendirilmesini kolaylaştırıcı ve hızlandırıcı bir etkidir¹. Araştırma Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilerin empatik becerilerini ve bunu etkileyen sosyo-demografik faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırma Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencileri ile Haziran–2007 tarihinde gerçekleştirilmiş, tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini 2006–2007 Eğitim-Öğretim yılında Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu bölümlerinde 1.ve 4. sınıflarda öğrenim gören 120'si kız, 69'u erkek olmak üzere 189 öğrenci oluşturmuştur. Evrenden örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Kurumdan gerekli izinler alınmış, öğrencilerin gönüllü katılımı sağlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini gösteren anket formu ve Dökmen (1989) tarafından geliştirilen Empatik Beceri Ölçeği(EB) kullanılmıştır^{2,3}. EB'den alınacak maksimum puan 219, minimum puan 62'dir. Toplanan veriler SPSS 10.0 programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde yüzdellik, Pearson Korelasyon Metodu, t testi, Oneway-Anova kullanılmıştır.

BULGULAR: Öğrencilerin EB puan ortalaması 137.61 ± 18.42 olarak belirlenmiştir. 1.sınıfların EB puanı 135.89 ± 19.41 , 4. sınıfların 141.71 ± 15.24 olarak bulunmuş, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin EB puanı ile okuduğu bölüm, cinsiyet, mezun olduğu lise, aile tipi, akademik ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Geldiği yerleşim birimi değerlendirildiğinde EB puanları köy, ilçe, il sıralaması ile artış gösterdiği bulunmuş ancak aralarında istatistiksel fark bulunmamıştır. Coğrafi bölge açısından incelendiğinde EB puanı Ege bölgesinden gelen öğrencilerde düşük, Güneydoğu Anadolu'dan gelenlerde yüksek bulunmuş, grup içinde Güneydoğu ve Ege'den gelenler arasında fark bulunmakla birlikte genel olarak gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

SONUÇ: Öğrencilerin empatik beceri puanları 1.sınıflara göre 4.sınıfta daha yüksek bulunmuş ancak aralarında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Sosyo-demografik faktörler ile öğrencilerin EB puanı arasında ilişki bulunmamıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Empati, empati becerisi, hemşirelik öğrencisi

KAYNAKLAR:

- 1-Tabak R.S(2003). *Sağlık İletişimi*. Mart Matbaacılık.İstanbul
- 2-Dökmen Ü (1988). *Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi*. Ankara Üniversitesi.Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi,21(1-2):155-190
- 3-Dökmen Ü(2000).*İletişim Çatışmaları ve Empati*. Sistem Yayıncılık, İstanbul

Çocuklarının İletişim ve İlişkileriyle İlgili Şikâyetleri Olan Ebeveynlere Hemşirelerin Verdikleri Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Uzm. Hem. Arzu AYDOĞDU*, **Dr. Hem. Leman KUTLU****, **Hem. Huri YILMAZ****

*İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İSTANBUL

**İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İSTANBUL

AMAÇ: Çalışmanın amacı, çocuklarının iletişim ve ilişkileriyle ilgili şikâyetleri olan ebeveynlere bir çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları biriminde tedavi süreci başlayana kadar verilen eğitimin uygulanma durumunu ve çocukla ilgili şikâyetleri üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Tanımlayıcı özellikteki çalışmanın örneklemini İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Kasım 2006-Mayıs 2007 ayları arasında randevu için gelip randevu alamayan, rastlantısal yöntemle seçilen 2–5 yaş arasındaki 41 çocuğun ebeveyni oluşturmaktadır.

Çalışmanın verileri; çocuk ve ebeveynlerin demografik özelliklerini içeren ve çocuğun iletişim ve ilişkileriyle ilgili şikâyetleri sorgulayan bir anket formuyla toplanmıştır (1,2,3). Ebeveynlerle ön görüşme yapıp çocukla ilgili öğrenilen bilgiler doğrultusunda planlanan tarihlerde 30-40 dakika arasında değişen sürelerde her çocuğun ebeveynlerine eğitim yapılmış ve hazırlanan bir el broşürü verilmiştir. Üç ay sonra yüz yüze ya da telefonla görüşülerek, verilen bilgileri uygulama durumu, şikâyetlerdeki değişiklik durumu ve bir tedavi kurumuna gitme durumu değerlendirilmiştir. Veriler; yüzdelik, ortalama, McNamer ve ki-kare testleriyle değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Eğitim yapılan ebeveynlerin yaş ortalamalarının 36.15 ± 9.41 olduğu, %58.5 oranında her iki ebeveynin eğitime alındığı, %92.7'sinin çocuklarının bir eğitim kurumuna gitmediği ve %80.5'inin hiç tedavi görmediği saptanmıştır. Annelerin %51.2'sinin ilkökul mezunu ve %85.4'ünün ev hanımı olduğu, babaların %53.7'sinin ilkökul mezunu ve %56.1'inin serbest çalıştığı tespit edilmiştir. Ebeveynlerin %92.7'si fiziksel ve %95.1'i ruhsal bir hastalığı olmadığını ifade etmişlerdir. %82.9'u verilen eğitimi uyguladıklarını, %61'i eğitime devam ettiklerini ve % 92.7'si üç ay içinde bir psikiyatriste gittiklerini belirtmişlerdir

Eğitim sonrası; çocukların televizyon izleme süresinin azaldığı, izlediği programların değiştiği, herkes tarafından anlaşılabilir kelimelerin sayısının arttığı, sözlü uyarılara hemen tepki verdiği ve göz temasının olduğu, çevresiyle iletişim kurmaya başladığı, oyun ve oyuncaklara ilgisinin arttığı, arkadaşlarıyla anlamlı oyunlar oynamaya başladığı, dönen ve açılıp kapanan eşyalara ilgilerinin azaldığı, kendi kendine sallanmalarının, huzursuzluğunun azaldığı belirtilmiş olup eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır ($P < 0.05$).

SONUÇ: Verilen eğitimin ebeveynlerin çocuğa yaklaşımlarında etkili olduğu, şikâyetlerin azaldığı tespit edilmiş olup hasta yoğunluğu nedeniyle randevu veremeyen ya da ileri tarihlere randevu verilen diğer sağlık kurumlarında da ön değerlendirme sonrası bu tür eğitimlerin yapılması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Anne-çocuk iletişimi, çocuk gelişimi, hemşirelik eğitimi

KAYNAKLAR

- 1) Delaney K, Scaianna E. Parents perceptions of their child's emotional illness and psychiatric treatment needs, *Journal Child Adolescent Psychiatric Nursing*, 1996; 9(4): 15-24.
- 2) Ertem İÖ. Sağlık hizmetinde çocukların gelişimlerinin izlenmesi ve desteklenmesi. *Sted*, 2006;15 (4): 67-74.
- 3) Kuzgun Y. Annelere verilen eğitimin çocuklarına karşı istenmedik tutumlara etkisi, *G.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*, Ankara, 1994.

Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin İletişim Becerilerini Kullanım Durumları ve Empatik Eğilimlerinin Belirlenmesi

Danışman:Yard.Doç.Dr.Fahriye OFLAZ*,

Araştırmacılar: Mesude BOZDEMİR, Yasemin S. KAPLAN**, Aysun DAL**, Ümmügül TÜRKÖZ****

* GATA HYO Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı Bşk., ANKARA

**GATA HYO 3. sınıf öğrencisi, ANKARA

AMAÇ: Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin iletişimlerini nasıl değerlendirdiklerini, empatik eğilimlerini, iletişim becerilerini kullanma durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışma kesitsel desende anket çalışması olarak yürütülmüştür. Anketler HYO'nda öğrenim görmekte olan 342 öğrenciye uygulanmış olup, uygun doldurulan 259 anket analize alınmıştır. Veriler; öğrencilerin boş zaman aktiviteleri, iletişim dersleri ile ilgili görüşleri, iletişimde en çok zorlanacakları konuları ve örnek durumları içeren bilgi toplama formu, İletişim Değerlendirme Ölçeği (Korkut, 1996) Ve Empatik Eğilim Ölçeği (Dökmen, 1989) ile toplanmıştır. İletişim Değerlendirme Ölçeğinde puanın fazla oluşu bireylerin iletişim becerilerini olumlu yönde değerlendirdiklerini yansıtmaktadır. Empatik Eğilim Ölçeği ise bireyin kendisiyle ilgili olarak olaylar karşısında duygusal duyarlılığını ölçmektedir. Verilerin analizinde yüzdellikler ki-kare ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Öğrencilerin iletişim değerlendirme ölçeğinden alınan puan ortalaması 78.75, empatik eğilim puan ortalaması 72.89 olarak bulunmuştur. Sınıflara göre farklılıklara bakıldığında empatik eğilim, terapötik iletişim ilke ve teknikleri kullanma yeterliliği ve etkili iletişim kurduğuna inanma puanlarında 2 ve 4. sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<.05$). Arkadaş sayısı ile empatik eğilim ve iletişim değerlendirme ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<.05$). Örnek durumlara verdikleri cevaplar terapötik ve nonterapötik olarak sınıflandırıldığında sınıflar arasında farklılıklar görülmüştür. Öğrencilerin çoğunluğu iletişim derslerinin gerekli (%95) olduğuna, terapötik iletişimin yararlılığına (%83) inanmaktadırlar. Öğrencilerin etkili iletişim kurma ile ilgili 0-5 arasında değerler içeren ölçekte ortalama olarak kendilerine 3 puan verdikleri görülmüştür. Öğrenciler iletişimde en çok zorlanacakları konuları, hastalığın ilerlediği, tedavinin işe yaramadığı durumlar olarak belirtmişlerdir.

SONUÇLAR: Sınıflar arası farklılıklar öğrencilerin becerileri öğrendiklerine işaret etmektedir. Ancak bulgular iletişim değerlendirme ve becerileri geliştirme konusunda dersler dışında da etkili olabilecek faktörlerin aydınlatılması gerektiğini göstermektedir. 3.sınıfta terapötik yanıtların yüksek bulunma nedeninin iletişim derslerinin devam etmesi olabileceği düşünülmüştür. Müfredatta 4. sınıfta teorik ders saatleri yoktur ve klinik tartışmalarda iletişim öğelerinin vurgulanmaması ve uygulama tekrarlarının yapılmaması terapötik yanıt bulamamanın sebebi olabilir. Tüm bunlar dikkate alındığında iletişim becerilerinin de diğer beceriler gibi sık sık tekrarlanması üzerinde durulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Empati, empatik eğilim, hemşirelik öğrencisi

KAYNAKLAR:

1. Öz, F., *Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilimleri, Empatik Becerileri İle Akademik Başarıları Arasındaki İlişki*. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2 (2); 32
2. Işıl, Ö., Barlas, G.Ü., Onan, N., Karaca S.Ç. (2005) *Öğrencilerin empati becerilerine psikiyatri hemşireliği dersi uygulamasının etkisi*, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 13(2):103-105
3. Mete, S., Gerçek, E. (2005) *PDÖ Yöntemiyle Eğitim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim Ve Becerilerinin İncelenmesi*, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9 (2); 11-17
4. *Communication Skills: Some Problems in Nursing Education and Practice*, *Journal of Clinical Nursing* 2002;11:12-21
5. Tutuk, A., AL , D., Doğan, S. (2002) *Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi Ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi*, *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6 (2); 36-41
6. Arthur, D., (1999) *Assessing nursing students's basic communication and interviewing skills: the development and testing of a rating scale*, *Journal of Advanced Nursing*, 29(3),658-665

Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyonlarını Etkileyen Faktörler

Saliha BOZDOĞAN, Gürsel ÖZTUNÇ

Ç.Ü. Adana Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü, ADANA

AMAÇ: Bu araştırma bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan hemşirelerin motivasyonlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini, adı geçen hastanedeki hemşirelerin tümü, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 50 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya katılım %50'dir. Araştırmada veriler, demografik bilgiler ile hemşirelerin iş motivasyonlarına ilişkin görüşlerini belirleyen bir anket formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzdelik hesapları ile Mann-Withney U testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılan hemşireler ortalama 33.56 ± 6.28 yaşında, %56'sı Ön lisans mezunu, çalışma yılı ortalaması 13.46 ± 7.86 ve bulunduğu bölümde çalışma süresi ortalama 6.31 ± 6.88 yıldır. Hemşirelerin iş yerindeki motivasyonlarına yönelik ifadelerle verdikleri cevapların dağılımına bakıldığında %52.1'i hemşireliği "çoğunlukla" severek ve isteyerek yaptığını, %66.7'si işinin stresli olduğunu, %37.5'i kurumda ve toplum içinde işinin kendisine "biraz" saygınlık kazandırdığını belirtmiştir. Hemşirelerin %68.8'i iş güvenliğinin "hiç" yeterli olmadığını ve %47.8'i iş yerinde ruhsal olarak yorulduğunu, %45.8'i iş yerinde sekreterlik vb. işler yapmasının istendiğini, %60.4 kurumundaki eğitimlerin "biraz" yeterli olduğunu düşünürken %41.7'si aldığı eğitimleri etkin bir şekilde kullanabildiğini düşünmektedir. Hemşirelerin %45.8'i "bir sorun, istek ya da önerim olduğunda bunu her zaman yöneticilerimle paylaşabilmekteyim" derken, %43.8'i yöneticilerinin yaptıkları iyi işleri takdir ettiklerini, ancak hemşirelerin %33.3'ü personelle ilgili konularda karar alınırken "kısmen" fikirlerinin alındığını, %39.6'sı kurumunda insanların birbirine güvendiğini ve %50'si kurumunda ekip çalışması olduğunu ve aynı oranda herhangi bir probleminin olduğunda çalışma arkadaşlarının kendisine yardım edeceğini düşünmektedir. Hemşirelerin %46.9'sı çalıştıkları kurumdaki motivasyonlarını "orta" düzeyde bulmakta ve %47.9 kurumundan memnun olduğunu ifade etmekte iken, %64.6'sı kurumun performansını "iyi" bulmaktadır. Hemşirelerin %79.2'si hemşireliği yeniden seçmeyeceğini, %62.5'i koşulları uygun olsa mesleği bırakacağını ifade ederken işini severek yapma ile mesleği bırakmayı düşünme arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.049$). Hemşirelerin %66.7'si çalışmakta olduğu kurumu başkalarına tavsiye etmeyeceğini ve %75.0'i fırsat bulsa başka kuruma geçmek istediğini ifade etmişlerdir. Söz konusu iki ifade arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.01$).

SONUÇ: Sonuç olarak, hemşirelerin yarıya yakını kurum motivasyonunu orta düzeyde bulmakta ve çalışmaktan memnun olduğunu ancak yönetimle, kendilerinden beklentilerle ve hastalardan kaynaklanan nedenlerle motivasyonlarının olumsuz etkilendiğini ifade ettikleri, çoğunluğunun kurum değiştirme isteğinde oldukları belirlenmiştir.

ANAHTAR KELİMELELER: Psikiyatri hemşiresi, hemşire, motivasyon, iş memnuniyeti, ruh sağlığı

KAYNAKLAR

- Öge E., *Çalışma Yaşamının itici Gücü: Motivasyon*. T.C. Anadolu Bil Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 2006; Yıl 1, Sayı 3: 36-43.
- Zurn P., Dolea C., Stilwell B., *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce WHO and ICN: Geneva 2005*.
- ÖZER M., BAKIR B., *Sağlık Personelinin Motivasyonu ile İlgili Etmenlerin Belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi 2003: 45 (2) : 117 - 122*.
- Aslan Y., Artukoğlu S., Cevahir E., *Özel Hastanelerde Yardımcı Sağlık Personelinin Verimliliğini Etkileyen Faktörler Ve Hemşireler Üzerinde Bir Uygulama*, www.sabem.saglik.gov.tr/akademik, Erişim Tarihi: 26/12/2007.
- Farrell G A., Dares G., *Nursing Staff Satisfaction on a Mental health Unit, Australian and New Zeland Journal of Mental Health Nursing. 1999: 8, 51-57*.

Psikiyatri Kliniği'nde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Çatışma Yönetimi Yöntemleri ve Tükenmişlik Düzeyleri

Yük.Hem.Ayşe BÜYÜKBAYRAM, Doç.Dr. Şeref GÜLSEREN

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İZMİR

AMAÇ: Psikiyatri kliniği çalışanlarında da uygun çatışma çözme yöntemlerinin kullanılmaması ve iş yeri stresinin fazla olması nedeniyle tükenmişlik düzeyinin arttığı belirtilmektedir (1,2). Araştırmanın amacı, psikiyatri kliniğinde çalışmakta olan doktor ve hemşirelerin çatışma yönetimi yöntemleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkilerinin incelenmesidir.

YÖNTEM: Araştırma, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği'nde, 2007 Aralık ayında, 33 hekim ve 27 hemşireyi ile yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma verilerinin toplanmasında; Tanıtıcı Bilgi Formu, Rahim Örgütsel Çatışma Ölçeği Form-C, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır(3). Veriler yüzdeler, ortalama, standart sapma, "t" testi ve Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hemşirelerin yaş ortalaması 31.92 ± 5.92 , doktorların 32.42 ± 6.75 ; hemşirelerin meslekte çalışma süresi 11.01 ± 6.47 , doktorların 7.08 ± 6.77 olarak bulunmuştur. Hemşire ve doktorların tükenmişlik düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde; hemşireler duygusal tükenme alt ölçeğinden 7.14 ± 4.12 , doktorlar 11.4 ± 5.4 ; hemşireler duyarsızlaşma alt ölçeğinden 1.96 ± 2.0 , doktorlar 2.7 ± 2.5 ; hemşireler kişisel başarı alt ölçeğinden 23.0 ± 3.12 , doktorlar 21.9 ± 3.4 puan almışlardır. Hemşire ve doktorların çatışma yönetimi yöntemleri puan ortalamaları incelendiğinde; hemşireler bütünleştirme alt ölçeğinden 30.96 ± 2.9 , doktorlar 29.84 ± 2.79 ; hemşireler uyma alt ölçeğinden 20.59 ± 3.62 , doktorlar 19.09 ± 2.71 ; hemşireler hükmetme alt ölçeğinden 15.22 ± 3.15 , doktorlar 14.69 ± 2.56 ; hemşireler uzlaşma alt ölçeğinde 17.51 ± 1.34 , doktorlar 16.87 ± 1.79 ; hemşireler kaçınma alt ölçeğinden 17.33 ± 4.5 , doktorlar 16.96 ± 4.29 puan almışlardır. Hemşirelerin çatışma çözme yöntemleriyle tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken; doktorların kaçınma davranışları ile kişisel başarı düzeyleri arasında ve uzlaşma davranışları ile duyarsızlaşma düzeyleri arasında *negatif* yönde; bütünleşme ve uzlaşma davranışları ile kişisel başarı düzeyleri arasında *pozitif* yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

SONUÇ: Sonuç olarak, hemşirelerin uygun çatışma yöntemleri kullanmaları nedeniyle tükenmişlik yaşamadıkları, doktorların ise tükenmişlik düzeylerinin azaltılabilmesi için çatışma çözme becerileri eğitimlerine gereksinim olduğu düşünülmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Psikiyatri hemşiresi, psikiyatrist, çatışma yönetimi, tükenmişlik

KAYNAKLAR

1. Çıtak E.A.(2006), *Çatışma Çözümü Eğitiminin Hemşirelerin Çatışma Çözüm Becerisi, Yönetimi ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi*. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İzmir
2. Kaçmaz N.(2005), *Hemşirelerde İş Stresi ve Tükenmişlik*, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi, 8; 67-77
3. Aydemir Ö.(2006), Köroğlu E, *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, Hekimler Yayın Birliği-MedicoGraphics, Ankara, 138-142

Akut Psikiyatri Kliniklerinde Tespit İzolasyon Yönteminin Kullanım Sıklığı ve Tespit Süreleri

Dr. Hem. Sibel COŞKUN*, Hem. Fatma AVLAMAZ

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

AMAÇ: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Akut Psikiyatri Kliniklerinde tespitte izolasyon yönteminin kullanım sıklığı ve tespit sürelerinin belirlenerek klinikler arası farklılığın araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Akut psikiyatri kliniklerindeki tespitte izolasyona ait kayıt defterleri retrospektif olarak incelenmiş, Kasım-Aralık-Ocak aylarına ait tespitte izolasyon sayısı, nedeni ve sürelerine ait veriler toplanmıştır. Kliniklerin ortalama yeni hasta yatışı ve ortalama hasta sayılarına dair verilerde dikkate alınarak tespitte izolasyonun uygulanma sıklığı ve tesbit sürelerinin klinikler arası farklılığı istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: 3 aylık süre boyunca kliniklerin tespitte izolasyon sayıları ve süreleri hesaplandığında klinikler arası anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,001$). Kadın hasta kliniklerinde tespitte izolasyon sayısı ve tespitte kalma süresi erkek hasta kliniklerine göre fazla bulunmuştur (Bkz. Tablo1). Cinsiyet farkı ve kadın kliniklerinde yeni yatış ve hasta mevcut oranlarının nispeten yüksek olmasının bu farklılığa etki ettiği düşünülmektedir. Ayrıca tespitte izolasyon sayısı ve tespitte kalma süresi anlamlı derecede düşük bulunan K4 blok ekibi ile yapılan görüşmelerde ekip üyeleri; hastayı konuşarak sakinleştirmek için yoğun çaba harcadığını, hastalar eksite olmadan fark ederek farmakolojik yöntemleri daha etkin kullanmaya çalıştıklarını ve tespitteki hastayı en kısa sürede çözmeyi amaçladıklarını belirtmişlerdir. Kliniklerin hemşirelik personeline ait özellikleri karşılaştırıldığında ise anlamlı farklılık bulunmamakla beraber K4 blokta erkek hemşirelik personeli sayısı nispeten fazladır.

Tablo1: Akut psikiyatri kliniklerinde tespitte izolasyon oranları ve tespit sürelerinin karşılaştırılması

	<i>H1 kadın</i>	<i>H2 kadın</i>	<i>H3 kadın</i>	<i>Erge n kadın</i>	<i>K1K2 erkek</i>	<i>K2K1 erkek</i>	<i>K2K2 erkek</i>	<i>Erge n erkek</i>	<i>K3K2 erkek</i>	<i>K4K1 erkek</i>	<i>K4K2 erkek</i>
<i>Yatak sayısı</i>	55	60	58	14	45	45	45	17	44	42	47
<i>Ortalama hasta mevcudu</i>	52	56	59	15	54	54	56	21	56	51	53
<i>Ortalama aylık yeni hasta yatışı</i>	84	82	92	32	79	65	72	37	73	68	78
<i>3 aydaki tesbit sayısı</i>	194	140	172	208	99	65	98	133	112	73	58
<i>Tesbit süresi ort (dk.)</i>	308	365	185	107	230	208	207	118	196	104	153

Araştırma bulguları, hastane verilerinden elde edilen bir yıl önceki tespitte izolasyon sayı ve süreleri ile karşılaştırıldığında bir yıl öncesine göre kadın kliniklerinde ortalama tespit süresi ve sayısında artış olduğu, erkek kliniklerinden K2 blokta tespitte izolasyon sayılarında azalma diğer erkek kliniklerinde ise artma olduğu belirlenmiştir, tüm kliniklerde bir yıl öncesine kıyasla tespitte izolasyon esnasında ergonomik tespit donanımlarının kullanıldığı tespit gömleğinin tercih edilmediği saptanmıştır. Tespit sayı ve sürelerindeki artışın gömlek yerine daha ergonomik ve daha güvenli olan tespit donanımının kullanılmasıyla ilişkili olabileceği fakat nedenlerin araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Tespitte izolasyonun uygulanma gerekçeleri olarak sırasıyla; aşırı gürültü çıkarma ve davranış bozukluğu, şiddet davranışında bulunma, tedavi ekibine saldırı, eşyaya yönelik şiddet, başka hastaya saldırı, servisten kaçma girişimi ve konfüzyon olarak sıralanmıştır. En çok kullanılan tespitte izolasyon yöntemi; gömlek kullanılmaksızın yapılan el, ayak, göğüs kemeri ile tespit, ikinci olarak ise; sadece el ve ayak kemeri ile uygulanan tespit yöntemi belirlenmiştir.

SONUÇ: Akut psikiyatri kliniklerinde tespit uygulama sayısı ve sürelerinin yüksek olarak değerlendirilmiştir. Araştırmamızda en az tespitle izolasyon uygulanan klinik K4K2, en çok tespitle izolasyon uygulanan klinik H1 ve en uzun süreli tespit uygulayan klinik H2 olarak belirlenmiş olup bir yıl öncesine göre tespit sayı ve sürelerinde artış saptanmıştır. Klinikler arası farklılıkların ve tespitle izolasyon sayı ve tespit sürelerindeki artışın nedenlerinin araştırılması, tespitle izolasyon uygulamalarının azaltılması, tespit sürelerinin kısaltılmasına yönelik girişimlerin planlanması, tespit vakalarının tespitle izolasyon protokolüne uygunluğunun denetlenmesi, klinik ekiplerin ve hemşirelik personelinin eğitilmesi önemlidir(1,2,3).

ANAHTAR KELİMELELER: Tespit, eksitasyon, akut psikiyatri.

KAYNAKLAR

1. Bilici R.: *Psikiyatri Kliniklerinde Tecrit ve Tesbit Uygulamaları, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık tezi, İstanbul, 2007.*
2. Hallerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. *Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. J. Psychiatr Pract. 2007 Sep;13(5):308-17.*
3. Martin V, Bernhardsgrütter R, Goebel R, Steinert T.: *The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: a comparison of the practice in germany and Switzerland, Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health. 2007 Feb;4;3:1*

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi

Dr.Hem. Sibel COŞKUN, Uzm.Hem Ayşe ÖZTÜRK

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

AMAÇ: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşirelik hizmetlerini yürüten personelin çalışma ortamında karşılaştıkları sözel ve fiziksel şiddet durumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Aralık 2006- Ocak 2007 tarihleri arasında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, basit rastlantısal yöntemle seçilen 121 hemşirelik hizmetleri personeli ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanılmış ankette sosyodemografik verilere ek olarak şiddete maruz kalma durumlarını belirlemeye yönelik sorulara yer verilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında yüzdeler ve "Ki kare" testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre; yaş ortalaması 33,75±8,69 olan hemşirelik personelinin %56,2 si psikiyatri kliniklerinde, %17,4'ü acil ve polikliniklerde, %26,4'ü Nöroloji, Nöroşirurji birimlerinde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelik personelinde sözel şiddete maruz kalma oranı %86, fiziksel şiddete maruz kalma oranı %50,4 olarak saptanmıştır. Özellikle fiziksel şiddete maruz kalma oranı açısından psikiyatri kliniklerinde çalışanlar %63,2, nöroloji&nöroşirurji birimlerinde çalışanlar %40,6, acil ve polikliniklerde çalışanlar ise %23,8 oranında fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade etmiş ve çalışılan bölümler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(p<0,05). Fiziksel şiddet türü olarak %22,3 tokat atma, %28,9 itme, %15,7 tekme, %21,5 eşya fırlatma, %19,8 yumruk atma, %9 ısırma ve %6,6 oranında cinsel taciz tanımlanmıştır. Şiddet olaylarının %77'sinin hastalar tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır. Ayrıca %21,5 oranında fiziksel şiddetin rapor edildiği ve %9 oranında psikolojik destek alındığı belirlenmiştir.

Güvenlik tedbirlerinin yeterliliği sorulduğunda araştırmaya katılanların % 52,1'i "hayır", %35,5'i "kısmen yeterli" ve %11,6'sı "yeterli" cevabını vermiştir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu, psikiyatri kliniklerinde iş riskinin daha fazla olduğunu belirtmiş ve %67,2'si mesai saatinin psikiyatri kliniklerinde çalışanlar için 6 saat olmasını önermişlerdir.

SONUÇ: Özellikle psikiyatri birimlerinde çalışan hemşirelik personelinin fiziksel şiddete maruz kalma oranının yüksek olduğu, güvenlik tedbirleri ve güvenlik personeli sayısının ise yeterli olmadığı saptanmıştır. Araştırmalar da psikiyatrik ortamların ve hemşirelerin çalışma koşullarının oldukça stresli ve riskli olduğunu göstermektedir (2,3,4). Psikiyatri kliniklerindeki hasta sayısının yatak kapasitesi ve terapötik ortamın sağlanmasına yönelik olacak şekilde azaltılması ve hemşirelerin güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirlerin artırılması yönünde daha fazla düzenleme yapılmasının önemli olduğu sonucuna varılmıştır (1,2).

ANAHTAR KELİMELER: Şiddet, psikiyatri hemşireliği, psikiyatri.

KAYNAKLAR

- 1.Tuna A., Akın M., Tuna H., Coşkun S.: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelik personelinin yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerilerinin araştırılması, 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Poster bildiri, 2004.
- 2.Bilgin H., Buzlu S.:A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues Ment Health Nurs.* 2006 Jan;27(1):75-90.
- 3.Owen C., Tarantello C., Jones M., Tennant C.: Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv.* 1998 November;49:1452-1457.
- 4.Haim R., Rabinowitz J., Lereya J., Fennig S.: Predictions made by psychiatrists and psychiatric nurses of violence by patients. *Psychiatr Serv.* 2002 May; 53:622-624.

Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi

Sor. Hem. Emel ÇEVİRİM, Öğr. Gör. Uzm. Dr. Fatma VAROL TAŞ, Yard. Doç. Dr. Taner GÜVENİR
Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi, İZMİR

AMAÇ: Terapötik ortam, hastanın sağlığına tekrar kavuşması ve rehabilitasyonun tekrar geliştirilmesi için çevredeki tüm kaynakların hasta yararına organize edilmesi ve ekipteki tüm bireylerin buna katılmasını içermektedir. Bu bildirinin amacı da, ülkemizde az sayıda bulunan çocuk ve ergen ruh sağlığı servislerinden biri olan kliniğimizdeki terapötik ortama ilişkin uygulamaların paylaşılmasıdır.

YÖNTEM: Kasım 2005 tarihinden itibaren faaliyet göstermeye başlayan Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisindeki terapötik ortam uygulamaları ve hemşirenin bu uygulamalardaki rolü, geriye dönük olarak gözden geçirilmiştir.

BULGULAR: Terapötik ortamın öğelerinden güvenlik, yapı, normlar, sınırlar, esneklik ve denge unsurlarının hepsine ilişkin uygulamaların yapılmaya çalışıldığı, özellikle güvenlik, sınırlar ve yapı alanlarına ait planlamaların daha yoğun olduğu ve tüm bu alanlarda ekibin bir üyesi olarak hemşirenin önemli görev ve sorumlulukları olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ: Ülkemizde çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında yataklı servis deneyimi kısıtlıdır. Bu nedenle bu alanda hemşirenin görev ve sorumluluğuna yönelik paylaşımlar yetersiz kalmaktadır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servis ekibinin vazgeçilmez ve temel üyesi olan hemşirelerin hem eğitimleri, hem de deneyim paylaşımları alanlarında yardım ve destek almalarına gereksinim duyulmaktadır.

ANAHTAR KELİMELELER: Çocuk ve ergen ruh sağlığı, servis, terapötik ortam

KAYNAKLAR

- 1.Oflaz F. *Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006;7:55-61*
- 2.Sökmez T, Yazan B, Üçok G, Ceylan E. *Ortam tedavisi. Psikiyatri Hemşiresine Pratik Notlar, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, İzmir, Ege Üniveristesi Basımevi, 1996;2:83-89*
- 3.Delaney KR. *Top 10 milieu interventions for inpatient child/adolescent treatment. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2006;19(4):203-214*

Psikiyatri Uygulamasına Çıkan Öğrencilerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi

Öğr.Gör.Gülseren ÇITAK TUNÇ*, Öğr.Gör.Aysel ÖZDEMİR*,
Öğr.Gör.Dr. Neriman AKANSEL* Uzm.Hem.Elif AŞIK**

*Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, BURSA

** Yüksekova Devlet Hastanesi, HAKKARİ

AMAÇ: Kaygı gençlerin bilgi ve becerilerini kullanarak üretken ve yaratıcı olmasını engelleyebilir, kendini gerçekleştirmesine ve öğrenme sürecine ket vurabilir. Kaygı düzeyi yüksek olan bir öğrenci hemşire iyi gözlem yapamaz, iyi bakım veremez, iyi iletişim kuramaz ve hastanın güvenini kaybeder.

Bu çalışma "Psikiyatri Hemşireliği Dersi"ni alan öğrencilerin kaygı düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırmanın evren ve örneklemini Uludağ Üniversitesi SYO' da 2005-2006 öğretim yılı yaz okulunda "Psikiyatri Hemşireliği Dersi"ni alan tüm öğrenciler oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan genel bilgi formu ve Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri aracılığı ile toplanmıştır. Veri formları 6 hafta süren Psikiyatri uygulamasına başlamadan bir gün önce, 3. haftanın sonunda ve 6. haftanın sonunda toplam üç kez uygulanmış ve SPSS.10.00 programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik dağılımlar, ortalamalar ve Wilcoxon testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun 22-23 yaş arasında (%55.6), çalıştığı (%33.3), başarısızlıktan dolayı dersi tekrar aldığı (%37) saptanmıştır. Öğrencilerin %40.7'si çocuk psikiyatrisinde, %59.3'ü yetişkin psikiyatrisinde uygulamaya çıkmakta ve yaklaşık yarısı (%44.4) başka okullardan gelerek bu dersi almaktadır. Öğrencilerin %92.6'sı mesleklerini sevdiklerini ifade etmektedir. Öğrencilerin durumluk kaygı düzeyi puan ortalamaları uygulama öncesi 42.37 ± 9.96 , ortası 55.22 ± 14.13 , sonu 45.40 ± 10.43 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi ve ortası ($Z1 = -3.379$, $p < 0.05$), uygulama öncesi ve sonu ($Z2 = -1.959$, $p < 0.05$), uygulama ortası ve sonu ($Z3 = -2.554$, $p < 0.05$) durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Uygulama öncesi, ortası ve sonu sürekli kaygı puan ortalamaları sırasıyla 44.33 ± 11.42 , 46.00 ± 8.38 , 44.74 ± 8.18 olarak belirlenmiştir. Sürekli kaygı puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel analizde istatistiksel düzeyde anlamlı fark elde edilememiştir ($p > 0.05$).

SONUÇ: Öğrencilerin uygulama dönemi ortasındaki durumluk kaygı düzeyi daha yüksektir. Uygulama ortasında ara sınavın bulunmasının bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir. Sınav öğrenciler için önemli bir kaygı faktörüdür.

ANAHTAR KELİMELER: Durumluk kaygı, sürekli kaygı, hemşirelik öğrencisi

KAYNAKLAR

- 1-Şirin A, Kavlak O, Ertem G (2003) Doğumhane Stajına Çıkan Öğrencilerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(1): 27-32
- 2-Öner N, Le Compte A (1983) Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları
- 3-Çam O, Kohorshid L, Özsoy AS (1998) Öğrencilerin çalışma davranışı, sınav kaygısı ve benlik saygısının başarı düzeylerine etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14(3):243:255.

Paranoid Şizofren Hasta ve Hemşirelik Yaklaşımı

Öğr. Gör. Sibel ÇOBAN, Yrd. Doç.Dr. Havva TEL

Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, KAYSERİ

Paranoya yoğun ve güçlü biçimde savunulan herhangi bir mantıksız kuşku olarak tanımlanmaktadır. Bireyin paranoid fikirleri, deneyimlerle düzeltilememekte, olgularla ya da gerçek ile değiştirilememektedir. Paranoid şizofreni düşünce içeriğinde belirgin bozukluklarla kendini gösteren bir hastalıktır. Bu hastalıkta; kötülük görme sanrıları, büyüklük sanrıları, etkilenme fikir ve sanrıları, alınganlık, kuşkuculuk sık görülen düşünce bozukluklarıdır. İletişim sırasında paranoid bireyin konuşması mantıklı, düzenliymiş gibi bir izlenim bıraksa da dikkatli izleyince gerçeğe uygunsuzluk, düşünce kopuklukları ve sanrılarda tutarsızlık görülmektedir. Paranoid şizofren bireyler genellikle yoğun korku yaşamaktadır. Bu bireylerin paranoid görünüşleri aslında acı veren duygulara karşı bir savunma olarak ortaya çıkmaktadır. Paranoid şizofren hastalar duygularının her zaman farkında olmamakla beraber, yalnızlık, umutsuzluk, çaresizlik ve terk edilme korkusu yaşamaktadırlar. Paranoid şizofren hastaların, hastane ortamında personeli ve hizmetin işleyişini ciddi ve gerçekçi bir şekilde eleştirebildikleri de görülmektedir. Paranoid şizofren hastalarla çalışırken sağlık personeli de yoğun kaygı, yalnızlık ve güvensizlik gibi duygular yaşayabilmektedir. Yaşanan bu duygular bazen sağlık çalışanında yoğun anksiyete ve diğer rahatsız edici duygulara da neden olarak hastaya yardımcı engelleyici nitelik kazanabilmektedir. Bu nedenle paranoid şizofren hasta ile çalışırken hemşirenin yaşadığı duygularını tanıması, tepkilerinin farkında olması ve duygularını hasta bakımına yansıtması önemli bir gerekliliktir.

Paranoid şizofren bireyler diğer şizofrenik bozukluğu olan bireylere kıyasla bağımsız yaşama becerileri ve mesleki fonksiyon açısından daha iyi durumda olabilmekte ve öz bakım sorunu fazla yaşamamaktadırlar. Bu bireyler kişilerarası ilişkilerde kendilerini uzak tutma çabası göstermekle birlikte gerçekte iletişimle ilgili sıkıntıları daha az, beslenme ve uyku ile ilgili ise ciddi sorunlar yaşayabilmektedirler. Bireysel farklılıklar göstermekle birlikte paranoid hasta ile çalışırken; düşünce sürecinde değişim, panik düzeyde anksiyete, tedaviye uyumsuzluk, kuşku ve savunma davranışları, kötülük görme korkusu gibi hemşirelik tanılarına da sıklıkla rastlanmaktadır. Bu nedenle hastanın bakımında; özel iletişim ve danışmanlık teknikleri, kendine bakım stratejileri ve ortam müdahaleleri önemli yer tutmaktadır. Hastalık sürecinde hasta ve ailesine danışmanlık verilmesi ve planlı hemşirelik bakımıyla desteklenmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

- 1.Viedebeck S (2001) *Psychiatric Mental Health Nursing, Lippincott Company, Philadelphia*
- 2.Varcarolis EM (1998) *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, WB, Saunders Company, Philadelphia*
- 3.Fortinash K.M., P.A.Holoday-Worret (1996), *Psychiatric Mental Health Nursing, Mosby Company*
- 4.Hocaoğlu Ç (2001) *Paranoid Semptomlar ve Sendromlar, Psikiyatri Dünyası; 5:97-104.*

Samsun Ruh Sağlığı Hastanesinde Hemşirelerin Hedef Olduğu Saldırganlık

Gönül DAVULCU*, Ömer BÖKE**, Ömer Faruk KAÇAR **

*Samsun Ruh Sağlığı Hastanesi, SAMSUN

**OMÜ Psikiyatri Ana Bilim Dalı, SAMSUN

AMAÇ: Bu çalışmada Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan hemşirelerin hangi sıklıkla sözel ve fiziksel saldırıya hedef olduklarını, saldırıya uğradıkları bazı özelliklerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya Mart ayı itibarıyla Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda çalışan 105 hemşirenin %89'u (n=93) katıldı. Kontrol grubu olarak yine kronik hastaların takip edildiği Samsun Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 70 hemşirenin %79'u (n=55) katıldı. Her iki gruptan veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formuyla toplandı. Hastanede çalıştıkları süre boyunca fiziksel saldırıya uğradıkları ve 2007 yılında hedef oldukları sözel ve fiziksel saldırıya uğradıkları sayısı sorgulandı. Bunlarla birlikte hedef oldukları en şiddetli saldırıya uğradıkları ilgili başa çıkma yolları değerlendirildi.

Elde edilen tüm veriler SPSS programına aktararak analiz edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, ikili grupların sürekli verilerinin karşılaştırılmasında t testi kullanıldı. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama±standart sapma, sayımla elde edilen veriler ise sayı % olarak gösterildi. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak alındı.

BULGULAR: Çalışma ve kontrol grubunda sosyodemografik veriler açısından istatistiksel anlamlılıkta fark bulunmamıştır. Samsun Ruh Sağlığı hastanesinde ve Samsun Göğüs Hastanesinde çalışan hemşirelerin 2007 yılı içinde hedef olduğu saldırıya uğradığında, hastaların Samsun Ruh Sağlığı Hastanesinde çalışan hemşirelere çok daha fazla sözel ve fiziksel saldırıya uğradıkları saptanmıştır (p<0.01). 2007 yılında hasta yakını tarafından yönlendirilen saldırıya uğradığında ise iki hastane arasında fark bulunmamıştır. Ancak hemşirelerin ilgili hastanede çalıştıkları toplam süreye bakıldığında hem hasta, hem de hasta yakınının Samsun Ruh Sağlığı Hastanesinde çalışan hemşirelere belirgin olarak daha fazla saldırıya uğradıkları bulunduğu görülmektedir. Yine buradaki fark hastanın yönlendirdiği saldırıya uğradığında çok yüksek anlamlılıktadır. Bu çalışmada Samsun Ruh Sağlığı Hastanesinde çalışan bir hemşireye hastaların bir yılda ortalama 43.2±47.2 kez, yüksek ses çıkararak kızgınca bağırarak, 31.7±44.3 kez suçlayıcı hakarete bulunduğu, 26.6±41.4 kez küfürle hakaret ettiği, 14.6±33.2 kez kendisine zarar vereceğini söylediği tespit edildi. Yine Samsun Ruh Sağlığı Hastanesinde çalışan bir hemşireye hastaların bir yılda ortalama 0.7±1.6 kez tehdit ederek elbiselerinden çektiği, beden ya da yüzünden ittiği, 0.2±0.54 kez, saçlarından çektiği yumruk attığı, beden ya da yüzlerinden ittiği veya suçlayıcı hakarete bulunduğu, 0.14±0.58 kez hafif ya da orta derecede fiziksel yaralanmaya neden olacak şiddetle fiziksel saldırı ve küfürle hakaret ettiği ve 2 hemşirenin hasta tarafından ciddi yaralanmaya neden olacak şekilde fiziksel saldırıya uğradığı tespit edildi. Kırk dört (%47.3) hemşire karşı karşıya kaldığı en şiddetli saldırıyı hiçbir makama bildirmemiş. Bildirimde bulunan sadece 8 hemşire hedef olduğu saldırıya uğradığı yazıya dökmüş, tutanak tutmuş ve idareye bildirmiş. Diğerleri sadece sorumlu ya da başhemşireliğe sözel olarak durumu aktarmış. Yedi hemşire ise hedef oldukları saldırıya uğradıktan sonra tıbbi yardım, yine 7 hemşire ruhsal yardım almak için doktorlara başvurmuş.

SONUÇ: Samsun Ruh Sağlığı Hastanesinde çalışan hemşireler yine bir dal hastanesi olan Samsun Göğüs Hastanesinde çalışan hemşirelerden çok daha fazla saldırıya maruz kalmaktadır. Buda psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin saldırıya uğrama riskinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin saldırıyla başa çıkma konusunda eğitim almaları gerektiği kanısına varılmıştır.

ANAHTAR KELİMELELER: Saldırganlık, psikiyatri, hemşire

Manik Hasta ve Hemşirelik Bakımı

Öğr.Gör. Sibel DOĞAN, Yrd.Doç.Dr. Havva TEL

Erciyes Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, KAYSERİ

Duygulanım bozuklukları, bipolar ve depresif bozukluk olarak ayrılmaktadır. Bipolar bozukluk, tekrarlayıcı depresif duygulanım epizotları, bir veya birden fazla manik epizotları içerir. Bipolar bozukluklar, destekleyici tedavi ile hastaların ve ailelerin eğitimini gerektiren kronik hastalıklardır. Destekleyici tedavi, hasta ve aile eğitimi, hastalık relapsını etkin bir şekilde engellenebilmekte ve hastanın yaşam kalitesini artırabilmektedir. İlaç tedavisi hastalığı kontrol etmede ve hastalığın gelecekteki epizotlarını azaltmada önemli bir etkiye sahiptir.

Bipolar bozukluklarda manik epizot ani bir şekilde başlamakta, bireyin gerçeği değerlendirmesinde bozukluk, grandiyöz veya perseküsyon sınırları şeklinde görülmektedir. Ayrıca bireyin günlük yaşamında kişilerarası ilişkilerinde, sosyal yaşamında ve iş yaşamında bozulmalar görülmektedir. Manik hastalarda hemşirelik tanıları; düşünce sürecinde değişiklik, etkisiz bireysel baş etme, beslenmede değişiklik, sıvı volüm eksikliği, uyku sürecinde bozukluk, bireysel bakımda yetersizlik, yaralanma riski, başkalarına yönelik şiddet riski, aile sürecinde değişiklik vb. olarak sıralanmaktadır.

Manik hastaya hemşirelik yaklaşımları çok yönlüdür. Bakımda hastanın fiziksel ihtiyaçları genellikle öncelikli olarak ele alınır. Akut manik ataklarda, hastanın tükenmişlik ve kardiyak kollarstan ölümünü önlemek yaşamsal önem taşımaktadır. Hasta ile terapotik iletişim kurularak hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesine yardım edilir. Manik dönemdeki hastalar güvenlik açısından risk taşıdığından hemşirenin hasta ve çevresindekiler için güvenli bir ortam oluşturması gerekmektedir. Hemşire manik hastaları intihar düşüncesi ve başkalarına zarar verme gibi plan ya da düşünceleri açısından değerlendirmelidir. Hastalar sosyal açıdan kabul edilebilir aktivitelere yönlendirilerek enerjilerini olumlu yöne kanalize etmeleri sağlanmalıdır.

Manide bireylerin aile süreci olumsuz etkilendiğinden hasta, aile merkezli ele alınarak aile bireylerine danışmanlık verilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Mani, bipolar bozukluk, hemşirelik bakımı

KAYNAKLAR

1. Varcolaris E (1998) *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing. 3. Edition, London.*
2. Viedebeck S (2001) *Psychiatric Mental Health Nursing. Lippincott Company, Philedelphia*
3. Öztürk O (1997) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.*

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinin İlk Üç Yılına Değerlendirilmesi

Yrd.Doç.Dr.Gülgün DURAT *, Hem.Hatice AYDEMİR OKSAL**

*Sakarya Üniversitesi SYO, SAKARYA

**Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, SAKARYA

AMAÇ: Psikiyatri kliniklerinde tedavi ve bakım hizmetlerinin daha sağlıklı biçimde planlanması, ruh sağlığı politikalarının biçimlendirilmesi için, kliniklerin yatak kapasitelerinin ve yıllık hasta yatışının bilinmesi önemlidir. Açılışından 2007 sonuna kadar psikiyatri kliniğinin yataklı servis uygulamaları değerlendirilerek bu çalışma ve politikalara katkı sağlanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Mart 2005-Aralık 2007 de psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 392 hasta değerlendirilmiş, bilgiler geriye dönük olarak yatan hasta protokol defterinden elde edilen verilerle incelenmiştir. Sonuçlar SPSS 11.0 ile değerlendirilmiştir. Analizlerde yüzde dağılımları, ortalamalar ve ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Sosyodemografik verilere baktığımızda; %58,4 ünün kadın, % 41.6 sının erkek, yaş ortalamasının 35,8 olduğu belirlenmiştir. %57.4 ü şehir merkezinde yaşamakta, %91.8 i sosyal güvenlik haklarından yararlanmaktadır. Çalışmamızdaki hastaların tanılarına göre dağılımları; %14.8'i şizofreni, %41,1'i affektif, %1.8 i paranoid bozukluk, %21,2'si ayırt edilmemiş psikoz, %15,8'i anksiyete bozuklukları, %1.3'ü somatizasyon, %31'i konversiyon bozukluğu, %1'i alkol ve madde kullanım bozukluğu şeklindedir. Ortalama yatış süreleri 13.1 gün, tanı gruplarına göre yatış süreleri en uzun olanlar, şizofreni ve ayırt edilmeyen psikoz tanısı ile yatanlardır. Yatışların yıllara göre dağılımları 2005'te 107 (%27.3), 2006'da 112 (28.6), 2007'de ise 173 (% 44.1)'dir. 232 kadın, 160 erkek hasta bir kez yatarak tedavi görmüş, 44 kadın ve 34 erkek hastanın tekrarlayan yatışları olmuştur. 12 hasta ise başka hastanelere sevk edilmiştir. Hastaların bakımında 13 hemşire sorumluluk almıştır. Bunların üçü lise, biri ATT, altısı ön lisans, üçü lisans mezunudur.

Çalışmamızın sosyodemografik verileri Soygür ve ark. (1) verileri ile hastaların tanı sıralaması Yıldız ve ark. (2) verileri ile ve hastaların yatış süresi Kısa ve ark. (3) verileri ile benzerdir. Sağlık Bakanlığı 2003 verilerine göre ülkemizde yatarak tedavi gören hastaların %49,5'inin psikotik bozukluk, %15.7'sinin alkol ve ilaç bağımlılığı, %29.8'inin nevrozlar, kişilik bozuklukları ve psikoza bağlı olmayan akıl bozuklukları, %4.7'sinin zeka geriliği nedeniyle hastanelere yatırıldığı belirlenmiştir (4). Araştırmanın yapıldığı psikiyatri kliniği, ildeki tek yataklı servis olduğundan, elde edilen sonuçlar aynı zamanda Sakarya ilinin toplam sonuçlarıdır. Bu süreçte toplam 90 hasta ise çevre illerdeki bölge hastanelerine sevk edilmiştir.

SONUÇLAR: Ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin verilerin toplanması ve kaydedilmesi ruh sağlığı hizmetlerinin gelecekte sağlıklı bir şekilde planlanabilmesi için zemin oluşturacaktır (5). Bu çalışma ile ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerinin ve kayıt sisteminin geliştirilmesine küçük bir katkı sağlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Psikiyatri, psikiyatri kliniği, psikiyatrik bozukluk, ruh sağlığı hizmeti

KAYNAKLAR

- 1-Soygür H.Yeni kurulan bir psikiyatri kliniği yataklı servisinin ilk beşyüz günü: Bir değerlendirme çalışması, *Anatolian Journal of Psychiatry* 2005;6:170-176.
- 2-Yıldız A. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Hasta Yatış Sürelerini Etkileyen Faktörler, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003;Cilt:13, 3:122-128.
- 3 -Kısa C. Psikiyatri Kliniğinde Yatış Sürelerini Etkileyen Faktörler. *Türkiye'de Psikiyatri* 52007,Cilt:9,2:12-17
- 4- www.saglik.gov.tr. Sağlık İstatistikleri, Türkiye'de Yatan hastaların A Listesine Göre Dağılımı 2003.
- 5- Özden A. A.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine 1982 ve 1992 Yıllarında Yatırılan Hastalar Arası Karşılaştırma Çalışması, *Kriz Dergisi* 3(1-29),144-149.

Psikotik Özellikler Gösteren Nörosifiliz Olgusunda Hemşirelik Yaklaşımları

Semra ENGİNKAYA, Nesrin TOMRUK, Nihat ALPAY

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Psikiyatri Kliniği, İSTANBUL

AMAÇ: Sifiliz, merkezi sinir sistemi tutulumu ile erken ya da geç dönemde karşımıza çıkabilmekle birlikte vücuttaki tüm organ ve dokuların tutulabildiği pek çok farklı klinik tablo ile görünebilir. Semptomatik nörosifiliz, tedavisiz sifiliz olgularının yaklaşık %4-9'unda gelişir. Sifiliz, primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç evrede seyredebilir. Tersiyer dönemde görülen nörosifiliz görülür. Nörosifiliz olgularında tıbbi tedavinin yanı sıra hemşirelik uygulama ve bakımı önemli bir yer tutar.

YÖNTEM: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi gören 48 yaşında psikotik özellikler gösteren ve nörosifiliz tanısı alan kadın hasta sunulmuştur.

SONUÇ: Olguda, hemşirelik bakımı ve tedavideki önemi ele alınmıştır.

ANAHTAR KELİMELELER: Nörosifiliz, olgu sunumu, psikiyatri

KAYNAKLAR

- 1.Bharucha NE (2000) *Infections of the nervous system, Neurology in Clinical Practice*.3.baskı. s.1334-1335.
- 2.Ropper AH, Brown RH (2006) *Adams&Victor's Principles of Neurology . Sinir Sistemi Enfeksiyonları, 8.basım,çev ed: Murat Emre, Güneş Kitabevi, İstanbul, s.531-592.*
- 3.Rowland LP, Stefanis L (2000) *Merrit's Neurology. 10. baskı, s.182-185.*

Yeni Açılan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin/Sağlık Memurlarının Hastalarla Yaşadıkları İletişim Sorunları

Öğr. Gör. Süheyla ERGÜN, Uzm. Hem. Sevil ALBAYRAK, Araş. Gör. Züleyha OCAK
A.İ.B.Ü. Bolu Sağlık Yüksekokulu, BOLU

AMAÇ: Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının bedensel sağlığının devam ettirilmesi, benlik değerinin geliştirilmesi, onların zorluklarla daha kolay baş etmesini sağlayacaktır. Bunun için etkili bir iletişim kurmak gereklidir (1). Hemşire hastayla en yakın ve en uzun süre ilişki içinde olan meslek grubudur. Hemşire hasta arasındaki ilişki hastalığın gidiş ve sonucunu belirleyen önemli etmenlerdendir (2, 3). Araştırma yeni açılan bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelerin/sağlık memurlarının hastalarla iletişimde yaşadıkları zorlukları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

YÖNTEM: İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 2006 yılında hizmete açılmıştır. Şu anda 28 hemşire, 8 sağlık memuru çalışmaktadır. Araştırmanın evren ve örneklemini 36 kişi oluşturmaktadır. Hemşirelerden biri çalışmaya katılmak istememiştir, çalışmanın yapıldığı dönemde beşi de raporludur.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $33,53 \pm 6,02$ olup, 13'ü ön lisans mezunudur. Çalışma süreleri ortalama $13,07 \pm 6,34$ yıldır, sadece 4'ünün psikiyatri deneyimi vardır ve 23'ü bu hastanede 1 yıl ve daha uzun süredir çalışmaktadır. Katılımcıların 20'si okul yaşantısı dışında iletişim ile ilgili herhangi bir eğitim almamışlardır ve 19'u hastayla iletişime ilgili eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. 23'ü hastalarla iletişimini iyi düzeyde bulmaktadır, 11'i ise iletişim sorunları yaşadıklarını belirtmiştir. Sorun yaşadıklarını belirten hemşire/sağlık memurları genel olarak hastaya kural koymada güçlük çektiklerini, hastaların kurallara uymadıklarını, tanılarına ve durumlarına göre hastaya nasıl davranacağını bilemediklerini, hastayla anlaşamadıklarını ve sinirli hasta karşısında kendilerinin de sakin olamadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşire/sağlık memurlarından 22'si hastalarla iletişimin hastanın tedavisine çok katkı sağlayacağını düşünmektedir. 12'si hastanın kendilerini yanlış anlayıp saldıracağını ve 12'si iletişim kurmada yetersiz olduklarını bazen düşündüklerini, 10'u saldırgan hastayla, 11'i cinsel içerikli davranışları olan hastayla iletişime kurmaya bazen çekindiklerini, 12'si şüpheli hastayla ve 12'si tedaviyi reddeden hastayla iletişime kurmaya nadiren çekindiklerini, 18'i ağlayan hastayla ve 15'i ise konuşmayan hastayla iletişime kurmaktan hiçbir zaman çekinmediklerini belirtmişlerdir.

SONUÇ: Hemşirelerin/sağlık memurlarının yarısından çoğunun hastayla iletişim konusunda eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmelerine rağmen, hastalarla iletişime kurmakta çoğunlukla sorun yaşamadıklarını ifade ettikleri görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELELER: Psikiyatri, psikiyatri servisi, hemşirelik, iletişim

KAYNAKLAR

1. Buldukoğlu K. Doğan S. Kum, N. Öz, F. Özcan, A. Pektekin Ç. Terakye G. Yurt V. (1996) -Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:13, İstanbul.
2. Özcan A (2006) Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim, Sistem Ofset, Ankara.
3. Üstün B. Akgün E. Partlak E. (2005) Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi, Okullar Yayınevi İzmir.

Depresif Birey ve Ailesine Yaklaşım

Öğr. Gör. Şükran ERTEKİN PINAR* , Yrd. Doç.Dr. Havva TEL**

* Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, SİVAS

** Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD

Duygulanım bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere, neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi... duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, taşkın ya da çökkün duygulanım içinde bulunması duygu-durum olarak adlandırılmaktadır. Normalde duygu durum belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösterir. Ancak bir duygu durumu aşırı düzeyde ve uzun süre devam ettiğinde duygulanım bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Duygulanım bozuklukları özellikle depresyon tüm hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardır. Depresyon derin üzüntülü bir duygu durumu içinde bireyin düşünce, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtiler yaşadığı bir sendromdur. Depresyonda; depresif duygu durumu, hiç bir şeyden zevk almama, iştahta azalma veya artma, uykusuzluk veya aşırı uyku uyuma, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, yorgunluk, bitkinlik, suçluluk, değersizlik düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, cinsel isteksizlik, ölüm düşünceleri gibi belirtiler görülmektedir.

Depresyonlu hasta ile çalışırken hemşire anksiyete, öfke ve çaresizlik duyguları yaşayabilir. Hemşirenin yaşadığı bu duygulardan ve gerçek dışı beklentilerinden hastanın bakım süreci olumsuz etkilenebilir. Bu nedenle depresyonlu hasta ile çalışan hemşirenin kendi duygularını tanıması, gerçek dışı beklentilerini fark etmesi, bu durumun hastaya yansımaları önlemek için gerektiğinde yardım ve destek alması gerekmektedir.

Bakım sürecinde depresyonlu hastanın hemşirelik tanıları bireysel farklılıklar göstermekle birlikte, hemşirelik tanıları; özbakım yetersizliği, beslenmede değişiklik, konstipasyon, diare, uyku bozukluğu, kronik düşük benlik saygısı, etkisiz bireysel baş etme, ümitsizlik, güçsüzlük, sosyal etkileşimde bozulma, kendisine zarar verme riski ve aile sürecinde değişim vb. olarak sıralanmaktadır. Depresyonlu hastaya yaklaşımda; güvenli çevre oluşturulması, yeterli dinlenme, beslenme ve özbakımın sağlanması, hastanın kendisine zarar vermesini önleme, fizyolojik ve psikolojik bütünlüğü sürdürme, uyum sağlayıcı baş etme yollarını öğretme veya geliştirme, hastalık semptomlarını önleme ve tedaviyi sürdürmeye yönelik müdahaleler yer almaktadır.

KAYNAKLAR

- 1.Fortinash KM, Holoday-Worret PA (1996) *Psychiatric-Mental Health Nursing, Mosby-Year Book, London, s. 251-263.*
- 2.Öztürk MO (1997) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s. 224.*
- 3.Varcarolis EM (1998) *Families in Crisis: Family Violence, Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, Third Edition, W.B.Saunders Company, Philadelphia, s. 552-558.*
- 4.Viedebeck SL (2004) *Psychiatric Mental Health Nursing, 2nd Edition, s. 331-374.*

Hemodiyaliz Hastalarındaki Psikiyatrik Semptomlar ve Etkileyen Faktörler

Burcu GENÇ

Vakıf Gureba Hastanesi, İSTANBUL

AMAÇ: Bu çalışma, Hemodiyaliz hastalarının psikiyatrik semptomlarını ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırmada; Hasta tanıtım formu ve Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90R) kullanılmış olup, belirti tarama ölçeği ile hastaların psikiyatrik semptomları değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın evrenini Eskişehir ilinde hemodiyaliz yapılan beş merkezdeki toplam 346 hasta oluşturmuştur. Eskişehir il merkezinde bulunan Devlet Hastanesi, Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemodiyaliz Üniteleri ve Özel Onvak ile Özel Yaşam Hemodiyaliz merkezlerinde tedavi görmekte olan, işitme veya görme gibi duyu organlarından kaynaklanan bir iletişim problemi olmayan, okuma-yazma bilen, 20 yaş üstü kadın ve erkek grubundan oluşan, anketi cevaplamak isteyen hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Bu özellikleri karşılamayan 104 hasta araştırmaya alınmamış ve toplam 242 hasta ile araştırma yürütülmüştür.

Elde edilen veriler Bağımsız iki örnek t testi, yüzdellik testi, tek yönlü Varyans analizi ve Tukey testleri ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya katılan bireylerin %60.7'si erkek, %39.3'ü kadın olup, %28.1'i 42-52 arası yaş grubundadır. Katılımcıların 179'u evli olup, 232'si haftada üç kez diyalize girmektedir. %57.9'u kronik böbrek rahatsızlığı dışında başka bir fiziksel rahatsızlığı olduğunu ifade etmiştir. Bu hastaların %24'ünde öfke-düşmanlık, %36.8'inde somatizasyon, %40.5'inde yeme-uyku bozukluğu belirtilerinin düşük düzeylerde olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Hemodiyaliz hastalarının %18.2'sinin hastalıkları ile ilgili bilgileri hemşirelerden aldıkları, hastalıklarının aile ilişkilerini ve sosyal ilişkilerini etkilediği ortaya çıkmıştır. İstatistiksel açıdan hastaların diyalize girme yılları, ikamet yerleri ile psikiyatrik semptomları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olup, cinsiyet, yaş, medeni durum ve böbrek nakil durumları ile psikiyatrik semptomları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Hemodiyaliz Hastaları, Psikiyatrik Semptomlar, Anksiyete, Depresyon, Somatizasyon

Kars İl Merkezindeki Gebe Kadınlarda Depresyon Düzeyinin Belirlenmesi

Neriman GEY, Duygu AKÇA, Nilüfer KIRANŞAL, Necla BİÇER, Sultan ŞAHİN
Kars Sağlık Yüksekokulu, KARS

AMAÇ: Gebelik ve postpartum dönem birçok klinisyen tarafından depresyon için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmektedir. Gebelikte başlayan depresyonun doğum sonrası devam edebileceği gibi sadece postpartum dönemde de depresyonlar başlayabilir. Bu araştırma Kars il merkezindeki 1. Trimestirde bulunan 15-49 yaş gurubu gebe kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine göre ruhsal durumlarını değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışmada Kars İl merkezindeki 2 Sağlık Ocağı, Doğum ve Çocuk Hastanesi tarafından takip edilen gebeliğin ilk üç ayında olan Koç Vakfı Destekli Güvenli Annelik Projesi kapsamında yer alan, çalışmaya katılmayı kabul eden, 60 gebe kadın üzerinde tanımlayıcı olarak uygulanmıştır. Gebelere sosyodemografik verileri içeren 14 sorudan oluşan anket formu ve Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 10 paket programı ve yüzdelik hesaplamalar kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 23.0±4,93dür, %68.3'ü orta dereceli okul mezunu, %95'i ev hanımıdır. %53.3'ü çekirdek aile yapısına sahip, %65'inin gelir seviyesi giderini karşılayabilecek düzeydedir. Gebelerin %36.7'si yeşil kartlı olup, %98.3'ü gebeliğinin 3. ayındadır. %75'inin isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin Beck Depresyon Puan ortalaması 14,50 olarak saptanmıştır. Gebelerin %26.7'si 0-9 puan minimal düzeyde depresif belirti, %34.9'u 10-16 puan hafif düzeyde depresif belirti, %32.0'ı 17-29 puan orta düzeyde depresif belirti, %6.8'i de 30-63 puan şiddetli düzeyde depresif belirtiler gösteren puan almışlardır.

SONUÇ: Gebelikte depresyon varlığı ihmal edilemez bir gerçektir. Çalışmamızda gebelerin %38.8'inin depresif puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerde depresyon atağına yönelik koruyucu önlemler ve erken tedavi, semptomların ağırlığını azaltmakta anne ve bebek üzerinde olabilecek olumsuz etkileri sınırlandırmaktadır. Bu bireylere stres yönetimi, ruhsal sorunların ve tedavisinin önemi konularında eğitimler uygulanmış, sağlık kuruluşlarına yönlendirmeler yapılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Beck Depresyon Ölçeği, Depresyon, Gebelik

KAYNAKLAR

1. Adana F., Bostancı N. *Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Ruhsal Durumları ve Problem Çözme Becerileri*, 41. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Erzurum, 2005
2. Adana F., Eliş S., Erdağı S. *Gebe Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları*, 41. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Erzurum, 2005
3. Arslan H., Gürkan Ö.C., Ekşi Z., Yiğit F.E., *Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri, Aile Ve Toplum Dergisi*, 71-76, Temmuz- Ağustos-Eylül, 2006
4. Cebeci S. A, Aydemir Ç., Göka E., *Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevelansı : Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek İle İlişkisi, Kriz Dergisi*, 10 (1): 11-18, 2002
5. Yanikkerem E., Altıparmak S., Karadeniz G., *Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi, Aile ve Toplum Dergisi* 35-42, Temmuz- Ağustos-Eylül, 2006

Alkol Bağımlılığı Tedavisi Nüks Önleme Programında Hemşirenin Rolü

Kadriye GÜLTEKİN, Elif Özge AKYÜZ, Aslı KERT

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Bağımlılık Tedavi Birimi, İZMİR

Alkol bağımlılığı, kısmi iyileşme dönemleri ve nüksler ile seyreden kronik bir hastalıktır. Alkol bağımlılığının kişinin beden ve ruh sağlığını, yaşam kalitesini, iş uyumunu, aile ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Ayıklığın sağlanması ve nükslerin önlenmesi alkol bağımlısının yaşam kalitesini yükseltmektedir.

Nüks, belirli bir içmeme döneminden sonra içmeye başlamak ve kontrol kayıplarıyla birlikte eski içme durumuna dönme süreci olarak tanımlanmaktadır. Öfke, depresyon, anksiyete, evlilik sorunları ve kişiler arası çatışmalar nükslere neden olabilmektedir. Davranışsal ve bilişsel tedavi yöntemlerinin kullanıldığı nüks önleme programları alkol bağımlılığı tedavisine önemli katkılar sağlamaktadır.

Sosyal ve bilişsel düzeyde geliştirilmiş birçok nüks önleme programı bulunmaktadır. 1980 lerde ABD' de oluşturulan Minnesota Modeli grup terapileri, bireysel terapileri ve aile eğitimi içeren multidisipliner (hemşire, psikolog, danışman, rehber...) bir yaklaşımdır. Bu model sorumluluk duygusu kazandırmayı, değişim isteği oluşturmayı, hastalığı ve risk faktörlerini öğretmeyi, 12 basamak felsefesini benimsetmeyi ve Adsız Alkolikler gruplarına katılımı sağlamayı hedeflemektedir.

Nüks önleme programları bireyin kendi kendine içme isteğiyle baş edebilmesini sağlayacak bilgi ve becerilerle donatılarak, sonlandırılmış içme davranışının sürdürülmesini amaçlamaktadır. Nüks önleme programıyla hastaların ayık kaldıkları sürelerin uzadığı, kısa nüksler (laps) sırasında alkol kullanımının azaldığı ve bireylerin psikososyal uyumlarının arttığı bildirilmiştir.

Nüks önleme programlarının kliniğe entegrasyonunda hemşireler hastaların motivasyonunun sağlanması, iç görülerinin artırılması ve ayık yaşama uyum sağlamalarına yönelik etkinliklerin başlatılmasında ve sürdürülmesinde rol oynamaktadırlar. Öfke kontrolü, anksiyete azaltma, davranış yönetimi, krize müdahale, emosyonel destek, dürtü kontrol eğitimi, alkol kullanımının önlenmesi, hastalık süreci eğitimi ve grup terapisi alkol bağımlılarına yönelik hemşirelik girişimleridir. Tanımlanan tüm bu girişimler nüks önleme programının içeriğinde yer almaktadır.

Bu çalışmada alkol bağımlılığı tedavisinde nüks önleme programında hemşirenin rolü ile ilgili literatürde yer alan bilgilerin gözden geçirilmesi hedeflenmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Alkol bağımlılığı, nüks, psikiyatri hemşireliği

KAYNAKLAR

1. Closkey J.C., Bulechek G.M. (2000). *Nursing Interventions Classification*. 3. edition, , Mosby Inc. Missouri.
2. Cook C.C. H. (1988) *The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle method of myth? Part 1. The Philosophy And The Programme. British Journal Of Addiction*, 83.
3. Kalyoncu A.Ö., Mirsal H., Pekt Ö., Yazıcı A.H., Yalnız Ö., Mirsal N., Beyazyürek M. (2001). *Alkol bağımlılığında nüks etme sürecinde "yüksek riskli durumların" etkileri, Bağımlılık Dergisi*, 2(3).
4. Marlatt G. A., (1985). *Relaps Prevention: Theoretical overview of the model in G.A. Marlatt& J.R. Gorden, Relapse Prevention, Newyork*
5. Yapıcı A. (2006). *Alkol Bağımlılığında Depresyon Ve Anksiyetenin Yeti Yitimi Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul*

Acil Servislerde ve Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi

Yrd.Doç.Dr.Ayça GÜRKAN*, Öğr.Gör.Pınar ÇİÇEKOĞLU**

* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR

**Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ÇANKIRI

AMAÇ: Bu araştırma; acil servislerde ve kliniklerde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, analitik olarak yapılmış bir çalışmadır.

YÖNTEM: Araştırma, İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi (n=24), Yeşilyurt Devlet Hastanesi (n=20), Alsancak Devlet Hastanesi (n=17), Karşıyaka Devlet Hastanesi (n=21), Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi (n=28), Ege Üniversitesi Hastanesi (n=80), Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde (n=32) 15.04.2005-15.06.2005 tarihler arasında yapılmıştır (N=222).

Araştırmada; veriler hemşirelere yönelik 'Birey Tanıtım Formu' ve 'Problem Çözme Envanteri' kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 11.00 for Windows programı kullanılarak analiz edilmiştir. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri sayı, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma, min-max değerleri kullanılmış, problem çözme envanteri ile bağımsız değişkenler arasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile çoklu karşılaştırma yöntemlerinden (POST_HOC) yöntemi kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılan hemşirelerin; %62.2'si 20-29 yaş grubunda, %54.1'i evli, %45'i lisans mezunu, %50.4'ü acil serviste çalışmakta, %51.4'ü çalışma şartlarından orta derecede memnun, %37'si çalışma ortamındaki fiziksel şartlar ve hasta yakınlarıyla iletişim ile ilgili problemlerle baş etmekte zorlandıkları saptanmıştır. Hemşirelerin problem çözme becerilerini algılamalarına bakıldığında boşanmış olan hemşireler problem çözme envanterinin genel toplamından daha düşük puan aldığı bu yüzden problem çözme becerilerinin evli ve bekârlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur(p<0.05). Çalışma ortamında sadece fiziksel ortam ile ilgili problemlerin üstesinden gelmekte zorlananların problem çözme becerisi daha yüksektir (p<0.01). Hastalarını, ailelerini ve arkadaş ilişkilerini çok iyi olarak değerlendiren hemşirelerin problem çözme becerilerini algılamaları daha yüksek olduğu saptanmıştır(p<0.05). Çalışma ortamında hekimlerle işbirliği içinde çalıştığını düşünen hemşirelerin problem çözme becerisinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur(p<0.05)

SONUÇ: Araştırmada elde edilen bulgulara göre hemşirelerin problem çözme becerilerini algılamalarını; medeni durum, çalışma ortamında üstesinden gelmekte zorlandıkları alanlar, hastalar ile olan iletişim, aile ve arkadaş ilişkileri, hekimler ile iletişim değişkenlerinin etkilediği; yaş, çocuk sahibi olma durumu, eğitim, anne-baba eğitimi, ekonomik durum, en fazla yaşamış olduğu yerleşim birimi, bakmakla yükümlü olduğu birey, çalışma süresi, çalışma ortamından, memnun olup-olmama durumu, fiziksel sağlık durumu, ruhsal sağlık durumu, yöneticiler ile olan ilişkiler gibi değişkenlerin ise etkilemediği; hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile problem çözme becerileri açısından gruplar arasında anlamlı fark olmamasına rağmen dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerini algılamalarının cerrahi ve acil serviste çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bilindiği gibi problem çözme öğrenilebilen ve deneyimlerle geliştirilebilen entelektüel bir beceridir. Ülkemizde hemşirelik mesleğinin uygulanması ile ilgili yaşanan sorunlar göz önüne alındığında problem çözme becerisi gelişmiş mezunlar verilmesine gereksinim duyulduğu açıktır. Hemşirelik eğitim programlarında; problem çözme becerisini olumlu yönde etkilediği için probleme dayalı eğitim sisteminin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: Problem çözme, hemşirelik, genel hastane

KAYNAKLAR

1. Hedberg, B., Larsson US. (2004). *Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. J Clin Nurs. 13(3)*
2. Öğülmüş, S. (2001). *Sorun Çözme Becerileri ve Eğitimi, Nobel Yayınları, Ankara,*
3. Roberts JD, While AE, Fitzpatrick J. (1993). *Problem solving in nursing practice; application, process, skill acquisition and measurement, J Adv Nurs, 18:6, Ss:886-890.*

Ulusal ve Uluslararası Düzeyde Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi

Gülnur KARAGÖZ, Duygu KAYA

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ANKARA

AMAÇ: Bu çalışma hemşire ve eğitici hemşirelere, Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi konusunda farkındalık yaratılması amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışma Şubat-Nisan 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini yurtdışı ve yurtiçinde psikiyatri alanında hemşirelik eğitimi veren üniversiteler ile yurtiçindeki hemşirelikte hizmet içi eğitim sunan ve psikiyatri bölümü bulunan hastaneler oluşturmaktadır. Yurtdışındaki üniversiteler her kıtadan en az 3 en fazla 5 üniversite ile görüşülecek şekilde sınırlandırılmış ve bu üniversiteler rastgele yöntem ile belirlenmiştir. Yurtiçindeki üniversiteler ve hastaneler ise aynı yöntem dahilinde coğrafi bölgeler göz önünde bulundurularak saptanmıştır. Çalışmanın yürütülmesinde etik kurullara uyularak gerekli izinler alındıktan sonra veriler elektronik ortamda ve yüz yüze görüşmeler yapılarak toplanmıştır.

BULGULAR: Çalışma sonunda yurtdışında 5 kıtada 17 üniversiteye, yurtiçinde 7 bölgede 25 üniversiteye ve 32 hastaneye ulaşılmıştır. Üniversitelerden elde edilen bilgiler lisans ve yüksek lisans psikiyatri eğitimi olarak iki alt başlığa ayrılmıştır. Veriler yurtiçindeki üniversitelerdeki eğitimin birbirinden çok farklı olmadığını göstermektedir. Yurtdışıyla karşılaştırıldığında temel derslerde içerik anlamında ve seçmeli derslerde ise genel anlamda farklılık olduğu dikkat çekmiştir. Hastanelerdeki hizmet içi eğitim konularının personelin ihtiyacı ve hastaların başvuru nedenleri göz önünde bulundurularak belirlendiği saptanmıştır.

SONUÇLAR: Çalışmanın sonucunda üniversite düzeyinde yurtdışı ve yurtiçi psikiyatri hemşireliği eğitiminde belli bir standart olmadığı, durumun ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Hastanelerde verilen eğitimlerin ise yetersiz ve düzenli aralıklarla yapılmadığı saptanmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Psikiyatri hemşireliği, eğitim, hizmetiçi eğitim, lisans eğitimi, yüksek lisans eğitimi

Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Bakımını İle İlgili Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi: Ön Bulgular

Yrd. Doç. Dr. Meral KELLEÇİ*, Arş. Gör. Selma SABANCIOĞULLARI*, Hem. Gonca DEVECİ**, Hem. Filiz BAŞEĞMEZ**, Prof. Dr. Selma DOĞAN*

*Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, SİVAS

**Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, SİVAS

AMAÇ: Sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Hasta memnuniyeti hizmetin kalitesinin ölçümünde en önemli göstergelerden biridir. Bu araştırma bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatan hastalarının hastane ortamı ve hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı tipte olan araştırmaya, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin psikiyatri kliniğinde Aralık 2007 tarihinde başlanmıştır. 20 Nisan 2008 tarihine kadar veri toplamaya devam edilecek olan çalışmada "Kişisel bilgi formu" ve "Hasta Memnuniyet Ölçeği (Servqual)" kullanılmaktadır. Kişisel Bilgi formunda yaş, cinsiyet, hastalığın tanısı gibi özellikleri belirlemeye yönelik 18 soru bulunmaktadır. Hemşirelik bakımı ve hastane ortamına ilişkin hasta doyumunu belirlemek amacıyla kullanılan Servqual Ölçeği beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar sunum, görünüş (fiziksel olanaklar, ekipman, personel, iletişim materyallerinin görünümü); güvenilirlik (hizmeti doğru ve güvenilir şekilde yerine getirme yetisi); isteklilik (yardımcı olma ve hızlı hizmet sağlama istekliliği); güven (bilgi, nezaket ve güven verebilme yetisi) ve empati (bireyselleşmiş dikkatin sağlanması) dır. Elde edilen puanların pozitif olması hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu, "0" puan, karşılanmış bir beklentiyi, negatif puanlar ise, geliştirilmesi gereken alanları işaret etmektedir. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Witney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Şu ana kadar 55 hasta örnekleme alınmıştır ve veri toplamaya devam edilmektedir.

BULGULAR: Elde edilen ön verilere göre, hastaların %54.5'i erkek, %50.9'u evli, %52.7'si ilköğretim, %32.7'si lise mezunu, %78-2'si il merkezinde yaşamakta olup %74.5'i her hangi bir işte çalışmamakta ve %83.6'sı ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu belirtmektedir. Tanı grupları incelendiğinde %29.1'i depresyon, %27.3'ü şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, %21.6'sı anksiyete bozuklukları, %14.5'i BAB ve %5.5'i Alkol bağımlılığıdır. Genel olarak hastaların Servqual Ölçeği'nin alt boyutlarına ilişkin memnuniyet düzeylerine bakıldığında, sunum ve görünüş puan ortalaması 1.18 ± 3.22 , güvenilirlik -0.20 ± 2.45 , isteklilik 0.50 ± 1.75 , güven 0.000 ± 1.18 ve empati 0.23 ± 2.23 bulunmuştur. Cinsiyet, eğitim ve tanı gruplarına göre hastaların memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

SONUÇ: Hastaların genel olarak memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu ancak az da olsa güvenilirlik konusunda bakımın gözden geçirilmesine gereksinim olduğu söylenebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Hemşirelik bakımı, hasta memnuniyeti, psikiyatri kliniği

KAYNAKLAR

1. Alexius B., Berg K. & A ° Berg-Wistedt A. (2000) Patient satisfaction with the information provided at a psychiatric emergency unit. *Patient Education and Counselling* 40, 51–57.
2. Gray R., Rofail D., Allen J. & Newey T. (2005) A survey of patient satisfaction with and subjective experiences of treatment with antipsychotic medication. *Journal of Advanced Nursing* 52, 31–37

Kars Sağlık Yüksekokulu Erkek Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete Bakış Açısı

Nilüfer KIRANŞAL, Filiz ADANA, Necla BİÇER, Sultan ŞAHİN

Kars Sağlık Yüksekokulu, KARS

AMAÇ: Şiddet kişinin bedensel ve /veya ruhsal bütünlüğüne yöneltmiş zor olarak tanımlanabilir (5). Şiddet insan yaşamının her alanında görülebilen ve dünyada giderek artan önemli bir toplum sağlığı sorunudur (1,2). Şiddetin en yaygın biçimi erkeğin kadına ve çocuğa karşı uyguladığı aile içi şiddettir (3,4).

Bu araştırma, Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu erkek öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin bakış açısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışma 10–20 Şubat 2008 tarihleri arasında Kars Sağlık Yüksekokulunda 2007–2008 eğitim-öğretim yılında hemşirelik ve sağlık memurluğu bölümünde okuyan 191 erkek öğrenciden, araştırmaya katılmayı kabul eden 117 erkek öğrenciye uygulanmıştır. Araştırmada araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu geliştirilen 34 soruluk anket formu kullanılmıştır. Ankette sosyo - demografik verilerin istendiği 10 soru, kadının toplum içindeki rolünün belirlenmesine ilişkin görüş belirtebilecekleri 6 soru ve kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarını belirtebilecekleri 18 soru bulunmaktadır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 10 paket programı ve yüzdelik hesaplamalar kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 22,0±2,10'dur. Öğrencilerin %57,8'i kentte yaşamakta, %64,7'si çekirdek aile özelliğine sahip, %39,7'sinin babası ilköğretim mezunu, %42,2'sinin annesi okur-yazar değildir. %58,6'sının gelir seviyesi 500–1000 YTL arasındadır. %54,3'ü kadının aile içindeki asıl rolünü eşine ve çocuğuna manevi destek sağlamak olarak görmekte, %73,3'ü ev harcamalarına kadın ve erkeğin birlikte karar vermesi gerektiğini, %47,4'ü kadının alışveriş gibi dışarıdaki işlerini de yapabileceğini, %40,5'i kız çocuklarının istediği kadar okuyabileceğini, "Kız çocuklarının eğitim almasının en önemli sonucunu nasıl değerlendirirsiniz" sorusuna %41,4'ü "vatana millete faydalı olabilir" olarak yanıtlamışlardır. "Belirli durumlarda erkekler eşini dövebilir" görüşüne %37,1'i evet yanıtını vermişlerdir. %24,1'i eşin dövülebileceği durumları ahlak kurallarına uygun olmayan davranışlar sergilemek olarak belirtmişlerdir. %65'i kadınların ellerindeki parayı istedikleri gibi harcamamaları gerektiğini düşünürken, %44,8'i namus cinayetlerini onayladıkları saptanmıştır. Öğrencilerin %52,6'sı yaşamlarında şiddete tanık olduklarını, %26,7'si bu durumun fiziksel şiddet olduğunu belirtmiştir.

SONUÇ: Bu çalışmada Sağlık yüksekokulundaki erkek öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%44,8) töre cinayetlerini onaylaması, belirli durumlarda erkeklerin eşlerini dövebilir görüşünü desteklemeleri ve %52,6'sının şiddete tanık olması dikkat çekicidir. Bu çalışma öğrencilerin kadına yönelik şiddet ile ilgili sınırlı bilgiye sahip olduklarını ve cinsiyetçi önyargıları bulunduğunu göstermiştir. Öğrencilere kadına yönelik şiddet ve kadın erkek eşitliği konusunda seminer düzenlenmiş, öğrencilerin şiddetin tanımı ve şiddet içeren durumlar konusunda eğitim yoluyla bilinçlendirilmesi ve danışmanlık hizmetlerine yönlendirmenin uygun olacağı görüşüne ulaşılmıştır.

ANAHTAR KELİMELELER: Kadın, şiddet, şiddete uğramış kadın

KAYNAKLAR

1. Ergören A.T., Özdemir M.H., Sönez E., Can İ.Ö., Köker M., Salaçin S., *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğrencilerinin Aile İçi Şiddete Yaklaşımı, Adli Bilimler Dergisi*, 5(4): 7-13, 2006
2. Gömbül Ö., Buldukoğlu K., *Hemşirelerin Kadın ve Kadına Yönelik Eş Şiddetine İlişkin Görüşleri, Kriz Dergisi*, 5 (29): 103- 114,
3. Güneri F.Y., *Ailede Kadına Yönelik Şiddet, Evdeki Terör, Kadına Yönelik Şiddet. Mor Çatı Yayınları, İstanbul, 1996*
4. Güler N., Tel H., Tuncay F.Ö., *Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 27 (2): 51-56, Sivas, 2005
5. Kaya M., Güneş G., Kaya B., Pehlivan E., *Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Boyun Eğici Davranışlar , Anadolu Psikiyatri Dergisi* 5:5-10, 2004

Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Yaptıkları İşlerin Belirlenmesi

Öğr. Gör. Mehtap KIZILKAYA, Öğr. Gör. Fadime GÖK ÖZER

Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu, DENİZLİ

AMAÇ: Ülkemizin sağlık sisteminde hasta bakım standartlarının olmaması nedeni ile hemşireler kendi rol ve sorumluluklarının dışında, görevleri olmayan işler yapmak zorunda kalmaktadırlar. Psikiyatri kliniklerinde de durum farklı değildir. Teke tek hasta takibinin önemli olduğu bu kliniklerde, hemşireler zamanlarının çoğunu kırtasiye, konsültasyon vb. işlerle geçirmektedirler. Bunun sonucunda da hasta bakım kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşire ve sağlık memurlarının yaptıkları işlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırmanın evrenini Pamukkale Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Denizli Devlet Hastanesi psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşire ve sağlık memurları (16) oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeden, evren üzerinde çalışılmıştır. Araştırma için kurumlardan yazılı izin alınmış, hemşire/sağlık memurlarından ise araştırmaya katılmaya isteklilik/gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözel onamları istenmiştir. Çalışanların bazılarının anket formlarının uygulandığı tarihlerde izinde olması nedeniyle 14 kişi örnekleme alınmıştır.

Veriler, sosyo-demografik özellikler ve hasta bakım profillerini içeren anket formu ile toplanmıştır. Değerlendirmesinde, sayı-yüzdeler hesaplamaları kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışma kapsamına alınan hemşire/sağlık memurlarının yaş ortalamaları, 37.07 ± 6.04 , ortalama toplam çalışma süresi 17.42 ± 6.03 olarak bulunmuştur. Psikiyatri kliniğindeki çalışma süreleri ise 8.35 ± 6.14 'dir. Hemşire/ sağlık memurlarının %57.1'i Denizli Devlet hastanesinde, %85.7'nin kadın, %92.9'unun evli, %71.4'ünün Ön lisans mezunu, %35.7'sinin mesleği rastgele seçtiği, %28.6'sının 20 yıldan daha fazla süredir çalıştığı, %57.1'inin idarecilerin isteğiyle psikiyatri kliniğinde çalışmaya başladığını, %92.9'unun psikiyatri kliniğinde çalışıyor olmaktan memnun, %35.7'inin kişilerarası ilişkilerdeki teropatik rolü kullandıklarını, %21.4'ünün kırtasiye işleri yapmaktan rahatsız olduğunu, %28.6'nın kendilerini iletişim konusunda yeterli bulunduğunu, %28.6'sı sosyal faaliyet alanlarının geliştirilmesini önerdikleri tespit edilmiştir.

SONUÇ: Çalışanların büyük çoğunluğunun kendi rol/görevleri dışında birçok iş yaptıkları ve bu durumdan rahatsız olmadıkları saptanmıştır. Kendi görev ve sorumluluklarına yönelik soruların büyük bir kısmını ise boş bıraktıkları görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda; en kısa sürede psikiyatri hemşireliği bakım standartlarının geliştirilmesi ve uygulamaya geçirilmesi önerilebilir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: psikiyatri hemşiresi, sağlık memuru, görev, sorumluluk

KAYNAKLAR

1. Oflaz F. *Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları, Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:55-61
2. Tel H. 21. *Yüzyıl Psikiyatri Hemşireliği; Paced Modeli C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 4 (1)

Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Gelen Çocukların Yakınlarının Verilen Hizmetten Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi

Dr.Hem. Leman KUTLU, Yük. Hem. Canan KABASAKAL, Hem. Sevda ERSEVER, Hem. Huri YILMAZ, Hem. Mehtap DUMAN

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İSTANBUL

AMAÇ: Çocuk psikiyatrisi polikliniğine gelen çocukların yakınlarının verilen hizmetlerden memnun olma durumlarını değerlendirerek hizmetlere yönelik iyileştirici düzenlemeler yapmak.

YÖNTEM: Çalışma tanımlayıcı ve analitik özellikte olup örneklemini bir üniversite hastanesinde Kasım-Ocak 2007 tarihleri arasında en az bir yıl tedavi gören 699 çocuğun yakını oluşturmaktadır.

Araştırmanın verileri hastaların demografik bilgilerini (20 soru), çalışma alanlarına göre çalışanların iletişim ve ilişkilerini ve verdiği hizmeti içeren 4' lü likert tipinde hazırlanmış 15 maddeden oluşan bir anket formu ve literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan 3 'lü likert tipinde geliştirilen 3 alt boyuttan (Hizmet süreci; $\alpha=0.795$, Fiziksel özellikler $\alpha=0.835$, Hasta haklarına yönelik tutum $\alpha=0.872$) ve 17 maddeden oluşan Memnuniyet Ölçeğiyle toplanmıştır. Ölçeğin 200 hastayla yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasındaki cronbach alfa katsayısı 0.92 dir (1,2,3).

Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeleme, ortalama, spearman correlation, Manwitney-U ve Kruskal Wallis istatistik yöntemleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $P<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çocukların yakınlarının 21 ile 65 yaşları arasında, çoğunun (%73.4) kadın, 57 yaş ve üstünde (%32), ilkokul mezunu (%42.9), bir işte çalışmadığı (%56.9), çocuklarının ortalama 11 ± 3.20 yaşlarında olduğu ve ortalama 3.78 ± 2.50 süre tedavi gördükleri saptanmıştır.

Çocukların yakınlarının %60.4'ünün poliklinik hizmetlerinden memnun olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlarından; hizmet sürecinden %49.6, hasta haklarına yönelik tutumlardan %70.1 ve polikliniğin fiziksel özelliklerinden %66.8'inin memnun oldukları tespit edilmiştir.

Cinsiyete göre ölçeğin puan ortalamalarının kadınlarda daha düşük olduğu, polikliniğin fiziksel özellikleri ve hizmet süreci puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Verilen hizmetin beklentilerini karşılama durumu, hizmetlerin verilmesinde sorun yaşanma durumu, poliklinikte verilen hizmetlerden genel olarak memnun olma durumu, çocuklarının tedavisi için polikliniği başkalarına tavsiye etme durumuyla ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Eğitim, meslek, yakınlık durumu ve daha önce başka hastaneye başvurma durumuna göre ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Tedavi süresiyle ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

SONUÇ: Çocukların yakınlarının polikliniğin işleyiş sürecinden, fiziksel özelliklerinden, hasta haklarına karşı tutumlardan, çalışanların iletişim ve ilişkilerinden sunduğu hizmetlerden memnun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Çocuk psikiyatrisi, hasta yakını memnuniyeti, hizmet memnuniyeti

KAYNAKLAR:

1. Avis M, Bond M, Arthur A, Exploring patient satisfaction with out-patient services, *Journal of Nursing Management* 1995;3 (2): 59- 65
2. Özbakır D, Ergin C Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: Bir saha çalışması, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997.
3. Williams B Patient satisfaction : a valid concept? *Social Science and Medicine* 1994, 38(4), 509-516

Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyum

Hem.Nermin ÖYKE*, Yrd.Doç.Dr Fatma YILMAZ**

*Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

** Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, DÜZCE

AMAÇ: Kronik bir seyirde yinelemelerle seyreden ve çeşitli sistemlerin işlevlerinde geri dönüşsüz bozukluğa yol açarak bireyde yıkıcı etkiler yaratan Behçet hastalığında yaşamsal zorlanmalara bağlı olarak atakların ve ruhsal belirtilerin ortaya çıktığı ileri sürülmekte ve hastaların hastalığa psikososyal uyumu önem kazanmaktadır. Uyum güçlüğünün ele alınması hastalarda ileride ortaya çıkabilecek majör psikiyatrik bozuklukların da önlenmesinde katkıda bulunabilmektedir.

Bu çalışmada Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyum düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmanın örneklemini 23.03.2007-15.10.2007 Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde takip ve tedavi edilen, araştırmayı kabul eden, algılama bozukluğu olmayan, okur yazar ve 18 yaş ve üstü olan 90 Behçet hastası oluşturmuştur. Hasta bilgi formu, Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır. Çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Verilerin istatistiksel analizinde t testi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal-Wallis varyans analizi ve korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

BULGULAR: Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının orta düzeyde ($\bar{X}=43.14 \pm 17.80$) ve %30.0'unun hastalığa uyumunun kötü olduğu, ayrıca hastaların anksiyete puan ortalamasının 7.83 ± 4.10 (min:0-max:19), depresyon puan ortalamasının 8.02 ± 3.96 (min:0-max:21) olduğu ve %21.2'inin anksiyete, %57.8'inin depresyon riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmayan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan, ilaç yan etkisi yaşayan, hastalık nedeniyle görünüm değişikliği olan ve bu değişiklik nedeniyle kendisiyle ilgili duygu ve düşüncelerinde değişiklik olan, depresyon riski yüksek olan, anksiyete riski yüksek olan, sosyal desteği olmayan, hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayan ve hastalıkla ilgili bilgisi yetersiz olan Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). PAIS-SR ile genel durumundan memnuniyet, kontrol algısı (hastalık, tedavi, günlük belirtilerle ilgili) arasında negatif yönde; kullanılan ilaç sayısı, HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

SONUÇ: Behçet hastalarının psikososyal uyumlarının değerlendirilip, risk grubunda olanların yakından izlenmesi, gerekirse konsültasyon liyezon psikiyatrisi ile işbirliği yapılması önerilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Behçet hastalığı, psikososyal uyum, anksiyete, depresyon, PAIS-SR, HAD

Dahiliye Servisinde Yatan Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri

Derya ÖZCANLI* Duygu YILDIRIM* Derya ÖZBAŞ**

* Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu

**İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

AMAÇ: Umutsuzluk; Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği (NANDA)'nın belirlediği bir hemşirelik tanısıdır ve gelecek hakkında negatif beklentilerden oluşan bir set olarak tanımlanmıştır. Problemin farkında olarak hissedilen gerçekçi bir umut, hastanın varolan sorunları ile etkin baş etmesinde önemli bir faktördür. Hemşireler umutsuzluk yaşayan bireylerin bu durumlarıyla baş edebilmeleri için profesyonel yardımda bulunabilmelidirler. Çalışmamız herhangi bir hastalık nedeniyle dahiliye servisinde yatan bireylerin umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Çalışma, 1 Ekim – 30 Kasım 2007 tarihleri arasında Kilis Devlet Hastanesi Dahiliye Servisinde tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında serviste yatan 156 hasta, örneklemini ise psikiyatrik bir rahatsızlığı bulunmayan, en az 1 haftadır klinikte yatan, çalışmaya katılmaya istekli 100 hasta oluşturdu. Araştırma öncesi kurumdan ve hastalardan bilgilendirilmiş onay alındı. Veriler anket formu, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Seber (1991) ve Durak (1994) tarafından ülkemize uyarlanan Beck Umutsuzluk ölçeği ile toplandı. Değerlendirmede; SPSS programı kullanılarak; yüzdelik, one-way Anova, ki-kare testleri yapıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalamalarının 60.4 ± 19.2 olduğu, %63'ünün ekonomik olarak orta düzeyde, %61'inin kadın, %54'ünün okur-yazar olmadığı ve %61'inin en az 3 defa hastaneye yattığı belirlendi. Dahiliye servisinde yatan hastaların umutsuzluk puan ortalamalarının 7.1 ± 4.5 olduğu, evliler ve bekarlar, ekonomik durumu kötü olanlar ve iyi olanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p > 0.05$).

SONUÇ: Hastaların umutsuzluk puanının fazla yüksek olmadığı, evlilerin bekârlardan, ekonomik durumu kötü olanların iyi olanlardan daha umutsuz olduğu belirlendi. En az üçüncü kez hastaneye yatan hastaların daha umutsuz oldukları saptandı. Hastaların umutsuzlukla baş edebilmelerine ve uygun baş etme mekanizmaları geliştirmelerine yönelik eğitimlere ve bu eğitimleri içeren çalışmalara yer verilmelidir. Özellikle sık hastaneye yatan, ekonomik durumu kötü olan hastalarda sorunla baş etmeyi güçlendirmek ve daha ileri sorunları önlemek açısından umutsuzluğun ele alınmasının önemli olduğu söylenebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Dahiliye hastaları, umutsuzluk.

KAYNAKLAR

1. Erdem N., Karabulutlu E., Okanlı A., Tan M.: Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. s:1303-5134, 2003.
2. Abramson L.Y., Metalsky G.L., Alloy L.B.: Hopelessness and depression: A theory, based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2): 358-372. 1989.
3. Durak A., Palabıyıköğlü R.: Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz Dergisi*. 2(2), 311-319. 1994.
4. Seber G.: Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma. *Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Eskişehir: Anadolu Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. 1991.

Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Stresle Başetme Yöntemleri

Öğr.Gör. Aysel ÖZDEMİR, Öğr.Gör. Gülseren ÇITAK TUNÇ, Öğr.Gör.Dr. Neriman AKANSEL,
Öğr.Gör.Hicran YILDIZ

Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, BURSA

AMAÇ: Bireylerin stresle baş etme yöntemleri sağlığını, yaşam kalitesini ve kişilerarası ilişkilerini etkilemektedir. Stresle başetmede iki yöntem kullanılmakta olup birincisi problemi çözmek, ikincisi ise probleme karşı oluşan duygusal yanıtları yönetmektir.

Çalışmanın amacı Sağlık Yüksekokulu'nda okumakta olan hemşirelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin stresle başetme yöntemlerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

YÖNTEM: Çalışmanın evren ve örneklemini Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda 2004–2005 eğitim öğretim yılında birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıflarında okumakta olan toplam 263 hemşirelik ve sağlık memurluğu öğrencisi oluşturmuştur. Veriler öğrencilere ait sosyodemografik özellikleri içeren tanılama formu ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ) kullanılarak toplanmıştır. SBÇÖ'nin dine yönelme, alkol ve ilaç kullanımı, aktif başa çıkma, planlama, mizahi bakış, enstrümantal destek arama, duygusal destek arama, davranışsal olarak ilgiyi kesme, duygulara odaklanma, kabullenme, sorun üzerine odaklanma, olumlu tarzda yeniden yorumlama ve yadsıma olmak üzere 15 alt başlığı bulunmaktadır. SPSS 10.00 programında değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Öğrencilere stresli anlarında en çok destek aldıkları kişinin kim olduğu sorulduğunda; %51.3'ü sıkıntılı anlarında arkadaşlarından, %29.3'ü ise ailelerinden destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %39.9'u derslerden, %36.1'i klinik uygulamalardan sıkıntı duymaktadır. Öğrencilerin yarıya yakını (%44.48) psikiyatri doktoruna gidecek kadar şiddetli psikiyatrik şikâyetleri bulunduğunu ifade etmiştir. Bunların %67.52'si patlayacakmış gibi gerginlik hissederken, %8.54'ü intihar düşüncelerine sahiptir. SBÇÖ alt ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında olumlu tarzda yeniden yorumlama (12.27±2.19) ve planlamanın (12.25±2.48) en fazla kullanılan baş etme yöntemleri olduğu; alkol kullanmanın (5.31±2.52) ise en az kullanılan baş etme yöntemi olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyete göre bakıldığında kız öğrencilerde stresle baş etme alt boyutlarından dine yönelme ($p<0.05$), planlama ($p<0.01$), sosyal ve enstrümantal destek arama ($p<0.01$); erkek öğrencilerde ise alkol ve ilaç kullanımı ($p<0.001$) ile yadsıma ($p<0.05$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sınıflara göre bakıldığında stresle baş etme alt boyutlarından dine yönelmenin birinci sınıflarda ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıflara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Kardeş sayısına göre bakıldığında tek kardeşi olanlarda iki ve üzeri kardeş olanlara göre stresle baş etme alt boyutlarından kabullenme anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.01$).

SONUÇ: Çalışma sonuçlarımız ilk sırada problem odaklı baş etme yöntemlerinin yer aldığını ve baş etme konusunda etkin yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir. Sosyodemografik özelliklerden sadece cinsiyet, sınıf ve kardeş sayısı stresle baş etmeyi etkilemektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Stres, baş etme, hemşirelik öğrencisi

KAYNAKLAR

1. Aslan, Ş. *Örgütsel Ortamda Bireysel Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Araştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2007;18:67-84.
2. Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K. ve ark. (2005) COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 221-226.
3. Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G. et al. (2006) Influence of Carrer expressed emotion and affects on relapse in non active psychosis, 188: 173-179.

Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi

Canan ÖZGÜR, Serap SEZGİN, Hatice KUMCAĞIZ, Esm'e İNCE, Kübra İŞBİLEN

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi

AMAÇ: İletişim hemşirelik bakımının temel ögesidir. Hemşirenin elindeki en önemli bakım araçlarından birisi hastayla kurduğu kişiler arası ilişkidir. Hemşire iletişim yoluyla bireyi anlayabilir, bakımın amacına ulaşmasını sağlayabilir.

Bu çalışmanın amacı hemşirelerin iletişim becerilerini belirlemektir.

YÖNTEM: Tanımlayıcı türdeki bu araştırma bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışan toplam hemşire sayısı 220'dir. Çalışmada tüm evrene ulaşılması planlanmıştır. Ancak rapor ve izinli (n:12) olan hemşireler ile anketleri cevaplamak istemeyen hemşireler (n:40) çalışma kapsamı dışında kalmış toplam 168 hemşire üzerinde çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırmada araştırmacıların kendi hazırladığı kişisel bilgi formu ile iletişim becerilerini değerlendirme ölçeği (İBDÖ) kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu ve İBDÖ araştırmacılar tarafından uygulanmıştır.

BULGULAR: Hemşirelerin %81'i günlük hayatında, %79'u hasta ile ve %36'sı sağlık personeli ile iletişim kurarken güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin İBDÖ puan ortalaması ise 80.77±SS olarak saptanmıştır.

SONUÇ: Hemşirelerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve bu doğrultuda hizmet içi eğitimlerin gerektiği görülmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: Hemşire, iletişim becerisi

Psikososyal Rehabilitasyon

Öğr.Gör.Birgöl ÖZKAN, Yrd.Doç.Dr.Havva TEL

E.Ü.ASYO Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, KAYSERİ

Psikososyal rehabilitasyon (PSR) ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda daha bağımsız ve doyumlu olarak yaşamalarına yardım eden ilkelerden, uygulamalardan ve programlardan oluşmaktadır. Psikiyatrik rehabilitasyon olarak kullanılan PSR profesyoneller tarafından sunulan bir hizmettir.

PSR hizmetleri dünyada son 50 yılda ülkelerin genel ruhsal sağlık politikalara bağlı olarak gelişmiştir. II. Dünya savaşından sonra ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin sayısının artması, bunların toplumda ya da özel kuruluşlarda yaşamaya başlaması PSR hizmetlerine olan gereksinimi artırmıştır. 1960'lı yıllarda PSR hizmetleri profesyonel olarak sürdürülmüş, 1970'lerin sonuna doğru ise mental retardasyon ve ruh sağlığı merkezleri ile birleştirilmiştir.

PSR hizmetleri, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin gelişim potansiyeli olduğuna inanmakta ve bireysel gelişimlerine, yaşam aktivitelerine odaklanmaktadır. Bireyin yeteneklerini ortaya çıkarmasını, aile ve toplum içindeki fonksiyonlarını yerine getirebilmesini desteklemektedir. PSR programları toplumsal, yerel, mesleki ve eğitimsel rehabilitasyon hizmetleri aracılığı ile hasta tepkilerinin başarılı bir şekilde ele alınmasına yardım eder. PSR uygulama programları ile bireylerin kendi gerçek ortamlarında yaparak öğrenmeleri sağlanarak bireysel amaçlarına ulaşmalarına yardım edilir.

PSR'nin temel amacı erken dönemde müdahale ederek bireyin hastaneye gereksinim duymasını önlemektir. PSR, bireyleri yeteneklerini kullanması için eğitmekte ve donanımlarını desteklemektedir. Bireylerin kişiler arası ilişkiler, mesleki ve sosyal ilişkilerde başarılı olabilmesi için çevresel kaynaklardan yararlanmasını sağlamaktadır.

PSR hizmetlerinin felsefesi; umudun temel bir özellik olduğu, bireylerin öğrenmek için kapasitesini zorladığı ve bireysel gelişimin bu şekilde gerçekleştiği, tedavide bireye saygı duyulması ve değer verilmesi, bireye hiçbir şekilde sakatlık ya da hastalığına yönelik ayırım yapılmaması, bireye hastalık yokmuş gibi odaklanılması olarak belirtilmektedir.

Psikososyal rehabilitasyonun temel ilkeleri ise normal roller ve ilişkiler, büyümek ve gelişmek için potansiyellerin kullanılması, şimdi ve buradaki hizmetlere odaklanma, yaparak öğrenme, ilişkilerde yakınlık, samimiyet, resmiyet, eşit iletişim hakkı, holistik toplumsal yaşam yaklaşımları, psikososyal rehabilitasyon ekip üyelerinin bireye özel psikososyal çevre oluşturmada rol almasını içerir.

PSR hizmetleri ile bireyin tekrarlı hastaneye yatışları azalmakta ve iyilik halinin sürdürülmesi sağlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELER:Psikiyatri, psikiyatrik rehabilitasyon, psikososyal rehabilitasyon

KAYNAKLAR

1. Worly N. *Mental Health Nursing In The Community* ,Mosbay ,1997,ss: 159-169
2. Varcolis E. *Mental Health Nursing*, 1998.SS:350-362
3. Videbeck Ş.*Psychiatric Mental Health Nursing*, 2003.SS:76-79,128
4. Rutz W.*Social Psychiatry And Public Mental Health:Present Situation And Future Objectives Time For Rethinking And Renaissance?Acta Psychiatr Scand* 2006: 113 (Suppl 429): 95–100.

Kadınlarda Görülen Depresyon ve Sosyokültürel Faktörlerin Etkisi

Sibel ÖZTÜRK*, Ayşe ÖZCAN**

*Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ADANA

**Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, MERSİN

AMAÇ: Depresif belirtilerin yaygınlığı genel popülasyonda %13-20 olarak bildirilmiştir (1). Depresif belirtiler kadınlarda %20-24 iken, erkeklerde %10-16 dır (2). Kadınlarda depresyon oranının yüksekliğinden biyolojik etkenler sorumlu tutuluyor olsa da, psikososyal ve kültürel etkenlerin daha etkili olduğu düşünülmektedir (3,4,5).

Bu çalışmada, kadınlarda depresyon sıklığı ve sosyokültürel yapıları arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Adana il merkezinde 18-60 yaş arası 300 kadın basit rastgele örnekleme yöntemi ile araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya alınma koşulları olarak, 18 yaş üstü olmak, görüşmeyi sürdürebilecek psikiyatrik veya fiziksel bir hastalığının olmaması ve çalışmaya katılmayı kabul etme belirlendi. Veriler, yarı yapılandırılmış sosyokültürel özellikler formu ve Beck Depresyon Ölçeği ile toplandı. Kategorik veriler için ki kare testi uygulandı. Alfa değeri $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Beck Depresyon Ölçeği kesme puanına (17 puan) göre, depresyon sıklığı bu çalışmada %38,5 saptandı. Kadınların medeni durumuna göre en yüksek depresyon puanı dul kadınlara aittir (%33,3). Evli kadınlarda ise depresyon oranı bekarlardan daha yüksek olarak bulundu. Kadınların eğitim düzeyi ile depresyon puanları arasında negatif ilişki saptandı. Kadınların evlilik yılı arttıkça depresyon puanlarının da arttığı görüldü. Kadınların ilk evlenme yaşı ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki vardı. 12-17 yaş aralığında evlenen kadınlarda depresyon puanı anlamlı derecede yüksekti (%27,8). Düzenli gazete almayan kadınlarda depresyon puanı, düzenli gazete alanlardan daha yüksek bulundu (%18,2). Çocukluğunda anne babasında baskıcı özellikler olan kadınlarda depresyon puanı, olmayanlara göre daha yüksekti (%19,4). Bakmakla yükümlü oldukları bir yakını olan kadınların depresyon puanı, diğerlerine göre daha yüksekti (%26,1).

SONUÇ: Kadınlar, çok hızlı değişen sosyokültürel ve ekonomik yapı içerisinde bir çok rolü gerçekleştirme çabası içindedirler. Bunların yol açtığı psikososyal streslerin bireysel başa çıkma becerilerini azalttığı düşünülmektedir. Temel Sağlık Hizmetleri içinde koruyucu ruh sağlığı kapsamında, risk grubundaki kadınlara; stresle baş etme, sorun çözme becerilerini geliştirme, sosyal destek gruplarına yönlendirme gibi konularda sağlık eğitimi verilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Kadın, depresyon, sosyokültürel faktörler

KAYNAKLAR

1. Doğan O. *Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum Bozuklukları Dergisi*, 2000; 1:29-38.
2. Lunsky Y. *Depressive Symtoms in Intellectual Disability: Does Gender Play a Role?. J Intellect Disabil Res.* 2003; 47(6): 417-427.
3. Wolk SI, Weissman MM. *Women and Depression: An Update. Review of Psychiatry Volume 14, Washington: American Psychiatric Press, 1995: 227-253.*
4. Del Vecchio Good MJ. *Cinsiyet ve Ruh Sağlığı. Kültür ve Ruh Sağlığı. 1. Basım, İstanbul:Metis Yayınları, 2003: 286-305.*
5. Kuehner C. *Gender Differences in Unipolar Depression: an Update of Epidemiological Finding and Possible Explanations. Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108(3): 163-174.

Öğrencilerin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi

Öğr.Gör.Dr.Nurcan ÖZYAZICIOĞLU , Öğr.Gör.Nejla AYDINOĞLU
Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, BURSA

AMAÇ: Öğrencilerin problem çözme becerileri hemşirelik uygulamalarında bakımın her aşamasında kalitenin değerlendirilmesinde vazgeçilmez bir unsurdur^{1,2}. Araştırma Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme becerilerini ve bunu etkileyen sosyo-demografik faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırma U.Ü.SYO öğrencilerine Haziran-2007 tarihinde tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya evrenin tamamı dahil edilmiş, 2006-2007 Eğitim-Öğretim yılında Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu bölümlerinde 1.ve 4. sınıflarda öğrenim gören 120'si kız, 69'u erkek olmak üzere 189 öğrenci oluşturmuştur. Veriler öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini gösteren soru formu, Heppner ve Peterson tarafından geliştirilen (1982) ve Taylan (1997) tarafından türkçeye uyarlanan Problem Çözme Becerileri (PÇB) ölçeği ile toplanmıştır³. Ölçekte belirtilen en düşük PÇB puanı 32, en yüksek puan ise 192 dir. Düşük puan etkili ve başarılı problem çözme ile ilgili davranış ve tutumu, yüksek puan ise problemler karşısında etkili çözümler bulamamayı belirtir. Veriler toplandıktan sonra uygulanan anket formu ve ölçek puanları elde toplanmış, istatistiksel analizler SPSS 10.0 programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, Pearson Korelasyon Metodu, t testi, Oneway-Anova kullanılmıştır. Çalışma için gerekli izinler kurumdan alınmış, öğrencilerin gönüllü katılımları sağlanmıştır.

BULGULAR: Öğrencilerin PÇB puan ortalaması 86.43±15.43 olarak belirlenmiştir. Öğrencinin yüksekokulu tercih sırası ve mezuniyet sonrası çalışmak istediği alan ile PÇB puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık (p<0.05) bulunmuştur. Öğrencinin okuduğu sınıfı, bölümü, mezun olduğu lise, geldiği yerleşim birimi, aile tipi, akademik ortalaması ile PÇB puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Öğrencilerin mezun olduğu lise ile PÇB arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte grup içinde düz lise mezunu ile fen ya da anadolu lisesi mezunları arasında, geldiği yerleşim birimi ilçe ile köy olanlar arasında PÇB puanı açısından anlamlı fark (p<0.05) bulunmuştur.

SONUÇ: PÇB puan ortalamasının öğrencinin yüksekokulu tercih sırası, mezun olduktan sonra çalışmak istediği alan arasındaki farkın önemli olduğu, diğer sosyo-demografik faktörlerin etkili olmadığı bulunmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: Hemşirelik öğrencisi, problem çözme becerisi, sosyodemografik faktörler

KAYNAKLAR

1. Birol L. (2005). *Hemşirelik Süreci, Etki Matbaacılık. İzmir*
2. Akça Ay F. (2007). *Temel Hemşirelik, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti. İstanbul*
3. Taylan S. (1997). *Heppner'in Problem Çözme Envabterinin uyarlama, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları. Ankara Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara*

Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Çatışma Yönetimi Yöntemleri

Uzm.Hemş.Ayşegül SAVAŞAN, Ebe Zübeyde DENİZCİ, Hem.Vahide YILMAZ, Yük.Hem. Ayşe AKYILDIZ, Doç.Dr Şeref GÜLSEREN

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İZMİR

AMAÇ: İnsanların etkileşim halinde olduğu her ortamda kaçınılmaz bir olgu olan çatışma, bir kişinin davranışları diğer kişi ya da kişilerin gereksinimlerine ters düşüyor, karşılanmasını engelliyor ya da değerleri birbirine uymuyorsa bu kişiler arasında ortaya çıkan anlaşmazlıktır¹. Hastaneler, farklı disiplinlerin ortak bir amaç için bir arada çalıştığı, birçok insanla etkileşim içinde bulunulması gereken, bu yüzden de çatışmanın en çok yaşandığı kurumlardır¹.

Bu araştırma, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire ve hekimlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ve çatışma yönetimi yöntemlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği'nde, 27 hemşire ve 33 hekim ile yapılmıştır. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve Rahim Örgütsel Çatışma Ölçeği Form-C ile toplanmıştır^{1,2,3}.

BULGULAR: HAD ölçeği ve Rahim Örgütsel Çatışma Ölçeği alt ölçekleri puan ortalamalarının mesleklere göre farklı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Hekimlerin eğitim durumu uzlaşma, kaçınma ve depresyon puan ortalamaları üzerinde etkilidir. Hemşirelerde eğitim etkili bulunmamıştır. Hemşirelerin hükmetme ile depresyon puanları arasında pozitif; hekimlerde, anksiyete ile bütünleştirme puanları ve uzlaşma puanı arasında negatif; depresyon ile kaçınma puanları arasında ise pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ: Depresif belirti şiddetinin artması ile hekim ve hemşirelerde çatışma farklı alanlarda olmaktadır. Bu sonuçların nedenleri ve çözümüne yönelik yeni çalışmalara gerek vardır.

ANAHTAR KELİMELER: Psikiyatri kliniği, hemşire, hekim, anksiyete, depresyon, çatışma yönetimi

KAYNAKLAR

- 1- Çıtak E.A.: *Çatışma Çözümü Eğitiminin Hemşirelerin Çatışma Çözüm Becerisi, Yönetimi ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi*. E.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir,2006.
- 2- Ebrinç S., Açıkkel C., Başoğlu C., et al.: *Yanık merkezi hemşirelerinde anksiyete, depresyon, iş doyumu, tükenme ve stresle başa çıkma: Karşılaştırmalı bir çalışma*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; 3:162-168
- 3- Aydemir Ö., Köroğlu E.: *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. *Hekimler Yayın Birliği-MedicoGraphics*. Ankara,2006:138-142

Madde Kullanım Bozukluğu Olan Birey ve Ailesine Hemşirelik Yaklaşımı

Nuray ŞİMŞEK*, Yard. Doç. Dr Havva TEL**

*. Nevşehir Üniversitesi Sema ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu, NEVŞEHİR

** Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, KAYSERİ

Bağımlılık; bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla miktarda madde kullanma, madde alma isteğini durduramama olarak tanımlanmaktadır(1). Birleşmiş Milletler uyuşturucu kontrol programının (UNDCP) tahminlerine göre dünya üzerinde 180 milyon uyuşturucu madde bağımlısı bulunmaktadır(2). ABD'de 18 yaş ve üzerinde herhangi bir madde kullanım bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranının %16,7, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise bağımlılık yapan herhangi bir maddeyi yaşam boyu en az bir kez kullanma oranının %3,6 olduğu belirtilmektedir (1). Madde kötüye kullanımı gençler ve kadınlar arasında hızlı ve ciddi bir biçimde artan bir problemdir.

Madde bağımlılığı tolerans ve yoksunluk şeklinde görülmektedir. Tolerans, gittikçe artan miktarlarda madde almak için arzu duyulması, yoksunluk ise, uzun süre, sürekli madde kullanımdan sonra oluşmaktadır. Bir maddeye karşı bağımlılık geliştiğinde maddeyi bırakma ve azaltmada fiziksel yada psikolojik belirtiler gelişmektedir (3).

Madde kullanım bozuklukları psikiyatrik bir sorun olmakla birlikte bu durum ülkemizde daha çok ahlaki ve davranışsal bir sorun olarak görülmektedir. Madde bağımlısı bireye bakım veren sağlık çalışanları çoğunlukla, hastaların tedavi olmalarına rağmen yeniden madde kullanacakları ve sorunlarının düzelmeyeceğine inanmakta, bakım verirken kendilerini yetersiz hissedebilmekte veya bu bireylere bakım vermeye çekindiklerini belirtmektedirler. Sağlık çalışanlarının madde kullanımına ilişkin bireysel değerleri veya kendi ailelerinde madde kullanım öyküsü olması, onların bağımlılarla olan ilişkilerini etkileyebilmektedir (3,4).

Madde bağımlılığı bireyde fiziksel yada ruhsal bazı sorunlara neden olmakta ve bireyin aile dinamiklerini olumsuz etkilemektedir. Hemşire madde kullanım bozukluğu olan bir bireyle çalışırken; aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme, seksüel disfonksiyon, kendine bakımda yetersizlik, enfeksiyon riski ve yaralanma riski gibi fiziksel sorunlarla birlikte anksiyete, etkisiz bireysel baş etme, iletişimde bozulma, rol performansında değişim, umutsuzluk, güçsüzlük, benlik saygısında bozulma ve spiritüel sıkıntı, aile sürecinde değişim gibi ruhsal ve sosyal boyutta hemşirelik tanılarına yönelik müdahaleler gerçekleştirmektedir. Madde kullanım bozukluğu psikiyatrik bir hastalıktır. Tedavisinde hasta ve ailenin birlikte aile merkezli bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir (3,5).

ANAHTAR KELİMELER: Psikiyatri, madde bağımlılığı, bağımlılık

KAYNAKLAR

1. Öztürk O(2001).: *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Yenilenmiş 8. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul,s:519-547*
2. http://www.amatem.gov.tr/index_files/ProjectList.htm
3. Varcarolis EM(1998).: *People Who Depend Upon Substances Abuse, Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, Third Edition, W B Saunders Company, Philadelphia, s:751-791*
4. Ögel K.:*Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Damgalanma, 3P Dergisi, 2004 Cilt: 12, Ek Sayı: 3*
5. Viedebeck SL (2004).: *Psychiatric Mental Health Nursing, 2nd Edition,s:451-472*

Bir Psikiyatri Kliniğinde Sinema Terapi Üzerine Pilot Çalışma

Yük. Hem. Kinyas TEKİN

İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, İSTANBUL

İÜ Florence Nightingale HYO Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

AMAÇ: Sinema ve psikiyatri alışılmadık ölçüde aynı konuyu paylaşmaktadır. Sinema da, psikiyatri de insan düşüncesini, duygularını, davranışlarını ve hepsinden önemlisi insan dürtülerini odak noktası olarak ele alır. Filmler psikiyatriyi, psikiyatristler filmleri incelemişlerdir. Sinema terapi biblioterapinin temel aşamaları üzerine kurulmuştur. Filmi seyrederken, bilinçaltı bastırılmış arzular, korkular, düşünceler, hisler ve inançlar projeksiyon mekanizması aracılığıyla filmdeki olaylara ve/veya karakterlere ulaşır. Hasta kendini filmlerdeki karakterlerle özdeşleştirerek, kendi güçlü ve güçsüz yanlarını görebilir. Filmlerde benzer sorunlarını çözmesi hastanın duyduğu yetersizlik, suçluluk ve utanç duygularının azalmasını sağlayabilir (1,2,3).

Bu çalışma, film izletilen psikiyatri kliniğinde yatan hastaların tepkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: 8 Mart 2007- 20 Şubat 2008 tarihleri arasında İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yatan ve hekimleri tarafından önerilen pozitif belirtileri, ajitasyonu ve fûğ riski olmayan ve sinema gösterimine katılmak isteyen toplam 310 hasta sinema terapiye alınmıştır. Çalışma sürecinde toplam 30 film izletilmiştir. Film seçiminde hastaları motive edebilecek genellikle bir sorunun çözüme kavuşturulduğu, farkındalık yaratabilecek ve aşırı şiddet-travmatize edici-cinsel öğeler içermeyen filmler haftada 1 gün izletilmiştir. İzletilen filmlere örnekler; Forrest Gump (Sihirli Ayakkabılar) hayatın sürprizlerle dolu olduğunu, Shawshank Redemption (Esaretin Bedeli) mücadele edilerek imkânsızın başarılabileceğini, The Pursuit Of Happiness (Umudunu Kaybetme) umudun başarıya giden yol olduğunu, My Left Foot (Sol Ayağım) bütün sınırlılıklara rağmen başarılı olunabileceğini, Dead Poets Society (Ölü Ozanlar Derneği) anı yaşamının önemini öğretebilir gibi. Hastaların hep beraber sinema düzeninde olan kliniğin eğitim salonunda film izlemeleri sağlanmış, sonra film hakkında etkileşimde bulunmaları psikiyatri hemşiresi (araştırmacı) tarafından yönetilmiştir. Bu etkileşimde amaç, hastaların film ile bağlantılı açığa çıkan duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri, kendi kişisel yaşantıları ile bağlantı kurmalarını sağlamaktır. Etkileşim süreci, etkinliği koordine eden araştırmacı tarafından geliştirilen sinema terapi önemli notlar/gözlem formu ile yazılı kayıt altına alınıp ekip üyeleri ile paylaşılmıştır.

SONUÇ: Hastaların;

-Büyük bir kısmının filmleri sonuna kadar izlediği,

-Sorunların mücadele edilerek, akılcı yöntemlerle çözüldüğü filmleri daha çok beğendikleri, bu tür filmlerden sonra kendi sorunlarını dile getirdikleri ve” bizde hastalığımızla bu şekilde mücadele edebiliriz” şeklinde sonuçlar çıkardıkları,

-Kendi travmalarını çağrıştıran sahnelerde kaçma/kaçınma belirgin davranışları (salonu terk etme, sahneyi izlemekten kaçınma, ağlama... vs) sergiledikleri, tedavinin ilerleyen dönemlerinde benzer sahnelerde aynı davranışı sergilemedikleri,

-Filme ya da filmin sahnesine gösterdikleri tepkilerin duygulanımları hakkında bilgi verdiği,

-Sinema gün ve saatini sabırsızlıkla bekledikleri, gözlemlenmiş, tespit edilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Sinema, Terapi, Psikiyatri, Film

KAYNAKLAR

1. www.mezun.com/icerik/columnists/mezun_Authors/articles.cfm?COLUMNISTID=1352

2. Gabbard G. O., Gabbard K., *Psikiyatri ve Sinema, Okuyan yay. İstanbul, 2007*

3. Gençöz F., *Psinema, HYB Yayınları, Ankara, 2007*

İlköğretim Öğrencilerinde Depresyon ve Etkileyen Faktörler

Yrd.Doç.Dr Serpil TURKLEŞ*, Yrd.Doç.Dr Rabia HACIHASANOĞLU**

*Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, MERSİN

**Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ERZİNCAN

AMAÇ: Ergenlik dönemi, bireyin oldukça zayıf ve duyarlı olduğu, doğal ve gerekli bir süreçtir. Ancak kimi zaman da yetişkinlikte görülen ruhsal rahatsızlıkların başladığı dönemdir. Depresyon ergende üstü örtülü, dolaylı ya da depresyonu düşündürebilecek belirtilerle çıkabilir (1,2). Bu araştırma Erzincan ilindeki İlköğretim 6, 7 ve 8. sınıf öğrencilerinde depresyon ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma Erzincan İl Merkezindeki 7 ilköğretim okulunda yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bu okullarda öğrenim gören toplam 1743 öğrenci oluşturmuştur. Örneklemine ise bu okullardan basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilen 696 (evrenin % 39.9'u) öğrenci oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğüne göre sınıf listelerinden alınabilecek öğrenci sayısı belirlenerek daha sonra basit rastgele örneklem yöntemiyle öğrenciler belirlenmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ile Mayıs 2006 tarihinde toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, t testi ve tek yönlü Varyans analizi, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis kullanılmıştır.

BULGULAR: Öğrencilerin %17.4'ünde (n=121) depresyon bulunmuştur (ÇDÖ puanı 19 ve üzerinde). Öğrencilerin ÇDÖ' den aldıkları en düşük puanın "0", en yüksek puanın "39" ve puan ortalamalarının (11.82±6.70) olduğu tespit edilmiştir. Depresyonun öğrencinin yaşı, ders çalışma düzeni, okul başarısı, sigara içme durumu, anne eğitimi, ailenin aylık geliri, şu anda yaşadığı yer, kronik sağlık sorunu, anne ve babanın birbirleriyle iyi geçinme, evde şiddet uygulama durumları, annenin ve babanın sevgisine inanma durumu, anne ve babanın aile içindeki tutumları, ebeveynlerin yöneltilen sorulara yanıt verme durumu, ailede psikiyatriste gitme ihtiyacı duyan bireyin olması, kendini yalnız hissetme, kendine güvenme, duygularını ifade etmekte güçlük çekme durumları gibi değişkenlerden etkilendiği belirlenmiştir (p<0.05, p<0.01, p<0.001).

SONUÇ: Öğrencilerin depresyon puan ortalamaları benzer çalışmalara göre yüksek bulunmuştur (3,4,5). Öğrencilerin bazı tanıtıcı özellikleri, okul yaşantıları, sigara içme ve sağlık durumları, ailesel özellikleri, kendini yalnız hissetme, kendine güvenme ve duygularını ifade etme durumları gibi birçok etkenin öğrencilerin depresyon düzeylerini etkilediği belirlenmiştir.

ANAHTAR KELİMELELER: İlköğretim, çocuk, ergen, depresyon

KAYNAKLAR

1. Yörükoğlu A. (2000). *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. Özgür Yayınları, İstanbul.
2. Parman T. (2000). *Ergenlik ya da Merhaba Hüzün*. Bağlam Yayınları, İstanbul.
3. Allen JP, Insabella G, Porter MR et al. (2006). A social-interactive model of the development of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006 Feb;74(1):55-65.
4. Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002 Nov;111(4):578-88.
5. Öztürk M, Zülfikar B, Sayar K ve ark. (2005). Hemofilili çocuklar ve annelerinde emosyonel zorlanma. *Yeni Symposium* 43(4): 157-162.

Anksiyete İle Başetme Eğitiminin Kadınların Anksiyete Düzeylerine Etkisi

Yrd.Doç.Dr Serpil TURKLEŞ*, Yrd.Doç.Dr Belkıs KARATAŞ*, Uzm Hem.Gülay YILMAZ**

* Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, MERSİN

**Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, MERSİN

AMAÇ: Anksiyete bozuklukları sağlık hizmetlerine talebi önemli oranda arttıran sağlık sorunlarından (1, 2). Bu araştırma anksiyete ile baş etmede planlı eğitimin kadınların anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Bu araştırma eşlenmemiş kontrol gruplu ön test son test yarı deneme modeli olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 14 Nisan - 14 Mayıs 2007 tarihleri arasında Çiftlikköy Hüseyin Dağlı Sağlık Ocağı ve Davultepe Sağlık Ocaklarında 4. sınıf Halk Sağlığı Hemşireliği dersini alan 46 öğrencinin izlem yaptıkları ailelerde bulunan, 18 yaş üstü, 184 kadın oluşturmuştur. Örneklem grubu ise gönüllülük ilkesine uygun olarak çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan belirlenmiştir. Kadınların 87'si eğitim, geri kalan 87'si kontrol grubunda yer almıştır. Kontrol değişkenleri açısından denkliliği sağlamak amacıyla, bu değişkenlere uyan kadınlar gruplara alınmıştır. Araştırmanın örneklemini ise 80 eğitim, 80 kontrol grubu olmak üzere 160 kadın oluşturmuştur. Eğitim grubuna iki oturum halinde toplam 2 saat süren anksiyete ile başetme eğitimi verilmiştir. Araştırmacılar tarafından oluşturulan eğitim kitapçıkları eğitim ve kontrol gruplarına dağıtılmıştır. Son testin ardından kontrol grubuna da anksiyete ile başetme eğitimi verilmiştir. Veriler anket formu ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, t testi, kıkare testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Eğitim grubundaki kadınların anksiyete ile başetme eğitimi öncesi BAE puan ortalaması 19.94 ± 12.53 , eğitim sonrası 13.78 ± 9.11 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki kadınların öntest BAE puan ortalaması 16.99 ± 8.31 , sontest puan ortalamaları 15.33 ± 9.74 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

SONUÇ: Elde edilen bulgular; 2 hafta arayla 1'er saatlik anksiyete ile başetme eğitiminin kadınların anksiyete düzeylerinin düşmesinde etkili olduğunu göstermiştir. Benzer araştırmalarda bireylere verilen eğitim ve bakımın anksiyete düzeylerini azalttığı belirlenmiştir (3,4,5). Anksiyete ile baş etme eğitiminin birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaygınlaştırılması ile risk altındaki bireylerin anksiyete semptomları ile erken dönemde baş edebilir duruma gelmesi sağlanabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Kadın, anksiyete, baş etme, eğitim

KAYNAKLAR

- Berksun OE. (2003). *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*. 2. baskı. Turgut yayıncılık, İstanbul.
- Kocabaşoğlu N. (2005). *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. Aralık 47. 181-198.
- Erci B, Tortumluoğlu G, Kılıç D. (2003). *Anksiyete ile baş etme eğitiminin adölesanlarda anksiyete düzeyine etkisi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6(3):57-63.
- Garland EJ. (2001). *Rages and refusals: Managing the many faces of adolescent anxiety*. Canadian
- Masia C, Klein R, Storch EA, Corda B. (2001). *School-based behavioral treatment for Social Anxiety Disorder in adolescents: Results of a pilot study*. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40(7), 780-786.

Öğrencilerin Ruhsal Durum Değerlendirmesi

Latife UTAŞ AKHAN, Makbule BATMAZ

Haliç Üniversitesi hemşirelik Yüksek Okulu, İSTANBUL

AMAÇ: Bu çalışma haliç üniversitesi hemşirelik yüksekokulunda okuyan öğrencilerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırma 15 aralık- 15 ocak 2008 tarihleri arasında, araştırmaya katılmayı kabul eden 215 öğrenci ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen bireyin tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu ile ruhsal durum değerlendirme envanteri kullanıldı.

BULGULAR: Araştırmaya katılan öğrencilerin % 22.8'ünün 17- 19 yaş grubunda, %69.3'ünün 20-22 yaş grubunda, %7'sinin 23-25 yaş grubunda olduğu; % 7.4'ünün kronik bir hastalığı olduğu; % 2.3'ünün kronik hastalıklarının Akdeniz anemisi olduğu, %43.7'sinin 1 kardeşi olduğu; %34.9'unun boş zamanlarını arkadaşları ile birlikte geçirerek değerlendirdiği bulunmuştur.

SONUÇ: Araştırmaya katılan öğrencilerden kronik bir hastalığı olanların ölçeğin somatizasyon alt boyunun puan ortalamasının (22.26 ± 8.45) ; 1 kardeşe sahip olan öğrencilerin ölçeğin kişiler arası ilişkiler alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının (24.58 ± 6.02) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, kronik bir hastalığa sahip olmanın bireyi fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz olarak etkilediğini söyleyebiliriz.

ANAHTAR KELİMELEER: Hemşirelik öğrencisi, ruhsal durum, kronik hastalık

KAYNAKLAR

1-Güleç, Köroğlu: *Psikiyatri Temel Kitabı*, 5. Baskı, 2000.

2-Alper Y. : *Dinamik Psikiyatrinin gelişim süreci, Türkiye'de Psikiyatri dergisi*, cilt 3 sayı 2, 2001.

3-Winnikott D.: *Oyun ve Gerçeklik*, Metis yayınları, 2007.

İstanbul İli Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İşlerine İlişkin Duygularının Ruhsal Belirtiler İle İlişkilerinin İncelenmesi

Gül ÜNSAL BARLAS*, **Nevin ONAN***, **Semra KARACA***, **Özlem IŞIL***, **Nurhan EREN****, **Münevver AKIN*****, **Selda AYDIN******

*Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD, İSTANBUL

**İ.Ü. İ.T.F. Sosyal Psikiyatri Servisi, İSTANBUL

***B.R.S.H. Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

****E.R.S.H Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

AMAÇ: Yaşamının en önemli unsuru uyum ve dengedir (1). Uyum ve denge halinin sürdürülmesinde iş yaşamı önemli bir yer tutmaktadır. Günümüzde teknolojinin hızlı gelişimi nedeniyle çalışma hayatında teknoloji stres oluşumu, özel yaşam alanında yaşanan güçlükler vb. durumlar, bireyin işi ile ilgili duygularını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (2,3). Bunun yanı sıra psikiyatri kliniklerinde kronik psikiyatrik hastalıklar, toplumun bu hastalıklara ve çalışanlara bakışı ve hastaların hastalıklarından kaynaklanan çeşitli davranışları bakım vericilerde daha fazla duygusal yük oluşturabilmektedir. Bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin işe ilişkin iyilik algıları ile ruhsal belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Çalışma İstanbul ili devlet ve üniversite hastanelerinin psikiyatri kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 186 hemşire ile gerçekleştirilen, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Çalışmada veriler Bilgi Formu, İşe İlişkin Duyuşsal İyilik Algısı Ölçeği (İİDİAÖ) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler, varyans ve korelasyon kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 34.9 olup, %60.2'si evli ve çoğunluğu kadındır. Katılanların %40.3'ü ön lisans mezunu olup ortalama 8.7 yıldır psikiyatri ünitesinde çalışmakta ve % 64'ü kadrolu, % 63.4'ü 1.000-1500 YTL arasında ücret almaktadır. İşe ilişkin iyilik algısı toplam puan ortalaması 62.29 olup, pozitif duygu maddeleri puan ortalaması 26.94, negatif olanlar ise 22.26, Kısa Semptom Ölçeği toplam puan ortalaması 27.18 olarak bulunmuştur. İİDİAÖ ile KSE arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = -.46$; $p < .01$).

SONUÇ: Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin işe ilişkin iyilik duygularının psikiyatrik belirtilerle ilişkisi incelendiğinde, işe ilişkin olumlu duyguların hemşirelerin ruhsal belirti gösterme durumunu azalttığı bulunmuştur.

ANAHTAR KELİMELELER: Psikiyatri hemşiresi, ruhsal durum, hemşirelik

KAYNAKLAR

1. Baltaş A, Baltaş Z: *Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi. İstanbul, 2002.*
2. Aytaç S: *Çalışanların işlerine ilişkin duygularının stres tepkileri üzerindeki etkisi . İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, 2006;55:1:833-851.*
3. Bayram N., Kuşdil S., Aytaç S., Bilgel N: *İşe İlişkin Duyuşsal İyilik Algısı Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Güvenilirlik Çalışması, Öneri Dergisi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004;22;11: 6:1-7.*

BAKIRKÖY PROF.DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

1924 yılında Toptaşı Bimarhanesi Başhekimi Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Uzman'ın isteği ve zamanın hükümetinin de onayı ile, Bakırköy'de kurulu Reşadiye Kışlasının Akıl Hastanesine dönüştürülmesi kararlaştırılmış ve ilk olarak Ord. Prof.Dr.Fahrettin Kerim Gökay Toptaşı Bimarhanesi'nden Bakırköy Akıl Hastanesine yapılacak intikalin öncüsü olarak görevlendirilmiş ve aynı tarihte 38 hasta ile birlikte Reşadiye Kışlasının eski binalarına yerleşmişlerdir. 1927 yılında Toptaşı Bimarhanesi kapatılmış ve Bakırköy Emraz-ı Akliyye Hastanesi kurulmuştur. O tarihten bu güne dek, bu hastanede Türk toplumuna ruh sağlığı ve hastalıkları konusunda değerli hizmetler verilmiş ve bu hizmetin yanı sıra psikiyatri bilim dalında yüzlerce uzman ve bilim adamının yetiştirilmesi sağlanmıştır. Ancak hızlı nüfus artışı, ülke çapında ruh sağlığı kurumlarının yetersiz kalışı ve kolaylaşan ulaşım imkanları ile hastane yoğun bir hasta kitlesiyle yüz yüze gelmiştir. 1950'li yıllardan bu yana sürekli gelişen ve değişime uğrayan çağdaş psikiyatrik tedavi anlayışına ayak uydurulamaması, hastaneyi kapasitesinin çok üzerinde kronik akıl hastası ya da zihinsel özürülülerin toplandığı bir depo hastane durumuna dönüştürülmüştür. 28 Kasım 1979 yılında hastane Başhekimliğine getirilen Dr. Yıldırım Aktuna tarafından başlatılan yoğun çalışmalarla kısa sürede inanılmaz bir reform gerçekleştirilmiştir. Bu reform sürecinde hasta sayısı azaltılmış, hastaların ve hastanenin fiziksel koşulları iyileştirilmiş, hemşire sayısı artırılarak hasta merkezli hemşirelik bakımı uygulamaları başlatılmıştır. Rehabilitasyon programlarına büyük önem verilerek çağdaş bir psiyatrik tedavi hizmeti sunulmaya çalışılmıştır. Hastanenin çağdaşlaşma süreci ilerleyen yıllarda da devam etmiş ve hastane "Bakırköy Prof. Dr. Mashar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi" adını alarak eğitim ve araştırma konularına daha fazla önem vererek psikiyatri alanında önemli bir yere sahip olmuştur. Bugün gelinen noktada hastane koşulları daha da iyileştirilmiş, hizmet sunan personel sayısı artırılmıştır, sunulan hizmet kalitesinin daha da artması için çalışmalar devam etmektedir. Hemşirelik hizmetleri personeli de bu kapsamda hizmet kalitesini arttırmak için çalışmakta, mesleki gelişim ve örgütlenmeye büyük önem vermektedir.

Hemşirelik hizmetleri departmanı olarak temel hedefimiz; hasta bakım süreçleri ve tedavideki rolün gerektirdiği sorumluluk ve yönetim uygulamalarında uluslararası hemşirelik standartlarına ulaşmak, kendimizi sürekli geliştirmek ve koşulsuz hasta memnuniyeti ile çalışanların mutluluğunu sağlamaktır.