

**RUHSAL HASTALIK DENEYİMİNDEN BÜYÜMEK
MÜMKÜN MÜDÜR?:
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BAKIŞ AÇISINDAN BİR
DEĞERLENDİRME**

**IS IT POSSIBLE TO GROW FROM THE MENTAL ILLNESS
EXPERIENCE?:
AN ASSESSMENT FROM THE PSYCHIATRIC NURSING
PERSPECTIVE**

Buket Şimşek Arslan¹, Kadriye Buldukoğlu¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Özet

Ruhsal hastalıklar, psikopatolojik belirtilerin birey üzerindeki etkileri, ruhsal hastalığa sahip bireyin toplum içinde damgalanması ve damgalamanın getirdiği olumsuz yaşantılar nedeniyle travmatik yaşam olayları arasında yer almaktadır. Travmatik yaşam olayları, bireyde olumlu ve olumsuz değişimlere neden olabilir. Travma sonrası büyüme kavramı, travmatik yaşam olaylarından sonra görülebilecek olumlu değişimler için kullanılır. Psikoz tanılı bireylerde yapılan çalışmalarda, ruhsal hastalık tanısından sonra büyüme gösterebilecekleri sonucuna ulaşılmıştır. Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin bakımını üstlenen ve onlarla klinikte sürekli birlikte olan psikiyatri hemşirelerinin bireylerin travma sonrası büyümesine katkı sağlayabilecekleri düşünülmektedir. Psikiyatri hemşireleri, bireyin sorunlarla baş etme, değişme ve gelişme gücü olduğuna ve hastalık durumunun bireyin gelişimi için bir fırsat olduğuna inanır. Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin yaşadıkları durum ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşarak, bu deneyimden anlam çıkarmalarını sağlayarak, duruma ilişkin yanlış inançlarını düzelterek ve bakımını bu yönde sürdürerek, travma sonrası büyümeye katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Travma sonrası büyüme, ruhsal hastalık, psikiyatri hemşireliği

Abstract

Mental illnesses are among the traumatic life events due to the effects of psychopathological symptoms on the individual, the stigmatization of the individual with mental illness and the negative experiences of the stigmatization. Traumatic life events can cause positive and negative changes in the individual. The concept of post-traumatic growth is used for positive changes that can be seen after traumatic life events. Studies conducted on individuals diagnosed with psychosis have reached the conclusion that they can show growth after a mental illness. It is thought that psychiatric nurses who take care of individuals who are diagnosed with mental illness and who are constantly in clinic together can contribute to the post-traumatic growth of individuals. Psychiatric nurses believe that the individual has the power to deal with problems, change and development, and that the disease state is an opportunity for the individual to develop. In this context, psychiatric nurses can contribute to post-traumatic growth by sharing the feelings and thoughts about the situation they are experiencing with mental illness, by providing meaning from this experience, by correcting their misconceptions about the situation and by maintaining care this direction.

Key words: Post traumatic growth, mental disorder, psychiatric nursing

Geliş tarihi/Received: 22.07.2018 | **Kabul tarihi/Accepted:** 19.12.2018

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Buket Şimşek ARSLAN, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya

Telefon/Phone: +90 242 226 1358

E-posta/E-mail: buketsmse@gmail.com

GİRİŞ

Her birey yaşamının bir döneminde kendisi ya da bir yakınının hastalık tanısı alması riskiyle karşı karşıyadır. Hastalık, insan için kaçınılmaz bir deneyim olmasına rağmen, birey hastalıkla karşılaşmadığı sürece, hastalığın getireceği olumsuz etkileri düşünemez. Fakat ciddi bir hastalık tanısı almış olmak, birey ve yakın çevresi için oldukça zor ve sarsıcıdır (1). Ruhsal hastalıklar için durum daha farklı olup, ruhsal, biyolojik ya da gelişimsel süreçlerde işlevselliğin bozulduğu bir tablo ortaya çıkmaktadır. Bireyin biliş, duygu ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bozulmaya neden olmaktadır. Genellikle ruhsal hastalıklarda öne çıkan bir semptom vardır veya toplumsal konular, çalışma durumu gibi işlevsellik alanlarında yetersizlik söz konusudur (2).

Ruhsal hastalık tanısı almış olmak, travmatik yaşam olayları içinde sayılmaktadır (3,4). Bu durum ruhsal hastalıkların, normal yaşam deneyiminden farklı olarak, kişide psikolojik zorlanmaya neden olması, bireyin hastalık karşısında denetim gücünün olmaması ya da azalması ve uzun süreli problemlere neden olması gibi özelliklerden kaynaklanmaktadır (5). Bu özelliklerden dolayı birey olay karşısında, güçsüzlük, yalnızlık, korku, anksiyete, sosyal izolasyon

yaşayabilmekte, bireyin benlik saygısında azalma olmakta ve yorgunluk gibi fizyolojik tepkiler görülmektedir (6). Bu bağlamda bu gözden geçirme makalesinin amacı;

- Birey için ruhsal hastalık tanısı almanın travmatik bir deneyim olarak kabul edilmesinin nedenlerini incelemek,
- Ruhsal hastalık deneyiminden büyümeyi açıklamak,
- Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerde travma sonrası büyümenin sağlanabilmesi için psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumluluklarını gözden geçirmektir.

Ruhsal Hastalığın Travmatik Bir Deneyim Olarak Ele Alınmasının Nedenleri

Ruhsal hastalık tanısı almış olmanın travmatik bir deneyim olarak ele alınmasının birçok nedeni vardır. Bunlardan ilki ruhsal hastalıklarda görülen psikopatolojik belirtilerdir. Özellikle psikotik bozukluklarda görülen, pozitif (halüsinasyonlar, sanrılar) belirtiler, bireyin korkmasına; negatif belirtiler ise (enerji azlığı, odaklanamama, sosyal izolasyon gibi) bireyin durumunu olumsuz olarak algılamasına neden olmaktadır. Bu

sebeplerle birey içinde bulunduğu durumu travmatik olarak algılayabilmektedir (7).

Ruhsal hastalık tanısı almanın travmatik deneyim olarak nitelendirilmesinin diğer bir nedeni, bu bireylerin damgalamaya ve damgalamanın olumsuz etkilerine maruz kalmalarıdır. Ruhsal hastalık tanısı alan bireyler, toplumdaki kalıp yargılarla karşı karşıya kalır ve toplum tarafından “*akıl hastası*” olarak damgalanır (8). Özellikle şizofreni tanısı olan bireyler toplumda tehlikeli, saldırgan, ne zaman ne yapacağı belli olmayan, mantıklı karar veremeyen, güvenilir, tembel kişiler olarak görülmektedir. Şizofreni hastalığının da; tedavisinin olmadığına, ağırlaşarak devam ettiğine, kişilik bölünmesi anlamına geldiğine, karakter zayıflığı ve iradesizlikten ortaya çıktığına inanılmaktadır (9). Damgalama karşısında bireyler bir süre sonra kendi üzerindeki bu damgayı kabul ederek utanç duygusu geliştirir. Bu utanç duygusu da kişinin kendi kendini etiketlemesine neden olur (8). Yapılan çalışmalarda ruhsal sorunu olan bireylerin toplumda sıklıkla damgalamaya maruz kaldıkları ve kendini etiketlemenin sonucu olan “*içselleştirilmiş damgalama*”yı yaşadıkları bulunmuştur (10,11).

Bireyin toplum ve kendisi tarafından damgalanmasının yanı sıra, bakım ve tedavi aldığı ekip tarafından da

damgalandığını gösteren birçok çalışma vardır (12-14). Bireylerin tedavilerini sağlayacak, bakımlarını sürdürecektir bireyler ve toplum tarafından damgalanması, tedavi almak için kuruma başvurularını engellemekte ve yardım almalarını geciktirmektedir. Bu durum hastalığın erken tanı ve tedavisini güçleştirmekte, tedavi alma durumunun kesintiye uğramasına sebep olmakta ve tedavi sürecine uyumu bozmaktadır (14-16).

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin toplumda damgalanması iş bulmalarını da zorlaştırmaktadır (9). Ruhsal hastalığı olan bireyler işsizlik nedeniyle; gelir eksikliği, sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü, barınma sorunları, kötü yaşam koşulları ve sosyal ilişkide bozulma gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (9, 17-19). Ruhsal hastalık tanısı almış olan bireylerin yaşadığı bu damgalama süreci ve beraberinde getirdiği olumsuz yaşantılar, hastalarda benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır (20,21). Ruhsal hastalıklara ilişkin belirtiler, mitler, bireyin yaşadığı damgalanma ve bu sürecin getirdiği olumsuz sonuçlar düşünüldüğünde, ruhsal hastalık tanısı almış olmanın travmatik bir deneyim olduğu açıktır. Psikoze tanılı bireylerde yapılan çalışmaların incelendiği bir derlemede de, bu tanının bireyler için

travmatik bir deneyim olduğu sonucuna varılmıştır (22).

Ruhsal Hastalık Deneyiminden Büyümek

Travmatik yaşam olaylarından sonra bireyde yalnızca olumsuz değişimler değil, olumlu değişimler de görülmektedir. Travma sonrası büyüme kavramı, travmatik bir yaşam olayıyla mücadele sonrasında bireyin yaşadığı olumlu değişimleri ifade eder. Bu kavram ile ilgili öğretiler yüzyıllardır kabul görmektedir. Antik Yunan, İbranice ve erken dönem Hristiyan yazıları ve düşünceleri ile Budizm, Hinduizm ve İslam öğretileri, “acı”dan olumlu sonuçlar çıkarılabileceğini işaret etmişlerdir (6). Din ve edebiyatta, çekilen acıların insanı dini öğretiye, gerçekliğe ve tanrıya yaklaştırdığı düşünülmüştür (1). Frankl, Fromm, Caplan, Dohrenwend and Yalom gibi birçok sosyal bilimci de, travmatik yaşam olaylarından sonra bireylerin hayatlarında pozitif değişikliklerin olmasının mümkün olduğunu söylemişlerdir (6).

Kavram olarak “*travma sonrası büyüme*”, ilk olarak Tedeschi ve Calhoun tarafından 1995 yılında ifade edilmiş ve 2004 yılında yeniden tanımlanmıştır (23). Travmatik bir yaşam olayına maruz kalan birey üç temel alanda büyüme gösterebilir. Bu alanlar; “*benlik algısında değişim,*

yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişim”dir. Benlik algısında değişim gösteren bireyin kendini ve dünyayı algılama biçimi değişir. Yeni ilgi alanları ve aktiviteler geliştirme, yeni başlangıçlar yapma bu bireylerde görülen değişimlerdenidir. Yaşam felsefesinde değişim olan bireyde yaşamın değeri artar. Bu sayede önceliklerini belirler, varoluşunu sorgular, ruhsal ve manevi gelişim gösterir. Başkalarıyla ilişkilerinde değişim yaşayan bireyin ise diğer insanlara bakış açısı değişir, kendini ve duygularını diğer insanlara ifade etmeye isteklidir. Travma sonrası büyüme gösteren birey bu alanların birinde ya da daha fazlasında gelişim gösterebilir (6).

Bilimsel çalışmalarda genellikle travmatik yaşam olayının kişi üzerinde yarattığı negatif etkiler incelenmiş olup (6,24), son yıllarda travmadan güçlenerek çıkan bireyler ve yaşadıkları olumlu değişimler araştırmalara konu olmaya başlamıştır (1). Travma sonrası büyüme kavramı ile ilgili temel çalışmalar doğal afet (25,26), kaza (27), hastalık (28-29) gibi travmatik yaşam olayı geçiren bireyler ve yakınları (30) ile yapılmıştır. Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerde travma sonrası büyüme kavramı ile ilgili çalışmalar ise oldukça sınırlıdır. Literatürde psikozun ilk atağını yaşayan bireylerde travma sonrası büyüme ile ilgili birkaç çalışmaya rastlanmıştır (7, 22, 31).

Jordan ve arkadaşlarının (2017) psikoz tanılı bireylerde yaptığı çalışmada, tanı aldıktan sonra bireylerin kişisel özelliklerinde, yaşam tarzlarında pozitif yönde gelişmelerin olduğu, başka bireylerle ilişkilerinde, dini uğraşlarda ve yaşam memnuniyetinde artma olduğuna dair temalar ortaya çıkmıştır. Mazor ve arkadaşları (2016) da aynı hastalığa sahip bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, psikotik belirtiler ne kadar ağır olursa olsun, bireylerin yaşadıklarından anlam çıkarma yetenekleri ve etkili baş etme yöntemlerini kullanmalarıyla bağlantılı olarak travma sonrası büyüme gösterebildiklerini saptamışlardır. Ayrıca psikoz tanılı bireylerin kendilerini ifade edebilmelerinin ve deneyimlerini paylaşmalarının travma sonrası büyümeye olumlu katkı sağladığı bulunmuştur (31). Ülkemizde herhangi bir ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan tanımlayıcı türde çalışmada da bireylerin ruhsal hastalık tanısı aldıktan sonra yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdikleri saptanmıştır (32).

Ruhsal hastalığa sahip olmak her ne kadar bireylerde anksiyete ve umutsuzluğa neden olsa da, aynı zamanda değişim ve gelişim için de bir motivasyon kaynağıdır (33). Diğer travmatik deneyimleri yaşayan bireyler gibi ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin de, hastalıkları sürecinde etkili baş etme yolları geliştirebilecekleri,

hastalık sürecini en uygun şekilde yönetebilecekleri ve travma sonrası büyüme gösterebilecekleri düşünülmektedir. Çünkü hastalık tanısı aldıktan sonra birey, çeşitli baş etme yolları arayarak, durumunu düzeltmeye çalışmaktadır (1). Ruhsal hastalık tanısı aldıktan sonra bireyin yaşamında olumlu değişikliklerin görülebilmesi için, bu bireylere bakım verenlerin (sağlık personeli, aile vs.) profesyonel ve sosyal yönden destek olması ve toplumun yanlış inançlarının düzeltilmesinin çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Travma Sonrası Büyüme ve Psikiyatri Hemşireliği

Hemşirelik, bireyin yaratıcı, yapıcı ve üretken bir şekilde toplumda var olabilmesini amaçlayan, terapötik ve kişiler arası bir süreçtir (34). Hasta olsun ya da olmasın her yaşta birey, aile, grup ya da toplumla işbirliği ve özerklik ilkesine dayalı olarak bakımının sürdürülmesini kapsar. Sağlığın yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalıklarda, engellikte ve ölüm sırasında bakım sistemlerinin yönetimi ve eğitimi içerir (35). Hemşireliğin dört temel kavramı hemşirelik, insan, sağlık-hastalık ve çevredir (36). Bu kavramların odak noktası ise insandır. Hemşire insanın doğasını bilmeli, onu etkileyen biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel öğeleri

tanımlamalı ve bakımını o yönde sürdürmelidir. İnsanı etkileyen öğeler çevrede var olur ve insan çevresiyle sürekli, karşılıklı ve kendiliğinden oluşan bir etkileşim içindedir. Hemşireliğin temel amacı ise sağlığın sürdürülmesi ve hastalık durumunda bireyin gereksinim duyduğu bakımın verilmesidir (37). Hemşireliğin bu dört temel kavramı ve travma sonrası büyüme kavramı arasında bazı benzerlikler vardır. Temel kavramlar bize, insanın çevresiyle bir bütün olduğunu ve onunla karşılıklı bir etkileşim halinde bulunduğunu vurgulamaktadır. Travma sonrası büyüme kavramında da benzer olarak; bireyin travma sonrası büyüme göstermesinde bazı çevresel faktörlerin etkili olduğu savunulmaktadır. Bu faktörler bireyin sosyal çevresinden gelen sosyal destek algısı ve inançlarını içeren kültürel özellikleridir (6-38). Hemşireliğin uzmanlık alanlarından biri olan psikiyatri hemşireliği, bireyin yaşadığı deneyimlerden anlam bulmasını sağlayan, gelişimini ve güçlenmesini sağlayan bir disiplindir. Psikiyatri hemşireliği uygulamalarının amacı, birey, aile ve toplumda ruh sağlığını geliştirmek, ruhsal hastalıkları önlemek, var olan ruhsal hastalıklarda baş etme becerilerini arttırmaktır. Psikiyatri hemşireliği müdahaleleri, kendiliğinden amaçlı kullanımını sağlayan bir sanat ve bakımda etkili sonuçlar almak için çok çeşitli

hemşirelik, psikososyal ve nörobiyolojik araştırma kanıtlarını kullanan bir bilimdir (39-41). Psikiyatri hemşireliğinin felsefesini oluşturan görüşler; bireyin sorunlarla baş etme gücü, değişme ve gelişme potansiyelinin olduğunu ve hastalık durumunun bireyin gelişimi için bir fırsat olduğunu açıklamaktadır. Bu bağlamda bakıldığında, bu felsefi görüşler travma sonrası büyümenin kavramsal yapısı ile örtüşmektedir.. Travma sonrası büyüme kavramı da, bireyin yaşadığı olumsuz durumu olumluya çevirebileceğini, her bireyin içinde bu potansiyeli taşıdığını, bunu sağlayan faktörlerden birinin baş etme becerileri olduğunu belirtmektedir (6, 42).

Hemşirelik kuram ve modelleri de travma sonrası büyüme kavramını destekleyen bakış açısına sahiptir. Peplau "*Kişilerarası İlişkiler Kuramı*"nda insanı stresli durumlar karşısında ortaya çıkan anksiyeteyi sahip olduğu baş etme becerileri ile yönetebilen ve yeni duruma uyum sağlayabilen bir canlı olarak tanımlamıştır (34). Roy da "*Adaptasyon Kuramı*"nda ise insanın, çevresinden gelen uyaranlara mevcut baş etme yöntemleri ile tepki gösterdiğini, baş etme yöntemlerinin insanın adaptasyon sisteminin kontrolünü oluşturduğunu belirtmiştir. Adaptasyonu ise insanın geçirdiği değişime pozitif tepki verme ya da uyum için çaba gösterme süreci olarak tanımlamıştır (43). Benzer

olarak Neumann, “Sistemler Modeli”nde insanın yaşamında birçok stresörle karşılaştığını ve bu stresörlerin evrensel olduğunu vurgulamıştır. Stresörle karşılaşan insan stresle baş etme yöntemlerini kullanarak yanıt vermeye çalışmaktadır. Her birey aynı stresöre farklı yanıtlar verebilmektedir. Modelde amaç, insan için olası stresörleri tanımlamak, bireyin stresöre yanıtını belirlemek ve yeniden uyumunu sağlamaktır. Yeniden uyumda önemli olan bireyin stresle baş etme yöntemlerini güçlendirmek, hastalığın tekrarını önlemek ve optimum iyilik halini sağlamaktır. Travelbee de “İnsan İnsana İlişkiler Kuramı”nda hemşireliğin amacını; birey, aile ya da toplumun acı çekme ve hastalık deneyiminin önlenmesi, önlenemiyorsa bu deneyimlerle baş etmesinin sağlanması ve gerekliyse bu deneyimden anlam bulmasına yardım edilmesi ve büyümesini sağlaması olarak ifade etmiştir (44). Bu bağlamda hemşirelerin bakımlarını hemşirelik felsefesine ve kuramlarına göre yapılandırmasının, travma sonrası büyümeye katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Ruhsal Hastalık Deneyiminden Büyümede Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Sıklıkla travmatik bir olay yaşamış bireylerle çalışan hemşireler için travmatik

yaşam olaylarını ve bu olayların nasıl yönetileceğini anlamak, hemşire olmayı öğrenmenin özüdür. Travmatik yaşam olaylarını anlamak bütün hemşireler için önemli olmasına rağmen, özellikle psikiyatri hemşireleri için çok daha önemlidir (40). Ülkemizde İnci ve Boztepe (2013) yaptıkları derlemede travma sonrası büyümede hemşirelerin rollerini açıklamışlardır. Buna çalışmaya göre;

- Hastanelerde travma yaşamış bireyle karşılaşan kliniklerden biri psikiyatri kliniği olduğu ve travma yaşamış ya da halen yaşayan bireyin fark edilmesi, gereksinimlerine yönelik bakımların verilmesi ve sonuç olarak yaşadığı travmadan güçlenerek çıkmasında hemşirenin rolü önemlidir. Bunun nedeni ise hemşirenin, bireyin kişilik özelliklerini, stresle baş etme durumunu, sosyal desteklerini ve yaşadığı olayı değerlendirerek; bireyin uygun baş etme yöntemleri geliştirmesini ve travmadan güçlenerek çıkmasını sağlayan bir sağlık profesyoneli olmasıdır.
- Hemşireler hangi olayların travmatik olay olarak algılanabileceğini bilmelidir. Sıklıkla hastanelerde akut ve kronik hastalıklara sahip bireylere karşılaşan hemşireler, hastalık

tanısı almış olmanın travmatik bir deneyim olabileceğinin ve bu travmatik deneyimden olumlu sonuçlar elde edilebileceğinin farkında olmalıdır.

- Hemşireler travma sonrası büyüme kavramını ve bu kavramı etkileyen değişkenleri bilmelidir. Hemşireler travma sonrası büyüme kavramına hakim oldukları takdirde, bireylerin travmadan güçlenerek çıkmalarına yardımcı olacaklardır.

Travmatik yaşam olayı sonrası bireyin büyüme gösterebilmesi için travmayla çalışan sağlık profesyonellerinin uygulaması gereken bazı yaklaşımlar verilmiştir (46). Bunlar:

- Bireyle aktif bir şekilde dinleyerek ve empati kurularak konuşulması,
- Bireyin anılarıyla ilgili konuşmasının desteklenmesi, olayı değerlendirmesi ve olayın kendisi için anlamı ve önemini keşfetmesi sağlanması,
- Bireyin sosyal desteklerinin tanımlanması,

- Duygusal olarak rahatsızlık yaratan durumu kabul etmesine yardım edilmesi,
- Var olan etkin baş etme yöntemlerinin desteklenmesi ve farklı baş etme yöntemleri öğretilmesi,
- Negatif duygu durumun azaltılmaya çalışılması, pozitif duygu durumun desteklenmesidir.

Travmatik yaşam olayları önceden beklenmeyen ve normal yaşam deneyimlerinin dışında geliştiği için bireyin baş etme yöntemlerini etkisiz hale getirir, bireyde psikolojik zorlanmaya, çaresizlik, yalnızlık duygularına ve uzun süreli problemlere neden olabilir (5, 40, 41). Travmatik bir olaydan sonra bireyde ortaya çıkan olumsuz yanıtın azaltılması ve travma sonrası büyüme gösterebilmesi için psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin bakımda kullanabileceği tanı ve girişimlerin olduğu düşünülmektedir. Bu tanımlar ve tanımlara ait girişimler Tablo 1'de verilmiştir (47).

Tablo 1. Travma Sonrası Büyüme Katkıda Bulanabilecek Olası Hemşirelik Tanıları ve Girişimler

Hemşirelik Tanıları	Girişimler
Acı çekme	Bireyle güven temelli ilişki kurulur. Acı çekme/yas ile ilgili tepkiler açıklanır ve desteklenir. Kayıpla ilgili yaşantılar değerlendirilir. Bireyin güçlü yönlerinin farkında olması sağlanır.
Anksiyete	Bireyin anksiyete düzeyi değerlendirilir. Anksiyetesini tanımlamasına yardım edilir. Anksiyete ile baş etme teknikleri öğretilir. Uygunsa anksiyeteyi azaltacak girişimler (gevşeme egzersizleri, müzik vb.) ve aktiviteler (fiziksel aktivite, oyunlar vb.) uygulanır.
Benlik kavramında rahatsızlık	Bireyin kendine bakış açısı, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır. Durumu hakkında soru sormaya cesaretlendirilir. Durumu hakkındaki yanlış bilgi ve inançları düzeltilir.
Düşük benlik saygısı	Güven verici bir ilişki içerisinde bireyin güçlü yönleri, kaynakları incelenir. Sosyal etkileşimi geliştirilir.
Etkisiz Baş Etme	Bireyin mevcut baş etme becerileri değerlendirilir. Olası baş etme becerileri tartışılır. Gevşeme egzersizleri öğretilir. Etkili baş etme yöntemlerini kullanması için desteklenir. Benzer durumdaki kişilerle bağlantı kurulur.
Güçsüzlük	Yaşanılan travmatik olayın birey üzerindeki etkileri değerlendirilir. Kayıplarını ifade edebilmesi için desteklenir. Kişisel güçlerini ve değerlerini tanıması için bireye yardım edilir. Bireydeki olumlu gelişmeler için geribildirim verilir. Bireyin kontrol edebildiği yaşam alanları için sorumluluk alması konusunda desteklenir.
Kronik keder	Birey duygularını paylaşması için desteklenir. Destek gruplarına katılması sağlanır. Kronik kederin özellikleri açıklanır, normal bir tepki olduğu ve yaşam boyu dalgalanmalarla devam edeceği yönünde farkındalık kazandırılır.
Post travma sendromu	Bireyle sessiz bir odada durum değerlendirilir. Güven verici ortam sağlanır ve ilişki kurulur. Yaşadığı duygu ve belirtilerin travma geçiren diğer bireyler tarafından da deneyimlendiği ifade edilir. Korku, öfke, suçluluk duygularını ifade etmesi sağlanır. Düzenli terapötik görüşmeler yapılır.
Stres yüklenmesi	Mevcut stresörler (içsel ve dışsal) değerlendirilir. Bireye stres döngüsünü kırması öğretilir. Uyku bozukluğu varsa düzeltilmeye çalışılır. Daha dengeli, sağlıklı geliştirici bir yaşam şekline ulaşmak için amaçlar belirlenir. Sağlık öğretimi başlatılır.

Kaynak: Carpenito L (2012) Hemşirelik Tanıları El Kitabı (Çeviri Ed. F Erdemir). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, s: 29-456.

SONUÇ

Ruhsal hastalıklar gerek belirtileri gerekse toplumda ruhsal hastalığa yönelik var olan yanlış inançlar nedeniyle, tanı alan birey tarafından travmatik bir deneyim olarak algılanabilir. Psikiyatri hemşireleri ruhsal hastalık tanısı almış olmanın birey için ne anlam ifade ettiğini

bireysel görüşmelerde keşfetmeli, bireyin yanlış inançlarını düzeltmelidir. Hemşire bireyin anksiyetesini azaltmakla, etkili başa çıkma yöntemlerini öğretmekle, uyumsuz şemaları fark etmekle ve bunları değiştirmeye çalışmakla, durumunu nasıl algıladığını keşfetmekle ve bireyi dinlemekle sorumludur (40). Ruhsal hastalığa sahip olmak bireylerde anksiyete

ve umutsuzluğa neden olsa da, aynı zamanda değişim ve gelişim için de bir motivasyon kaynağıdır (33). Eğer psikiyatri hemşireleri bu durumun farkında

olarak bakım sürecini yönetirlerse, ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin bu deneyimden büyümelerine katkı sağlayabilecekleri düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bayraktar S. Psikolojik Travma. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri; 2012.
2. APA. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çeviri Ed. E Köroğlu). Ankara, HYB Yayıncılık, 2014.
3. Sayıl I. Olağanüstü koşullarda krize müdahalenin yeri ve önemi. *Kriz Dergisi*. 1992; 1(1): 4-7.
4. Berry K, Ford S, Jellicoe-Jones L, Haddock G. PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33(4): 526-538.
5. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi; 2008.
6. Calhoun L, Tedeschi R. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide. London, Lawrence Erlbaum Associates; 1999.
7. Mazor Y, Gelkopf M, Mueser KT, Roe D. Posttraumatic growth in Psychosis. *Frontiers in psychiatry*. 2016; 7: 1-11.
8. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007; 18(2): 163-171.
9. Üçok A. Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*. 1999; 3: 67-71.
10. Yüksel EG, Taşkın E (2005) Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 113-121.
11. Tel H, Pınar ŞE. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2012; 3(2): 61-66.
12. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Tamar D, Boratav C, Aker T. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4: 5-12.
13. Özyiğit Ş, Savaş H, Ersoy M, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Symposium*. 2004; 42(3): 105-112.
14. Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005; 3(11): 107-127.
15. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007; 2(4): 101-110.
16. Sönmez E. Şizofreni Hastalarında Dönerkapı Fenomeni Değişkenlerinin İncelenmesi (Uzmanlık Tezi). İstanbul, T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008.
17. Kammer L. Stigmatization of the psychiatric patient: future perspectives for healthcare professionals. *Hospital topics*. 1993; 71(2): 20-24.
18. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine*. 2003; 56(2): 299-312.
19. Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2005; 18(1): 32-38.

20. Link B G, Struening E L, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan J C. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services*. 2001; 52(12): 1621-1626.
21. Taşkın E. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. İzmir, Meta Basım ve Matbaacılık; 2007.
22. Jordan G, Pope M, Lambrou A, Malla A, Iyer S. Post-traumatic growth following a first episode of psychosis: a scoping review. *Early intervention in psychiatry*. 2017; 11: 187-199.
23. Werdel MB, Wicks RJ. *Primer on posttraumatic growth: An introduction and guide*. New Jersey, John Wiley & Sons; 2012.
24. Vázquez C. A new look at trauma: From vulnerability models to resilience and positive changes In Moore KK, Buchwald K, Sese P. Editor. *Stress and Anxiety – Applications to health and well-being, work stressors and assessment*. Berlin, Logos Verlag; 2013. p. 27-40.
25. Karanci NA, Acarturk C. Post-Traumatic Growth among Marmara Earthquake Survivors Involved in Disaster Preparedness as Volunteers. *Traumatology*. 2005; 11(4): 307-323.
26. Guo J, Fu M, Xing J, Qu Z, Wang X. Coping style and posttraumatic growth among adult survivors 8years after the 2008 Wenchuan earthquake in China. *Personality and Individual Differences*. 2017; 111: 31-36.
27. Çağlayan P. The determinants of posttraumatic growth and posttraumatic stress among motor vehicle accident survivors: Personality, coping mechanisms, and ruminations (Yüksek Lisans Tezi). Ankara, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, 2016.
28. Mahapatro F, Parkar SR. A comparative study of coping skills and body image: mastectomized vs. lumpectomized patients with breast carcinoma. *Indian journal of psychiatry*. 2005; 47(4): 198-204.
29. Garland S N, Carlson L E, Cook S, Lansdell L, Speca M. A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Supportive Care in Cancer*. 2007; 15(8): 949-961.
30. Cormio C, Romito F, Viscanti G, Turaccio M, Lorusso V, Mattioli V. Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in psychology*. 2014; 5: 1-8.
31. Pietruch M, Jobson L. Posttraumatic growth and recovery in people with first episode psychosis: an investigation into the role of self-disclosure. *Psychosis*. 2012; 4(3): 213-223.
32. Şimşek Arslan B, Buldukoglu K. "The association of nursing care perception with coping skills and posttraumatic growth in mental disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2018; 24(4):228-235.
33. Roe D, Chopra M. Beyond coping with mental illness: toward personal growth. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2003; 73(3): 334-344.
34. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York, Springer Publishing Company; 1991.
35. <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> (Erişim tarihi: 8 Ağustos 2017).
36. Velioglu P. *Hemşirelikte Temel İlke ve Kavramlar*. İstanbul, Akademi Basım; 2012.
37. Gümüş AB. *Hemşirelik Kuram ve Modelleri*. Çam O, Engin E. Editor. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2014, s. 57-85.
38. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of traumatic stress*. 2004; 17(1): 11-21.
39. https://www.apna.org/files/public/12-11-20-PMH_Nursing_Scope_and_Standards_for_Public_Comment.pdf (Erişim tarihi: 08 Ağustos 2017).

40. Frisch NC, Frisch LE. Psychiatric mental health nursing. Clifton Park, Delmar Cengage Learning; 2009.
41. Varcarolis E. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Missouri, Elsevier Saunders; 2013.
42. Kum N. Giriş. KumN. Editor. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, Birlik Ofset, 1996, s. 1-4.
43. Roy C. The Roy adaptation model. 3rd. ed. New Jersey, Pearson; 2009, p. 25-55.
44. Smith MC, Parker ME. Nursing theories and nursing practice. Philadelphia, FA Davis; 2015.
45. İnci F, & Boztepe H. Travma sonrası büyüme: Öldürmeyen acı güçlendirir mi? Journal of Psychiatric Nursing. 2013; 4(2): 80-85.
46. Joseph S, Murphy D, Regel S. An affective–cognitive processing model of post traumatic growth. Clinical psychology & psychotherapy. 2012; 19(4): 316-325.
47. Carpenito L. Hemşirelik Tanıları El Kitabı (Çeviri Ed. F Erdemir). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012.