

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamalarında Gelgit Modeli

Tidal Model in Mental Health and Psychiatric Nursing Practices

Beyhan Bağ ¹ 

Öz

Gelgit modeli, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde sunulan tedavi ve bakım hizmetlerini hastalık - sağlık ekseninde yaşanan paradigma değişikliğine bir açıklama niteliğindedir. Model yapısında Recovery (iyileşme) yaklaşımını kullanarak ruhsal sorunlu bireye yönelik tutumu sunulan bakımda değiştirilerek tanı ve tedavi süreçlerinden bağımsız olarak yeniden tanımlar. Bu makalede amaç modelin tanıtılması ve ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulama alanlarına taşınabilirliğinin tartışılmasıdır.

Anahtar sözcükler: Psikiyatri hemşireliği, gelgit modeli, recovery modeli.

Abstract

The Tidal model is an explanation for the care services offered in mental health and psychiatric nursing to the paradigm shift in illness-health axis. Using the Recovery approach in model construction, the attitude towards the mentally challenged individual is redefined independently of the diagnosis and treatment processes by changing it in the presented care. The purpose of this article is to introduce the model and discuss its portability to the fields of mental health and psychiatric nursing practice.

Keywords: Psychiatric nursing, the Tidal model, recovery model.

¹ Karl-Follen Strasse 5, Giessen, Germany

✉ Beyhan Bağ, Karl-Follen Strasse 5, Giessen, Germany
beyhanbag@yahoo.com

Geliş tarihi/Submission date: 01.04.2018 | Kabul tarihi/Accepted: 05.11.2018 | Çevrimiçi yayın/Online published: 31.08.2019

RUH sağlığı ve psikiyatrik hizmetler; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üç ana başlıkta gruplandırılır. Hastalara sunulan hizmetler, ayrı olarak sınıflandırılabilmesine karşın birbirleriyle etkileşimleri olan, birbirlerini geliştiren ve tamamlayan süreçlerdir. Tüm bu süreçlerdeki ana amaç, bireyin içinde yaşadığı toplumda mutlu ve uyumlu olmasını sağlayarak, ruhsal bozukluk ve hastalıkları önlemek, korumak olarak ifade edilebilir (Songur 2017). Ruhsal bozukluğu olan hastalara sunulan ve birbiriyle sürekli bir etkileşim içinde olan bu hizmetlerde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi görev alanları ana hatlarıyla; iletişimin başlatılması, ilişkinin oluşumu, günlük yaşamın üstesinden gelme ve destekleyici terapötik ortam oluşturulması şeklinde özetlenebilir.

Jensen ve arkadaşları (2008), Peplau ve Orem'de olduğu gibi geçmişte Milieu terapi kullanılan bakım modellerinin daha da geliştirilip kullanılmasının yansısı etkileşim ve grup süreçlerini içeren modellerin de yavaş yavaş ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin dikkatini çekmeye başladığını ifade etmişlerdir. Diğer yandan sağlık-hastalık tanımındaki paradigma değişimi daha önceki anlayışta baskın olan hastalığın etiolojisi yerini sağlıklı olma ve sağlığın sürdürülmesine yönelik arayışlara bırakması sosyolog Aaron Antonovsky'nin geliştirmiş olduğu salutogenez yaklaşımı gibi bireyin nasıl az hasta veya daha sağlıklı olabileceğini tartışmalarını da merkezine taşımaya bu eğilimi daha güçlendirici faktör olarak sıralamıştır (Bağ 2017). Sağlık ve hastalık tanımındaki bu perspektif değişikliğiyle birey merkezli ve kaynak odaklı düşünme bireyin öyküsünün yanı sıra yaşadığı tüm sistemi gözlemlemesine yol açar. Artık bireysel geçmiş önemlidir. Böylece deneyimlenen ruhsal bozukluk yaşamının tüm yönleriyle ilgili önceki yaşantılardan yani bilgi ve deneyimlerde iyileşmesine katkıda bulunabilecek kaynaklar bulunabilir ve desteklenebilir. Bu anlamda günümüzde gittikçe daha fazla kullanım alanı bulan model iyileşme modelidir (Dammann 2014). Pek çok yazar İyileşme (Recovery) kavramını hastanın iyileşme ve düzelmesine neden olan uygulamalar, bu uygulamalarda kullanılan yöntemler ve çalışmalar olarak tanımlanır (Amering ve Schmolke 2012). Örneğin Knuf'a göre (2004) iyileşme somut amaçları arasında memnuniyet, kendini iyi hissetme ve bireyin hastalığına karşı olumlu yaklaşımı anlamına gelir. Söz konusu yaklaşım, bu gibi hedefleri gerçekleştirmek için nelerin gerekli olduğunu ve nelerin yapılabileceğini gösterir. Bütün bunlar yapılırken ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin sürece katılımı sağlanarak onların da bakış açılarına öğrenilmiş olur. Yaklaşım da hastalık değil, birey odaklıdır.

Barker (1998, 2011) tarafından geliştirilen Gelgit modeli (the Tidal Model) ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği için bir iyileşme modelidir. Baker, modeli ruhsal sağlığa ulaşma da bir felsefi yaklaşım olarak tanımlar (Barker 1998, 2011). Ona göre bireyler ruhsal sorunlarını yaşantılarını anlatı yoluyla dile getirirler. Böylece bireysel anlatıların da kullandıkları cümleler ve metaforlarla yaşamlarının anlamını ifade eder. Yaklaşım da, bu hayatlarını kontrol altına almaya yardımcı olmak için atılan ilk adımdır (Onken ve ark. 2007). Gelgit modeli, hemşirelik uygulamasında kişiler arası ilişkilerin merkezine ilişkin geleneksel varsayımların bazılarını genişletir ve bazılarını ise yeniden tanımlar. Model hastanın hemşirelik gereksinimini araştırmak ve bireysel bakım için bir uygulama çerçevesi sağlar (Barker 2001a). Bu makalede ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği için geliştirilmiş olan gelgit modelini tanıtmaktır. Diğer bir amaç ise modelin iyileşme yönelimli bir uygulamada psikiyatrik tedavi ve bakım için profesyonel kimlik kazanım yolunda uygulamada devam eden değerlendirmesinin tartışılması amaçlanmıştır.

Modelin Tarihçesi

Gelgit modeli İngiltere Newcastle üniversitesinde psikiyatri ve nöroloji bölümünde Prof. Dr. Philip J. Barker tarafından geliştirilmiştir. Modelin geliştirilmesine önemli katkısı olan diğer bir kişi sosyal çalışma uzmanı Poppy Buchanan-Barker'dir (Barker 2001a). Gelgit modeli düşüncesinin başlangıcı 1997-1999 yılları arasında İngiltere Newcastle'deki psikiyatrik acil servislerinde yürütülen iki model proje dayanır. Projelerin ana amacı; hemşirenin ruhsal bozukluğu olan bireyin deneyimlerine ve gereksinimlerine, onun iyileşme yolculuğuna başlayıp, bu yolda gelişmesine yardımcı olabilmek için "birey nasıl uyum sağlayabilir?" sorusunun yanıt aramaktır (Schulz ve Zuaboni 2012, Çam 2016). Çalışmalarda, hasta ve yakınlarına, tüm ekip üyelerine ve hemşirelerin de kendilerine konuyla ilgili görüşleri sorularak araştırmacılar hemşirelikle ilgili sorumluluk alanlarını tanımlamak istemişlerdir (Barker ve Buchanan-Barker 2005). Çalışma sonunda ruhsal bozukluğu olan bireylerin yararlı olabileceği düşünülen tüm deneyim ve algılamalarıyla ilgili ifadeler değerlendirilerek ruhsal sorunu olan bireylerle optimal düzeyde çalışmak için çeşitli yolları belirlenmiştir. Sonrasında modelle ilgili çalışmalar devam etmiştir. Örneğin 2000 yılında model revize edilerek sekiz servis ve toplum ruh sağlığı ekibinin dahil edildiği tüm yetişkin psikiyatri programı için uygulanmıştır. Program kapsamında aksiyon araştırma yöntemiyle uygulama alanlarında geliştirilen yaklaşım ekipte yer alan farklı meslek gruplarınca değerlendirilmiştir (Barker 2001a). Sonrasında Avustralya, İngiltere, İrlanda, Japonya, Yeni Zelanda, İskoçya ve Galler'de ekstra model projeler oluşturuldu. Bunlar, klinik alanlarda Tokyo'daki özel bir hastanenin psikiyatrik acil servisinde, Galler'de Cardiff'te yarı kapalı psikiyatrik hastanede ve Avustralya'da Adelaide'de kırsal alanda toplum ruh sağlığı hizmetleri gibi geniş bir spektürde sahiptirler (Barker ve Buchanan-Barker 2010).

Modeli adlandırmak için kullanılan gelgit kelimesi, insan tecrübesinin sürekli değişen ama bazen de aynı kalan doğasını yansıtmak ve ruhsal sorunlarla uğraşan bireyler tarafından kullanılan dili vurgulamak amacıyla seçildi. Gelgit modeli psikiyatri ve ruhsal sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumuna yönelik çok boyutlu bir yaklaşımı temsil eder. Modelin doğuşundan ve İngiltere'nin kuzeyinde uygulanmasından bu yana ilginç ve heyecan ulusal ve uluslararası düzeyde hızla yaygınlaşarak birçok pilot uygulama alanları başlamıştır (Stevenson ve Fletcher 2002).

Gelgit Modeli

Yaklaşım yaşam deneyimlerinin sürekli bir değişim ve öncesinde kestirilebilen durumlarla karakterize olduğunu vurgulayan kaos teorisinden köklerini almıştır (Barker 2001b). Kaos teorisinde sağlık ve hastalık gibi birçok kavramın bireyler için ne anlama geldiği tartışma konusudur. Sağlıklı sistemlerin yaşam boyunca kompleks ve kaotik olduğu savunulur (Orhan 2013). Gelgit modelinin metaforunu bu nedenle su oluşturur. İnsan davranışları ve kişilerarası ilişkiler suyun çalkantılı, akışı ve gücüyle karşılaştırılır. Suyun deniz metaforuna dönüşmesinde ise bireyin yaşam deneyimlerinin enginliği ve hassasiyeti vurgulanır (ruhsal bozukluğu bireyler küçük teknelerle okyanusta yolculuğa çıkmış olarak tasavvur edilir). Tedavi ve bakımın işbirliği içinde gerçekleştirilmesinde amaç bireylerin ruhsal sorunlarla ilgili deneyimleriyle ilgili algılarının nasıl bir gelgit gibi değiştiğinin farkındalığının artırılmasıdır. Kısaca sıkıntılar gelir gider önemli olan bireyin pozitif veya negatif yollarla ilgili problemlerle başa çıkma ile ilgili girişimleridir.

Modelin isminin içerikle yoğun metaforik ilişkisi olması nedeniyle orijinal adının (the Tidal Model) Türkçe'ye çevrilerek kullanılmasının modelin anlaşılmasına katkıda bulunacağı açıktır. Bu nedenle the Tidal Model tüm metinde Gelgit modeli olarak kullanılmıştır.

Modelde Tanımlanan Bireysel Alanlar

Gelgit modeli bireydeki olası bozukluk veya hastalıklarla meşgul olmak yerine doğrudan bireye odaklanır (Barker 1997, 2001b). Burada amaç bireyin hastalık ve sağlık ilişkisinde mevcut durumunu anlamaktır. Bireyin çevresi, kendisi, arkadaşlarıyla deneyimlerinin araştırılması hemşirenin hastayla ilgili merakından öte bir durumdur. Ruhsal bozukluğu olan birey hakkında bu alanda edinilecek bilgiler bakım planının önemli bir basamağını oluşturur. Model burada bireysel alanla ilgili çevre, benlik ve diğerleri olmak üzere üç boyut tanımlar. Çevre boyutunda odak noktasını bireyin anlaşılma ihtiyacı oluşturur. Buna bireyin yaşamakta olduğu hastalık, travma ve endişelerin diğerleri tarafından onaylama gereksinimi de dahildir. Bireyin kendisi için anlamlı ve önemli olayları oluş şekillerine göre kendi ifadelerinden oluşan özel bir değerlendirme geliştirilmiştir (Bütüncül Bakım Değerlendirmesi). Psikiyatri hemşiresiyle birlikte yapılandırılmış bu anlatının kayıt altına alınmasıyla bireyin sağlık ve hastalık eksenindeki gereksinimleriyle ilgili algısı da saptanmış olur. Benlik alanı bireyin özel yönüdür. Bir nevi duygusal arka bahçesidir. Bu alanda birey anlatısını çevre boyutunda gelişmesiyle ortaya çıkan eylemleri görür (Barker ve Buchanan-Barker 2005). Boyut, bireyin duygusal ve fiziksel güvenlik gereksinimini vurgular ve hemşirelik girişimlerinin planlanması için merkez noktadadır. Çünkü fiziksel ve duygusal güvenliksiz birey de bakımda değişim ve gelişim için gerekli sorumluluk bilinci oluşturma olasılığı düşüktür. Bundan dolayı Gelgit modelinde bireysel güvenliği sağlamak için gerekli desteği belirlemek ve doğrudan harekete geçme yoluyla bireyin herhangi bir nedenden dolayı kendine veya başkalarına zarar verme olasılığını ortadan kaldırmak için güvenlik planı geliştirilir. Diğerleri boyutunda ise bireyin sosyal ve maddi bir çevrede yaşadığını ve sade bir yaşam sürdürülebilmesi için gereksinim duyabileceği hizmetleri ilgili farkındalıktır. Bu alan konut, meslek, boş zaman gibi günlük yaşamda hayati öneme sahip tıbbi, psikolojik ve sosyal girişimler için gereksinimleri vurgular (Barker 2001b, Barker ve Buchanan-Barker 2005). Bireyin gereksinimleri üç alanda da anlık ve etkili şekilde değişebilir. Özetle Gelgit Modeli, bireyin gereksinimlerine her alana derhal cevaplamak için neler yapmanız gerektiğini belirlemek ve bu ihtiyaçların karşılandığı veya değişmekte olan boyutunu dikkatle izlemeye devam edilmesi gerektiğini vurgular. Modelde tanımlanan bireysel alanların sıkı bir şekilde birbirine bağlı olduğu varsayımı göz önüne alındığında, Gelgit Modeli, profesyonel yardımların önerilerini birey için gerçekten sorunsuz bir bakım planı geliştirilmesini sağlamaya çalışarak üç alan arasında sorunsuz bir şekilde işlemesi gerektiğini vurgular (Barker 2001b).

Modelde Bütüncül Değerlendirme ve Güvenlik Planı

Bütüncül (holistik) değerlendirme, bireyin yaşantı dünyasındaki gelişmelerin değerlendirilmesi ve geçmişle şimdiki zaman arasında nasıl bir ilişki içinde olduğunu gösterir. Bu şekilde bireyin bu noktaya gelişine kadar olan yolculuğuyla ilgili önemli ve gerekli her şey kayıt altına alınarak kişisel öyküsünü yeniden kazanacağı bir harita oluşturulmasıyla sorunlar somutlaştırılmış olacaktır.

Bütüncül değerlendirmenin amaçları; bireye hastalık ve sağlık deneyimlerini tanımlama, tartışma ve inceleme fırsatı vermek, bireyin kendine özgü gereksinimlerine göre kişisel bir bakım planı geliştirme, hemşire ile bakıma gereksinim duyan birey arasında "birlikte çalışmayı" vurgulayan ve bireyin ihtiyaç ve sorunlarını araştıran bir işbirliği ilişkisi geliştirmek, bireyin bilinçli kararlar alma ve seçimler yapmasına yardım eden güçlendirmeye yönelik ilişki geliştirmesi ve bireyin kim olduğunun tanımlanmasıdır (Barker 2001b, Barker ve Buchanan-Barker 2005).

Hemşire tarafından bütüncül değerlendirme de birey hakkında bilgi toplanması esnasında diğer disiplinlerle işbirliğine hizmet edecek olan ifadeler de oluşturulmuş olur. Değerlendirme sonucunda oluşturulacak sonuç metninin; geçmişe dayalı ve duygusal bağlam içermesi, zamanla oluşan duygusal ve işlevsel değişiklikleri göstermesi, ilişkiler ve şu anki duygular üzerindeki etkisi, problemlerle ilgili bireysel anlamlandırma ve kısa vadede gereksinim duyulacak tedavi ve bakım göstergeleri içermesi gerekir (Barker ve Buchanan-Barker 2005).

Gelgit modeli, tıbbi, psikolojik veya sosyal yaklaşımların kullanılmasını eleştirmez veya onları yok saymaz. Aksine onlar için destek görevi vardır. Örneğin depresyon tanısı almış bir birey Gelgit modeliyle depresyonun ne olduğunu anlamaya, tanıyla ilgili almakta olduğu ilaçların nedenini araştırmaya ve hastaneye yatış nedenini anlatmaya teşvik eder. Bu nedenle bireyin değerlendirmesinde bazı önemli noktalara dikkat edilmesi gerekir (Barker ve Buchanan-Barker 2011).

Bütüncül değerlendirme de temel noktalar şu şekilde sıralanabilir :

- a. Değerlendirmeye bireyin kendi ifadeleri yazılır; örneğin, "İşimi kaybettiğimde sorunlar başladı".
- b. Bireyin tüm belgeleri imzalaması istenir ve bir kopyası sunulur. Kişi, bir kopyasını istemiyor ya da belgeyi imzalamayı reddederse, herhangi bir zamanda onun fikrini değiştirebileceği vurgulanmalıdır. Bireye daima kendi notlarını görmeye hakkı olduğu hatırlatılabilir.
- c. Birey değerlendirmeyi yapmakta isteksiz davranıyorsa bunun nedenleri hakkında onunla tartışılmalıdır. Evraklar, el kitabı, kılavuzlar, bağımsız olarak değerlendirmeyi tamamlamak için her neye ihtiyaç duyarsa değerlendirme kullanmasında bir sakınca olmadığı hatırlatılır. Ayrıca hemşire, değerlendirmeye ilişkin tüm unsurları göreceğini vurgulayarak, kişiye görüşlerini, istediği ve dilettiği bakımın şekilleneceğini belirttiğini vurgulayarak kişiye geri dönebilir. Bu, güven ve ilişki geliştirme sürecine katkıda bulunacak ve bireyin tedavi ve bakımını uyumunu pozitif yönde etkiler. Birey tüm girişimlere karşın değerlendirmeyi ısrarla ret ettiği durumlarda ise, birey bireysel bakımına katılmaya istekli olunca farklı bilgi toplama kaynakları kullanılarak bir değerlendirme yapılır.
- d. Ruhsal bozukluğu olan bireyler "sanrısız" olarak düşünülen düşünceleri dile getirdikleri durumlarda ise bu inanç ve düşüncelerin onun için gerçek olduğu ve kendi yaşantısında önem taşıdığı unutulmamalıdır. Bunlar birey ve hemşire arasında gerçeklik anlaşmazlığının odak noktası halini almamasına dikkat edilmelidir. Aksine, psikiyatri hemşiresi burada belirli inançlarla yaşama deneyimi araştırılmalıdır (Barker ve Buchanan-Barker 2005).

Bütüncül değerlendirmeyle ilgili ruhsal sağlık bakımına yönelik algılanan ihtiyaç hakkında çok şey yazılmış olsa da, uygulamada bunun nasıl başarılacağına dair çok

az örnek bulunmaktadır (Barker ve Buchanan-Barker 2005). Bütüncül değerlendirme de bireyin sorunlarını gerçek hayatla bağlantılı hale getirmek için teorik olarak desteklenen, esnek bir şablon sunar (Ek 1 ve 2).

Yapılan birçok değerlendirmeden sonra burada amaç uzman personelin doğru çözümleri bulup sorunu çözmesi değil aksine hasta bireyin çözüm için gerekli kaynağı ulaşması konusunda desteklenmesidir. Ruhsal bozukluğu olan birey kendi yaşamının uzmanıdır. Burada psikiyatri hemşiresi ve ekip üyelerinin görevi iyileşme yolunda gerekli adımları atması ve sorun yaşandığında veya öncesinde önlemleri tanımlamada rehberlik eder. Böylece formüle edilen amaçların bireysel olması garanti altına alınır (Schulz ve Zuaboni 2012).

İntihar riski değerlendirmesi diğerleri alanında ele alınarak diğer bireylere yönelik ihmaller, kendine zarar verme, intihar girişimi ve riski tanımlanmalıdır. Hemşirelik bakım planı bireyin kendine ve başkalarına zarar verme riskini minimum düzeye indirme üzerine odaklanır. Güvenlik bireyin kendisi düzenlenen bakım planına yapmış olduğu katkının önemli bir kısmını oluşturur (Schulz ve Zuaboni 2012). Birey kendini güvende hissetmiyorsa yapılan diğer girişimlerin başarısı yok denecek kadar azdır. Planın düzenli kontrolü gerekir (Ek 2).

Gelgit Modeli ve İyileşme Modeli Yaklaşımı

Ruhsal sorunlarla ilgili iyileştirme yaklaşım olarak “Gelgit Modeli” ruhsal iyi olma halinin benlik, algı, düşünce, ve eylemlerimizi içeren bireysel yaşam deneyimlerimizle bağlantılı olduğunu ileri sürer. Her bireyin yaşam öyküsü kendine özgü ve tekdir. Buna karşın bireyin deneyimlerinden oluşan yaşam öyküsü başkalarıyla olan etkileşimden oluşur (Barker 2001c, Barker ve Buchanan-Barker 2011).

Ruhsal bozukluk ortaya çıktığında bireyler buldukları ortamda günlük yaşamlarını devam ettiremeyecek duruma gelirler ve diğer bireylerle olan iletişimleri bozulur. Bu süreç onların işlevsel olmalarını engelleyerek üzücü ve sıkıntılı deneyimler yaşamalarını neden olur. Gelgit modeli burada bireylerin diğerleri tarafından anlaşılması önemli olduğunu varsayar. Modele göre ruhsal bozukluğu olan bireylerin anlatı/yaşantısını dinleyerek onları anlamaya başladığının onlara yardımcı olmanın ilk adımının atıldığına göstergesidir. Bu yaklaşım gerçekte ruhsal sorunlu bireylerin nasıl bir tedavi ve bakıma gereksinimi olduğunu gösteren imalarla doludur. Birey burada, iyileşme modeli yaklaşımında olduğu gibi, öyküsünü anlatması için cesaretlendirilir. Hemşire bireyin anlatısına saygı duymalı ve hemşirelik girişimlerini planlamada mümkün olduğunca söz konusu anlatılardan elde edinilen bilgiler kullanılmalıdır. Burada hasta hemşire birlikte çalışması önemlidir. Hastayla kurulacak olan her bir etkileşim yararlı olabileceği kadar hasta zarar verme olasılığı vardır. Burada kurulacak etkileşimde Peplau'nun hemşire-hasta iletişim modelini kullanılır (Barker 2001c, Barker ve Buchanan-Barker 2011). Bireyle iyi bir iletişimle terapötik ortamda iyileşmeye doğru harekete başladığı anlamına gelir.

Gelgit Modeli ve Güçlendirme (Empowerment)

Sosyal bilimci Nobert Herriger, güçlendirme (empowerment) terimini “bireylerin kendileri için daha fazla yetki kazanma süreçleri olarak tanımlar (Müller 2004). Örnek olarak da “günlük yaşamdaki sorunlarla başa çıkmayı” verir. Güçlendirmede amaç, bireylerin yaşamlarındaki otonomilerini geri kazanmaları ve bu kazanımın devamlı hale

getirilebilmesi için kullanabilecekleri bireysel kaynakları belirleyerek ve işlevsizleştirerek yeterliliklerini artırmaktır (Müller 2004).

Güçlendirme kavramı dezavantajlı gruplara gücün devredilmesini veya paylaşılmasını varsayan politik bir görüşten gelir. İlk güçlendirme teorisyenlerinden biri, sosyal psikolog Julian Rappaport (1987)'tur. 1980'lerin ortalarında güçlenmeyi hem kaderlerini hem de toplumsal katılımlarını artıran bireylerin gücüne inanan bir güç olarak tanımlıyordu. Burada güçlendirmenin iki önemli noktası vurgulanır. İlk ruhsal hastalık veya bozukluktan etkilenen bireyin yaşamını yeniden kontrolünün sağlanması veya sosyal yaşamda desteklenmeyle ilintili olan toplumsal durumudur (Richter ve ark. 2010). Baker (2000, 2001c) ruhsal hastalık deneyiminin içten içe bir güçsüzleştirme olduğunu söyleyerek yaşam problemleri ve tanımlama yoluyla bireyin işlevselliğini kısıtlayacağını ifade eder.

Ruhsal problemler sürekli hale gelip ve tekrar ettiği durumlarda birey yakınları ve toplum tarafından engelli olarak algılanabilir. Diğer yandan psikiyatrik bakım ve tedavi süreçleri de bireyde güçsüzlük oluşmasının nedenidir. Çünkü ruhsal sorunlu bireyin zorunlu hastaneye yatışlar gibi yasalarla kısıtlanması ve hastaneye yattığında sürekli gözlem altında tutulmasıyla tedavi ve bakımından sorumlu ekip tarafından başlangıçta "topluma uygun olmayan yanı uyumsuz" olarak kabul görür (Bock 2012).

Gelgit modeli psikiyatri hastalarında en yaygın kullanılan güçsüzleştirme yaklaşımı olan bireyin kendi anlatısını duyurulmamasıyla doğrudan ilgilendirir. Yaklaşım da yer alan üç boyut (benlik, çevre ve diğerleri) bireyi "hasta olgusuna" dönüştürmekten sakınır. Model araştırmalardan elde edilen etkileşimlerin güçlendirilmesi prensiplerini benimseyerek, kişinin deneyimini ve yaşam-anlatı merkezini aşamalarını ortaya koyar ve süreç içindeki kişiyi güçlendirir (Baker 2000, 2001c).

Gelgit Modelinde Bakım Süreci

Newcastle'daki Phil ve Poppy Buchanan Barker'in çalışmalarından 1990'ların sonlarında ortaya çıkan model birkaç farklı ülkede oluşturulan ekiple birlikte modeli daha da geliştirilmiştir. Bu isim vasıtasıyla insan davranışının ve tecrübesinin öngörülemeyen tabiatı doğanın, suyun ve deniz gelgitlerinin dinamik akışı ve gücü ile karşılaştırılır (Jackson ve Stevenson 2000). Model diğer yandan ruhsal sağlığın keşfi için bir düşünce hareketi olarak da tanımlanabilir. Bireyin sesini yanı anlatımını geri getirerek geçmişin anlaşılmasına yardımcı olunur. Anlatısında kullandığı tarz, metaforlar vb. kendi yaşamını anlamı hakkında bir şeyler ifade eder. Bu yaklaşımda yaşamı üzerindeki kontrolü geri kazanmanın ilk adımı olarak adlandırılır.

Gelgit Model'inin öne çıkan özellikleri (Stevenson ve Fletcher 2002); bakımı planlama da birey (ve varsa ailesiyle) ile birlikte çalışmak, hastalık deneyimi ile anlatısı bakım planının merkezine alınmasıyla bireyin psikolojik güçlendirilmesi ve bireyin gereksinimleri ve güçlü yanlarını, grup ve bireysel oturumlar için bir odak noktası olarak kullanarak sorunları çözmek ve ruhsal sağlığı geliştirmektir.

Gereksinim duyulan hemşirelik bakımı bireyin bulunduğu yerde gerçekleşir. Kliniğe yatış işlemlerinden sonra tedavi ve bakım için hasta değerlendirilir. Bu değerlendirmede gelgit modelinde bireyin mümkün olduğunca yaşantı ve/veya deneyim okyanusunu olan günlük yaşamına dönebilmesi için sunulacak bakım hizmetleri mümkün olduğunca basitleştirilmelidir Modelde acil bakım, bütüncül değerlendirme tanımlanan kişisel ve kişilerarası kaynakları kullanarak kişinin acil sorunlarına çözüm bulmaya odaklanmıştır.

Bu gerekirse, bireyin fiziksel ve duygusal güvenliğini sağlamak için nelerin gerçekleşmesi gerektiğini belirleyen, kendisine veya başkalarına herhangi bir zarar gelmesi riskini ortadan kaldıran güvenlik planının geliştirilmesiyle desteklenir (Barker 2001b, Barker ve Buchanan-Barker 2005). Birey acil bakım sürecinden çıkıp normal gelişimsel hemşirelik bakım sürecine alındığında gelgit modeli planlama aşamasında bireyin yaşam sorunlarıyla başa çıkma yolları geliştirebilmesi için orta ve uzun vadeli hedefler önerir. Planlanan tedavi ve bakım çoğunlukla bireye uzun süreli destek sağlanması anlamına gelir. Söz konusu uzun süreli desteğe hasta yakınları, ekip üyelerinin katılımıyla bireyin günlük yaşamına taşınır. Birey geçici bakıma ihtiyacı olduğunda kişilerin bakım programının aktif bileşenleri (modelde yer alan bütüncül değerlendirme ve güvenlik planı gibi) arasında gidip geldikçe uygun şekilde desteklenmesi için etkin ve verimli ekip çalışması gereklidir.

Gelgit modelinde ruhsal bozukluğu olan birey hemşirelik bakımının merkezindedir. Hemşirelik bakım ve tedavi planı modeldeki çevre boyutuyla bağlantılı bütüncül bakım planı dikkate alınarak hazırlanır. Güvenlik planı ise benlik boyutuyla bağlantılı çeşitli risk değerlendirmelerini içerir. Bu bir dereceye kadar duygusal ve fiziksel güvenliğin artırılması için bireyin ne yapması gerektiğidir. Hemşirelik bakım planıyla ilgili her iki amaçta modelin diğerleri boyutunu kapsayarak ekip dışı üyelerin de desteklediği bir grup çalışmasıyla koordine edilir. Ek 3'te modelde hemşirelik sürecinin nasıl işlediğini bir örnek teşkil etmesi için sunulmuştur (Barker ve Buchanan-Barker 2005).

Modelin Uygulamaya Taşınması

Barker (2001c) günümüzde hemşireliğin çoğunlukla işbirliğine odaklandığını söyler. Bu durum böyle kabul edildiğinde hemşirenin terapötik girişimde hangi pozisyonu olduğunu düşündüğünde, disiplinler arası işbirliğine geçmeden önce ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin tedavi ve bakım hizmetlerini sunularında nelere önem verdiklerinin açıklığa kavuşturulmasının hiçte önemsiz olmadığı görülür. Başlangıç olarak hemşireliğin Peplau'dan beri kişilerarası ilişkiler yoluyla bakım kavramına sadık kaldığını söylemek yanlış olmaz (Schuz ve Zuaboni 2012). Örneğin Taylor (1994) hemşirelerin tedavi ve bakımını üstlendikleri bireyleri hastalık deneyimlerini anlatı veya görüşme yoluyla kendilerinin ifade etmelerine izin verdikleri süreçlerle iyileşme süreçlerine yardımcı olduklarını göstermiştir (Latvala 1999).

Gelgit modeli hemşirelerin tedavi ve bakıma gereksinim duyan bireylere iyi bir iletişimle sağlık ve hastalık deneyiminin birey için ne anlama geldiğinin birlikte keşfedilmesini önerir. Sağlık hizmetlerinde giderek yaygınlaşan teknik kullanımı (internet vs.) ve detaylandırılmış bakım kavramının etkisinin güçlenmesiyle beraber kişilerarası iletişimde artan oranda uzaklaşma yaşansa da, ruhsal sorunlu bireyler kendilerine tedavi ve bakım veren insanlar birebir iletişimi geçmeyi arzularlar (Brandon 2000).

Modelle ilk defa ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği 1997'de tanışmasından sonra gelişimine devam ederek kriz esnasında, geçiş dönemlerinde ve hastanın gelişimine yani iyileşme sürecine hizmet eden tedavi ve bakım girişimi tanımlanır. Bunlar birbirlerinden oldukça farklı olmasına karşın aralarındaki sınırlar oldukça belirgindir. Tedavi ve bakımdaki süreklilik hastanede ve toplumda hasta bireye sunulan hemşirelik hizmetlerindeki ayrımını ortadan kaldırır. Çünkü bu yaklaşımda bireye hangi çerçevede hemşirelik hizmetlerinin sunulacağı düşüncesinden uzaklaşmıştır. Hemşirelik bakımında merkezde yer alan bireyin gereksinimlerinin karşılanması önceliklidir (Barker 2001b). Başka

bir ifadeyle model, ruhsal sorunlu bireyin tedavi ve bakım gereksinimlerinin ne toplum ruh sağlığı hizmetleriyle ne de psikiyatrik servislerdeki (kısa/uzun dönemli bakım ve tedavi ve kriz müdahaleleri gibi) sunulan hemşirelik hizmetleriyle sağlanacağını varsayar. Aksine Gelgit yaklaşımında kurumlar arası sınırların akışkan hale getirilmesi gerekir. Çünkü bireyin yardım gereksinimleri sürekli bir değişim içindedir. Bu nedenle model psikiyatrik kurumlarda sunulan tedavi ve bakımın bireyin devamlı değişen gereksinimlerine göre entegre edilmesi gerektiğini varsayarak yardıma gereksinim olan bireylere esnek bir yaklaşımın gerekliliğini ön görür (Reynolds ve Scott 1999).

Modelde hasta bireyin mümkün olduğunca hemşirelik değerlendirmesi ve girişimlerine katılımının sağlanması önemlidir. Herhangi bir hemşirelik girişimi hasta için değil hastayla birlikte planlanmalıdır. Böylece ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi bireyin problemlerine çözüm bulma konusunda sadece kendisini sorunlu kılma pozisyonundan uzaklaşarak boşalan pozisyona bireyi taşır. Burada hemşirenin görevi bireyin problemlerine yaşam deneyimleri ve bu deneyimlerinden çıkarsamalarla çözüm geliştirme sürecine kadar bireye eşlik etme ve desteklemektir (Schulz ve Zuaboni 2012).

Gelgit modeli karşılıklı güvene dayalı terapötik ilişki tedavi ve bakım hizmetlerinin bireye sunumu ve bireyin bu hizmetlerden optimal düzeyde yararlanabilmesi önemlidir. Terapötik ilişki hasta bireyin değerlendirme sürecinde oluşturulur. Burada hemşirelik sürecinde planlanan girişimler için bilgi alışverişi gerçekleştirilir. Değerlendirmede amaç birlikte çalışmanın başlangıcını oluşturmak ve iyileşme sürecinde bireysel çabaların desteklenmesidir. Bu nedenle kurulan ilişkide olumsuzluğa yönlendirecek her türlü girişimden sakınılır (Barker ve Buchanan-Barker 2005). Barker'ın Gelgit modelinde hasta birey bütünsel olarak değerlendirilir (Holistic Assessment). Bütüncül değerlendirme için yapılan tüm görüşmelerde bireye kendi notlarını (şayet arzu ederse) alma soru sorma ve ilgili hemşirenin aldığı notların kendi ifadeleri olduğu yönünde emin olma fırsatı verilir (Şekil 3) (Barker ve Buchanan-Barker 2011). Modelde bireyin gereksinimleriyle ilgili veri toplama formu tamamen doldurulduğunda bakım planına dönüşür. Hastanın gereksinim duyduğu bakım kaçınılmaz olarak hasta birey ve hemşire arasında denge ve harmoni gerektirir. Modelin temeli olan psikolojik güçlendirme (Empowerment) "yapılması gerekenin" büyük ölçüde "bireysel bilim" yani hasta tarafından belirlendiği anlamına gelir. Buna göre, bu model, kişisel problem çözme üzerine güçlü bir vurgu yapan ve kişisel kaynakları keşfetmek ve ortaya koymayı amaçlayan sistematik ve çözüm odaklı yaklaşımlara dayanır (Schulz ve Zuaboni 2012).

Ruhsal bozukluklar bireyin karar verme yetisini olumsuz etkiler. Psikiyatrik hastalığın belirtileri uzun sürmesi halinde ya da belirli aralıklarla ortaya çıkarsa hasta birey ailesinin ve yaşadığı toplumun gözünde engelli kişi durumuna gelir. Onlara sunulan psikiyatrik tedavi ve bakım yaşamsal problemlerden kaynaklanan kişisel ve kişilerarası muhtemel zararların sınırlandırmaya yöneliktir. Psikiyatrik bakım ve tedaviyle ilişkili süreçler bireyi güçsüz hale getirerek daha zarar verebilir. Bunlar psikiyatrik bir kuruma zorunlu yatıştan kaynaklanan kısıtlamalar olabileceği gibi sadece gözlem amacıyla yatışlardaki sınırlamalardır. Tedavi ve bakıma katılanlardan kaynaklanan kısıtlamalardaki en yaygın biçim hastanın geçmişini anlatırken orada kendi yaşamıyla ilgili problemlerini öğrenmesini ihmal etmeleridir. Modelin bu nedenle uygulamada bireyi tedavi ve bakım planında merkeze alarak güçlendirmesi ruh sağlığı ve psikiyatri uygulama alanlarında kullanımının yararlı olacağını önemli göstergesidir. Savaş ve Cam (2016), Gelgit modeline dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının alkol bağımlılarında tedavi motivas-

yonlarına etkisini ölçmek amacıyla yarı deneysel bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda alkol bağımlılarının pozitif yeniden yorumlama, başa çıkma, sosyal destek kullanımı ve plan yapmada etkin bir model olduğunu belirlemiştir.

Terapötik yapıların çoğu hastaya dönüşen bireyin görünümünü değiştirmeye çalışırken Gelgit modeli daha mütevazı bir amaç izler. Model hasta bireye odaklanarak ruhsal bozukluk ve/veya hastalıkla ilgilenmez (Barker ve Buchanan-Barker 2008). Burada amaç bireyin hastalık ve sağlıklı olan mevcut durumu anlamaktır. Hemşire hastayla olan ilişkisini ifade ettiğinde bireyin dünyası ve deneyimleri, kendisinin de çevresindeki gözlemlerini dahil ederek olup biteni anlamak ister. Bu evre aynı zamanda hasta bireyin tedavi ve bakımının başlangıcı olarak adlandırılır. Hemşire hazırladığı tedavi ve bakım planında bu boyutların her birinde bireyin özel deneyimlerini bireysel ifadesine göre inceleyerek terapötik yaklaşım kullanır (da Silva 1994, Holdsworth 1995).

Sonuç

Hemşirelik, uzun zamandan beri insan ilişkileriyle ilgili bakım kavramlarıyla ilgilidir. Gelgit modeli hemşirelerin tedavi ve bakımından sorumlu oldukları hasta bireye yakın olmaları gerektiğini böylece hastalık ve sağlıklı ilgili deneyimlerini onlarla birlikte araştırabileceklerdir. Hasta görüşmeleri giderek tekniklermiş (bilgisayar vs.) ve duygusallıktan uzaklaşmıştır. Bununla birlikte ruhsal bozukluğu olan bireyler kendileriyle tedavi ve bakımlarından sorumlu olan bireylerle ilişkilerinin olmasını arzuladıklarından hasta-hemşire ilişkisi yeniden bir anlam kazanmıştır (Barker ve Buchanan-Barker 2008). Bundan yola çıkarak ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamalarında gelgit modeli gibi kişilerarası iletişimi vurgulayan yaklaşımların öneminin her geçen gün arttığını söylemek hiçte yanlış yorum olamaz. Model, bireyi merkeze alması, katılımcı olması, problemlerin çözümünde hasta bireyin sorumluluk alması konusunda teşvik etmesi, herhangi bir karar alınması gerektiğinde bireye seçim hakkı tanınması ve ruhsal hastalıklardan iyileşme sürecini uzun dönemli bir süreç olarak tanımlayıp umut gibi Recovery modelinde önemli bir bileşenin birey için iyileşme yolunda önemli bir unsur varsayması gibi özelliklerinden dolayı bir iyileşme modelidir (Barker ve Buchanan-Barker 2008). Gelgit modeli hemşirelik bakımına köklü bir değişiklik getirerek tedavide hemşireyi önemli bir yere koyar. Psikiyatri de hemşirelik bakımı teşhis ve tedavi planından bağımsızdır ve kendi öncelikleri vardır. Bu öncelikler Barker (2011) söylediği gibi mesleksel idealleriyle çelişmez. Model ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde hasta-hemşire iletişimini merkeze alan anlaşılabilir ve uygulanabilir..

Kaynaklar

- Amering, M, Schmolke, M (2012) Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Bağ B (2017) Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde salutogenez modeli. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9:284-300.
- Barker P (1997) Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing: in Search of the Whole Person. Cheltenham, Stanley Thornes.
- Barker P (1998) It's time to turn the tide. Nurs Times, 94:70-72.
- Barker P, Leamy M, Stevenson C (2000) The philosophy of empowerment. Mental Health Nursing, 20: 8-12.
- Barker P (2001a) The tidal model: developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. Perspect Psychiatr Care, 37(3):79-87.
- Barker P (2001b) The tidal model: the lived-experience in person-centred mental health nursing care. Nurs Philos, 2:213-223.
- Barker, P (2001c) The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. Psychiatr Nurs Ment, 8:233-240.

- Barker P, Buchanan-Barker PJ (2005) The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals. London, Brunner-Routledge.
- Barker P, Buchanan-Barker P (2008) Mental health in an age of celebrity: The courage to care. *Med Humanit*, 34:110–114.
- Barker P, Buchanan-Barker P (2010) The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues Ment Health Nurs*, 31:171-180.
- Barker P (2011) Mental health nursing – ein Mythos. *Psych Pflege*, 17:12-17.
- Barker P, Buchanan-Barker P (2011) Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *Int J Ment Health Nurs*, 20:337–344.
- Bock T (2012) Krankheitsverständnis zwischen Stigmatisierung und Empowerment. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 163:138–144.
- Brandon D (2000) *Tao of Survival: Spirituality in Social Care and Counselling*. Birmingham, Venture Press.
- Çam O M, Durmuş AH (2016) Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32:97-106.
- Dammann G (2014) Chancen und probleme des recovery-ansatzes aus psychiatrischer sicht. *Nervenarzt*, 85:1156–1165.
- Holdsworth N (1995) From psychiatric science to folk psychology. *J Adv Nurs*, 21:476–486.
- Hummelvoll JK, da Silva AB (1994) A holistic-existential model for psychiatric nursing. *Perspect Psychiatr Care*, 30:7–14.
- Jackson S and Stevenson C (2000) What do people need psychiatric and mental health nurses for? *J Adv Nurs*, 31:378-388.
- Jensen M, Thiel H, Traxler S (2008) Psychiatrische Pflege–Wohin geht die Reise? Weiterbildung zum/zur Pflegeeherapeuten/Pflegeeherapeutin für Psychiatrie. *Psych Pflege*, 14:101-105.
- Knuf A (2004) Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. *Soziale Psychiatrie*, 2004/1:1-5.
- Latvala E, Janhonen S, Wahlberg KE (1999) Patient initiatives during the assessment and planning of psychiatric nursing in a hospital environment. *J Adv Nurs*, 29: 64–71.
- Müller C (2004) „Das kannst du doch nicht machen!“ – Wie der Empowerment-Gedanke Pflegenden und Gepflegten nutzen kann. *Psych Pflege*, 10:214–218.
- Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA (2007) An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatr Rehabil J*, 31:9-22.
- Orhan TN (2013) Kaos teorisi ve “sağlık - hastalık kavramı” üzerine etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21:116-121.
- Rappaport J (1987) Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol*, 15:121–148.
- Reynolds WJ, Scott B (1999) Empathy: a crucial component of the helping relationship. *J Psychiatr Nurs Ment*, 1999;6:363-370.
- Richter D, Schwarze T, Hahn S (2010) Merkmale guter psychiatrischer Pflege und Betreuung. Vorläufige Ergebnisse einer Literatur Synthese. *Psych Pflege*, 16,17-20.
- Savaşan A, Çam O (2017) The effect of the psychiatric nursing approach based on the tidal model on coping and self-esteem in people with alcohol dependency: a randomized trial. *Arch Psychiatr Nurs*, 31:274–81.
- Schulz M, Zuaboni G (2012) Recovery-orientiert fragen. Anders fragen: Überlegungen für ein Recovery-orientiertes Assessment. *Psych Pflege*, 18:230–23.
- Stevenson C, Fletcher E (2002) The tidal model: The questions answered. *Mental Health Practice*, 5:29-38.
- Stevenson C (1996) The Tao, social constructionism and psychiatric nursing practice and research. *J Psychiatr Nurs Ment*, 3:217–224.
- Songur C, Saylavcı E, Kıran S (2017) Avrupa’da ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3:276-289.
- Taylor BJ (1994) *Being Human: Ordinariness in Nursing*. Melbourne, Churchill Livingstone.

Yazarların Katkıları: Yazar çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladığını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir

Authors Contributions: Author attest that she has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Ek 1. Bütüncül Değerlendirme**Hizmet kullanıcısının kendi ifadeleriyle doldurulacak** (Barker ve Buchanan-Barker 2005)

İsim:	Tarih
Kabul eden kişi:	Numara:
YATIŞ NEDENİ	
Başlangıç Soruları:	
Buraya gelmenin nedeni nedir? Sorun nedir? Ne zaman ilk fark ettiniz? Fark ettiğiniz sorun hakkında nasıl hissediyorsunuz? Zamanla nasıl değişti?.....	
Hayatını nasıl etkiledi? (Nasıl değişti?).....	
Bu, aile ve arkadaşlarınızla olan ilişkinizi nasıl etkiledi?.....	
İş Durumunuz (ücretli veya ücretsiz çalışan).....	
Zamanını nasıl geçirirsin?.....	
Bunun ne demek olduğunu düşünüyorsunuz? (Senin için önemi nedir, birey olarak sizin için ne anlam ifade ediyor?).....	
KENDİNİZİ BİREY OLARAK NASIL TANIMLARSINIZ?	
Başlangıç Soruları:	
Ne tür bir insansın? Senin için en önemli kişiler kimlerdir (aile, arkadaşlar ve meslektaşlar vb.)?.....	
Sizin için en önemli şey nedir (hayat, hobiler, iş, amaçlar ve hırslar, ev, eşyalar, para vb.)?.....	
Manevi veya dini inançlarınız veya değerleriniz neler? (Yaşamın anlamını ve amacını veren nedir?).....	
BURADAN NEREYE GİDİYORUZ?	
Başlangıç Soruları:	
Hayatınızda değişmesi gereken şey nedir sizce? Şimdi ne olmasını isterdiniz?.....	
Bir şeylerin daha iyi olduğunu ya da iyileştğini nasıl bilirsiniz?.....	
Sorunsuz hayat nasıl farklı olabilir? İyi olduğun zamanlarda ne yapmak istersin? Başkaları en çok neleri fark eder?.....	
İyileşmenize yardımcı olabilecek bir şey düşünüyor musun? (Geçmiş hayat tecrübenizden herhangi bir şey, sizin için denemeye iten nedir? İletişime geçmek istediğiniz herhangi birisi var mı?).....	
Size yardımcı olmak için ne yapabiliriz? Burada olduğunuz sürece sizin için neler yapabileceğimizi umuyor musunuz? (En yararlı? En az yardımcı?) Birlikte bir plan yapabilir miyiz?.....	
ÜSTÜNDE FİKİR BİRLİĞİNE VARILMIŞ BAKIM PLANI	
Bir sonraki buluşma tarihi ve saati:	
Görüşmeyi yapan çalışanın imzası:	Tarih:
Hizmeti alan bireyin imzası:	Tarih:

Orijinal hasta / servis kullanıcısı tarafından saklanacak. Bir kopyası bakım kayıtlarında dosyalanacak

Ek 2. Kişisel Güvenlik Planı

Hizmet kullanıcısı servise yatış ilgili süreçle ilgili kendi ifadeleri yazılmalıdır (Barker ve Buchanan-Barker 2005, Schuz ve Zuaboni 2012)		
Şu andaki ana endişelerim:		
Daha güvenli olmamı ve daha güvenli hissetmemi sağlayacak ne yapabilirim?.....		
Kendimi daha güvende hissetmeme yardımcı olabilmek için başkalarının yapabilecekleri:		
Ara (72 saat) yatan hasta bakım planı		
Hukuki durum	Gözlem seviyesi	Taburcu olma durumu
Belgeyi alan kişi:	Ad:	
	İmza:	
	Tarih:	
Hizmeti alan Birey:	İmza:	
	Tarih:	
Bakım Planı Gözden Geçirme Tarihi (72 saat içinde olmalıdır):	Tarih:	

Orijinal hasta / servis kullanıcısı tarafından saklanacak. Bir kopyası Bakım Kayıta gönderilecek

Ek 3. Gelgit Modeline göre Hemşirelik Süreci

(Barker ve Buchanan-Barker 2005, Schuz ve Zuaboni 2012)

Benlikle ilgili yaşam ve deneyim alanları
<p>Kendi çevresinde bireysel</p> <p> Servise kabul:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oryantasyon planı; Bireyin gereksinimleri nelerdir? Servise gelişinden 30 dakika sonra • İlk Görüşme (Doktor, Hemşire ve Birey) <p>Risk değerlendirmesi I</p> <p> Glasgow Risk Taraması (Glasgow risk screen)(Doktor ve Hemşire)</p> <p> Odaklı İntihar Görüşmesi (Doktor ve hemşire)</p> <p> BVC-CH¹(Ekip)</p> <p> NGASR² (Hemşire, doktor)</p> <p>Risk Değerlendirmesi II</p> <p> Günlük yaşam aktiviteleri ve ayrıntılı hemşirelik anamnezi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yükümlülük alma (iletişim seviyesi) I-IV (Doktor ve hemşire) • İzleme Değerlendirilmesi³ (hemşire) • Bireysel güvenlik planı (Ekip) <p> İlk görüşme de ki sonuçlar ve risk değerlendirme II göre</p>
Çevreyle ilgili yaşam ve deneyim alanları
<ul style="list-style-type: none"> • Bütüncül değerlendirme (hemşire) Üçüncü günden itibaren • Gelişim Planının Birlikte oluşturulması (Ekip üyeleri ve birey) • Bire bir görüşmeler (Bireyden sorumlu hemşireyle) • Haftalık vaka görüşmesi (ekip üyeleri ve birey)
Diğerleriyle ilgili yaşam ve deneyim alanları
<ul style="list-style-type: none"> • Yaşanılan çevreyle ilgili değerlendirme Bütüncül değerlendirme sonuçlarına göre yardım davranışlarının planlanıp koordine edilmesi • Yardım planlarının geliştirmesi (ekip ve birey) • İzlem Görüşmesi (Ekip ve birey) Tedavi ile ilgili gelişimlerin değerlendirilmesi (haftada bir kez) (Ekip ve birey) • Gelişimlerle ilgili gerekirse önceden haber vermek • Bireysel dayanıklılık testi (hemşire) Birebir görüşme için ön ve sonrası hazırlık • Taburculuk: Görüşme ve Raporun hazırlanması • Grup çalışması -mümkün olduğunca erken başlanması Keşif Grubu: Ruhsal bir bozukluğa sahip olmanın anlamını tartışmak, amaç; bireyin kendi çeşitliliğinden ve benzersizliğinden haberdar olması Bilgi Grubu: Daha çok bireysel konuların konuşulduğu grup Çözüm grubu: Problemlerin üstesinden gelebilmek için deneyimlerin ve muhtemel çözümlerin tartışıldığı grup

¹BVC-CH: Broset Kontrol listesi İsviçre Versiyonu (Broset Violence Check Liste)

²NGASR Hemşireler için Global İntihar Risk Değerlendirme (Nurses Global Assessment of Suicide Risk)

³İlerleme yoksa bir önceki adıma geri dönlür.