


Güçlendirme (Empowerment): Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları için Güncel Bir Yaklaşım

Empowerment: A Contemporary Approach to Community Mental Health Nursing Practice

Beyhan Bağ 

Öz

Geleneksel tedavi ve bakım uygulamalarının yeterince işlevsel olmadığı durumlarda, hemşirenin güçlendirme gibi yeni yaklaşımları uygulamalarına taşımaları toplumda yaşayan kronik ruhsal bozukluğu olan bireyler için kazanç olacağını söylemek hiçte yanlış olmaz. Yaklaşım, ruhsal bozukluğu olan bireyin zorunlu hastane yatışlarının kaçınılmazlığını ortadan kaldırmak "normal" yaşamdaki ilişkilerine yeniden uyum sağlamasını sağlayacak bilgi, beceri ve tutumları kazandığı süreç olarak tanımlanır. Güçlendirme yaklaşımıyla söz konusu bireylerde yeni yaratıcılık alanlarıyla birlikte farklı güç alanlarının keşfedileceği açıktır. Bu makalede bu sürecin tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Güçlendirme, toplum ruh sağlığı, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği

Abstract

Traditional healthcare practices are not fully efficient; thus, it can be said that individuals with chronic mental disorders living within society can benefit from implementation of new approaches such as empowerment. This approach is defined as the process in which an individual with a mental disorder gains knowledge, skills and attitudes enabling him to adapt to relationships in "normal" life so as to eliminate the inevitability of compulsory hospitalizations. With the empowerment approach, it becomes clear that new fields of creativity and different fields of power can be discovered in these individuals. The article aims to discuss this process.

Keywords: Empowerment, community mental health, community mental health nursing

¹ Serbest hemşire, Almanya

✉ Beyhan Bağ, Giessen, Germany
beyhanbag@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 19.10.2019 | Kabul tarihi/Accepted: 01.01.2020 | Çevrimiçi yayın/Published online: 21.02.2020

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ'NÜN öncülüğündeki uluslararası gelişmeler paralelinde ve 2006'da yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası önerileri doğrultusunda ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modeli geliştirme çalışmalarına 2008 yılı içerisinde başlanmış ve sistemin, açılacak toplum ruh sağlığı merkezleri aracılığı ile yaygınlaştırılması planlanmıştır (Ensari 2011). Sonrasında Mayıs 2008' de Bolu' da ilk TRSM'nin (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) açılmasının ardından, günümüzde bu sayı 106 TRSM' ye ulaşmıştır (Bilge ve ark. 2016).

Toplum ruh sağlığı uygulamalarıyla ruhsal bozukluğu olan bireye tanıdığı ve güvendiği çevrede tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulmasında ve mümkün olduğunca topluma yeniden kazandırılmasına çalışılmaktadır. Temelinde sağlıkta maliyeti azaltma ihtiyacı olsa da hastalarının tedavi durumlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesi amaçlanır. Zwemer (2003) hasta bireyi merkeze alan tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulduğu ve toplumun ihtiyacına göre TRSM gibi ayaktan tedavi kurumlarının oluşturulmasıyla; psikiyatri servislerindeki uzun yatış sürelerinin kısılacağını ifade eder. Psikiyatride tedavi ve bakımda topluma yönelme alanda çalışan tüm meslek grupları için yeni bir durumdur. Ortaya çıkardığı etkileri ile gelişmeye devam edeceği açıktır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi de değişen sistemle ve onun beraberinde getirdiği zorluklarla karşı karşıyadır. Psikiyatri hemşireliğinin alt uzmanlık olarak toplum ruh sağlığı hemşireliği daha ön plana taşınmıştır. Toplumun gereksinimlerine göre açıkça tanımlanmamış bakım hizmetleri sunma göreviyle ilişkili toplum ruh sağlığı hemşiresi toplumda kendine güvenli ve bildik bir çevrede yaşayan hastaya nasıl bir hemşirelik hizmeti sunmalıdır? Uygulamada bakımı planlarken hangi model ve kavramları kullanabilir? Toplum ruh sağlığında hasta ve yakınlarının hemşireden beklentileri nelerdir? gibi sorulara cevap aramaya başlamıştır. Ülkemizde konuyla ilgili yapılan yayınlar bilimsel çalışmalar oldukça yetersizdir. Yetersiz araştırmalar ortaya çıkan benzer sorulara yanıt vermeyi güçleştirir. Diğer yandan toplum ruh sağlığı merkezlerinin sayısı yüzü aşmış ve burada çalışan sağlık personelinin dörtte birini oluşturan hemşireler için sertifikalandırma programı başlamıştır (Bilge ve ark. 2016). Söz konusu sertifika programlarında veya toplum ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinde sunacağı bakım hizmetlerinin hedefine ulaşip, bireyin topluma entegre olup yaşamını sürdürebilmesi için uygulamada kullanabilecekleri modellere gereksinim vardır.

Ruhsal sorunlu bireyi problemlerinin çözümünde, bireysel kaynaklarını kullanmaya yönlendirmesi, katılımcı olması, kendi kaderini tayin hakkına önem vererek kendi kendine yardım etmesi (Lenz 2009) gibi toplum temelli psikiyatride önemli noktaları ön plana çıkartan yapısıyla güçlendirme bu modeller arasında yer alır. Bu makalede güçlendirme modelinin tanıtımı ve toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulama alanlarına taşınabilirliğinin tartışılması amaçlanmıştır.

Güçlendirme

Güçlendirme kavramı, sadece hastalıktan kaynaklanan yetersizlikleri gidermek için sunulan tedavi ve bakım hizmetlerini içermez aynı zamanda hasta bireyin bağımsız bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için mevcut yeterliliklerini kullanarak hastalık kaynaklı sorunlara yönelik başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesi anlamına gelir (Kilien 2008).

Tanımı

Tarihsel açıdan güçlendirme terimi kadın hareketi, barış hareketi, çevre hareketleri gibi

sivil haklarla ilgili mücadelelerin yanı sıra otoriteyi ret eden veya eleştiren hareketler gibi sosyo politik hareketlerle ilgili kullanım bulur. “Anti-psikiyatri hareketi” ve “bilgilendirilmiş onam” gibi modern anlamda hasta hakları da bu arka planda gelişmiştir.

Güçlendirmenin asıl kökeni olan empowerment kelimesi İngilizceden dilimize “yetkili kılma” veya “güçlendirme” diye tercüme edilir. Günümüzde ise güçlendirme terimi çok farklı alanlarda kullanım bulur. Genel olarak ifade edilirse güçsüzlük ve bağımlılık durumundan; karar verme, kendi kaderini tayin etme ve kendi sorumluluk alanına geçmeyi ifade eder.

Buna karşın güçlendirme kavramıyla ilgili net bir tanımı zorlaştıran birbirinden oldukça farklı araştırma literatüründe tanımlamalar mevcuttur. Ancak tüm tanımlamaların ortak noktası bireyin güçlendirilmesi veya bu durumu olası yapan ortamın oluşturulmasıdır. Başka bir ifadeyle bireyin kendi yeteneklerine yeniden güvenini artırması ve yaşamını biçimlendirmek için kontrolü yeniden ele geçirilmesidir. Başarılı güçlendirme süreçlerinden de özellikle zor koşullarda kendine güveni kaybetmeden ve yoluna devam ederek kendi yaşamını şekillendirerek kontrolün yeniden ele geçirmesidir (Lenz 2009, Winterberg ve Needham 2010). Rappaport (1985) psiko-sosyal söylem topluluğuna, güçlendirme fikrini taşır. Güçlendirmeyi burada yoksunluk, mahrum bırakma veya sosyal dışlanma durumlarında bireyin kendi sorunlarına çözüm bulma, yeteneklerinin farkına varma, güçlü olduğu yanları geliştirme ve kendi seçtiği yaşamı sürdürme için bireysel kaynakları aktive eden süreçler olarak tanımlamıştır. Bu tanımlama ile de profesyonel eylem için yeni bir perspektif gelişimine katkıda bulunmuştur.

Kavramın tarihsel gelişimi

Hasta bireyin güçlendirilmesi aynı zamanda hasta bakım tarihiyle de eşitlik gösterir. Örneğin 1960’lar Batı dünyasında sosyal değişimlere sahne olduğu yıllardır. Halk arasında otoriteye olan güvensizlik ve kendi kaderini kendi belirleme isteği anahtar düşüncelerdi. Bu fikirler tüketici grupları, sivil hakları savunan gruplar ve kadın hareketi üyeleri tarafından sıklıkla dile getirilmiştir (Skelton 1995, Roberts 1999).

1960’larda ve 1970’lerde sağlık alanında hasta haklarıyla ilgili de değişimlerin yaşandığı yıllardır. Özellikle Nürnberg davalarının izleyen süreçte “bilgilendirilmiş onam” başlığı altında hasta bireylerin kendilerine sunulan tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olmalarının gerekliliği vurgulandı. Örneğin 1970’lerde Amerikan Hastane Birliği hasta bireyin haklarını düzenleyen “Hasta Hakları Kanunu”nu yayınladı. 1980’ler hasta ve hasta yakınlarının kendi kaderini belirleme ilgili çıkan çatışmaların mahkemelere taşındığı yıllardır. Hasta katılımına ve bakış açısına olan ilgi 1990’li yıllarda da sürdü. Sağlık kuruluşları arasında artan rekabet nedeniyle hastayı kazanma adına bu durum daha da belirginleşti. Hasta memnuniyeti düzenli olarak ölçülür ve değerlendirilir oldu. Bu yıllar artık özel sigorta şirketlerinin ve resmi organizasyonların bireyleri doktora başvurmadan küçük hastalıklarını (beslenme vs.) belirli uygulamalarla iyileştirilebileceğiyle ilgili girişimleri desteklemeye başladığı zamanlardır (Fries ve Vickery 1990, Skelton 1994).

Yaklaşık yarım yüzyılda hasta dönemine (Reiser 1993) doğru bir kaymadan etkilenen kendi kendine yardım grupları giderek artan oranda sağlıkla ilgili medya aktivitelerinin (kitap, TV programları, internet gibi) artışıyla birlikte bireye sağlıkla ilgili bilgiyi ulaştırma oldukça çeşitlendirilmiştir. Bu durum beraberinde bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili

daha fazla sorumluluk üstlenmelerini başka bir ifadeyle güçlendirme yaklaşımına olan gereksinimi getirmiştir.

Güçlendirmenin unsurları

Günümüze kadar psikiyatrik bağlamda güçlendirmeyle ilgili yapılan tanımlar daha çok hasta odaklıdır. Güçlendirme, ruhsal bozukluğu olan bireyin zorunlu hastane yatışlarının kaçınılmazlığını ortadan kaldırmak "normal" yaşamdaki ilişkilerine yeniden uyum sağlamasını sağlayacak bilgi, beceri ve tutumları kazandırdığı süreç olarak tanımlanır (Pitschel-Walz ve ark. 2012).

Güçlendirmenin dinamik bir gelişim süreci olup; hareket, katılım ve destekleme, uyum, alışma ve inanç olmak üzere dört aşamalıdır (Vossebrecher ve Jeschke 2007). Güçlendirme süreçleri ise farklı düzlemlerde ortaya çıkar. Nelson Prilleltensky (2005)'de bireysel, örgütsel, grupsal ve toplumsal, Theunissen (2001) de benzer bir şekilde özne merkezli, grupla ilişkili, kurumsal, sosyo-politik ve sosyal alan olmak üzere dört düzeyde tanımlarlar.

Güçlendirme yaklaşımının bireysel uygulamasına örnek ağırlıklı olarak danışma ve sosyal destekler verilebilir. Genel amaç ruhsal bozukluğu olan bireyin stresli yaşam durumlarından uzak tutulmasıdır. Tuncay (2009), gücün bireyde var olduğunu ancak bireysel ve çevresel baskılar nedeniyle kullanılmadığını öne sürer. Güçlendirme yaklaşımı kullanılarak uygulanan bakımla baskıların hafiflemesi sağlandığında bireydeki var olan güç yeniden aktive olacağından sorunlarla başa çıkma mekanizmaları yeniden işlevsellik kazanır. TRSM'de çalışan hemşire ve hasta birey arasında gerçekleşecek olan ilişkinin amacı bireyde kişisel yetersizlik duygusu ve yaşamdan geri çekilme gibi durumlarla başa çıkabilmesi için bireysel kaynaklarını ortaya çıkartması için desteklemek ve yaşamını tekrar biçimlendirmesine yardımcı olmaktır.

Kendi dinamiğine sahip grup süreçleri; aile, arkadaş, akran grupları ve sosyal iletişim ağlarında, kendi kendine yardım gruplarında ve bireyin bulunduğu çevredeki insanlarla çalışmak gibi farklı eylem alanlarında yer alır. Ailevi problemlerle başa çıkmada önemli rol oynayan, benlik saygısı, öz yeterlilik, kontrol, karşılıklı saygı, güvenilirlik, gerektiğinde esnek olabilme durumları olarak da adlandırılan güçlendirme yaklaşımı, bireysel ve ailesel kaynakların etkinleştirilmesinde önem taşır (Herriger 2002, 2006). Bireyin yeniden kendi sorunlarını kendisi çözebilmesi, benlik duygusu, sosyal eylem ve potansiyelinin kullanılması ve genişlemesiyle ilişkilidir. İçerikleri yakın olduğundan sistem çözümlü yaklaşımlar güçlendirme çalışmalarında anlamlı yer edinir. Kaynakların etkileştirilmesi çözüm odaklı yaklaşımların ana merkezinde yer alır. Eksikleri tanılama ve geleneksel "problem konuşmasını" yeniden yapılandırma yerine bireysel kaynaklar ve güçler aranır. Yapıcı dil oyunları anlamında ("çözüm tartışması"), güçlü, yetkinlik ve yetenekler belirli stratejiler aracılığıyla birlikte keşfedilir, tanımlanır ve henüz mevcut olmadığı bağlama aktarılır. Kaynakların tanımlanması ve adlandırılması genellikle soru sorma yöntemlerinin yardımıyla yapılır. Sorular çözüm yönelimli yaklaşımlarda bilgi toplamak için kullanılmaz, aksine önemli bir müdahale biçimidir. Her bir soru, düşünce süreçlerini, yeni perspektifleri, farklı öz örgütlenmeyi veya kendi kendini düzenleme süreçlerini başlatır ve böylece bir çözüm tartışmasını tetikler. Ör. merak sorusu, istisnalar hakkında soru ve ölçeklendirme soruları (Skelton 1994, Lenz 2009). Tüm bu alanlarda güçlendirme süreci bireyin bulunduğu çevrede bulunan diğerlerinin katkısıyla başka bir ifadeyle sosyal birlik-teliğiyle ilişkilidir (Herriger 2002). Bireysel ve ailesel kaynaklarının geliştirilmesinin

yansıra güçlendirme perspektifi kişisel gelişim ve yaşam biçimlerinin oluşturulması için sosyal ve kontekstle ilgili kaynaklar üzerinde odaklanır. Bu bakış açısıyla bireyin günlük yaşamında riskler, şanslar ve zorlukların gerçekleştiği mikro ve makro sistemler arasında bir köprü işlevi gören mezo sisteme doğru güçlü bir yönelim gösterir. Bu ara yapılar bireyin günlük yaşantısını ve deneyimlerini gerçekleştiği yer kontekst yapılarının bir nevi açılmasıdır.

Tablo 1. Güçlendirme için ayırt edici özellikler (Winterberg ve Needham 2010)

| Özellik | Tanımı |
|---|--|
| Kaynak odaklı çalışma | Bireysel kaynaklar önceden hazırlanmış belirli sorular aracılığıyla belirlenir. Hemşirelik planı hazırlarken dikkate alınır. Profesyonel yardımcıları kaynak odaklı tutum sergilerler. |
| Öz-belirlenimin etkinleştirilmesi ve desteklenmesi | Bireyin kendi kaderini tayin hakkı korunur ve aldığı kararlar desteklenir ve kabul edilir. |
| Güçlendirme ve psikotropik ilaçlar | Hasta birey ilaç tedavisini kabul veya ret etme konusunda özgürdür. Seçilen ilaç tedavisiyle ilgili stratejide etkilidir. |
| Kendi kendini damgalamayı önleme veya mücadele etme | Sağlık kuruluşları (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri gibi) damgalama süreçlerini engeller. Tedaviye psikiyatriyle ilgili deneyimli insanların katılımı desteklenir. |
| Bireysel girişimlerin desteklenmesi | Hemşire hastanın bireysel yeteneklerine güvenir. Tedavi hizmet kullanıcılarının gereksinimlerine göre düzenlenir. |
| Bireysel bazda kendi kendine yardım seçenekleri | Psikiyatri hemşiresi hastaların kendi kendine yardım imkânlarını tanıyarak ve gelişimlerini destekler. |
| Bilgilendirme | Hemşire bilgiyi anlaşılabilir, birey merkezli, tarafsız ve tekrarları olacak şekilde iletir. Hastalar tedavi ve bakım planı hakkında bilgilendirir. |
| Katılım | Hastalar tüm kurumsal süreçlere katılır ve belirli oranda etkileri vardır. Kurumlar hastalar için şikâyet büroları oluşturur. |
| Çalışanların güçlendirilmesi | Çalışanlar, süpervizörler ve kurum aracılığıyla yeterli bilgi alır. Bireysel yetenekler algılanır, takdir edilir ve terfi alır. |

Güçlendirme yaklaşımında anahtar diğer kavram sosyal ağıdır (Lenz 2011). Sosyal paylaşım ağlarının belirli potansiyeli sosyal kaynaklara aracılık eder. Birçok araştırmanın da ortaya koyduğu gibi insanların yer aldığı sosyal ağ kalıpları fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesine önemli katkı sağlar. Sosyal kaynaklar kriz durumlarda stresli yaşam olayını hafifleterek bir nevi tampon gibi hareket eder ve stresli yaşam olaylarına karşı kalkan görevi görür. Bireysel başa çıkma eylemleri desteklenir. Yani bireyin stresörlerle başa çıkma stratejileri güçlendirilerek ya da belirli eksiklik ve “kör noktalar” telafi edilir. Sosyal ilişkiler sistemine bireyin entegrasyonu kendini mutlu hissetmesiyle doğrudan bir etkisi vardır. Çünkü birey çevresiyle uyumlu ve yaşamına anlam verdiğinde ancak olası olan aidiyet, güvenlik ve sosyalleşme gibi temel gereksinimlerini böylece karşılar. Belirli bir amaca hizmet eden sosyal ağ girişimleri sosyal ve kontekst bağlamı kaynakların tetiklenmesine yol açabilir. Amaç bireyin ailesel sınırların ötesinde sosyal ilişkilerin dinamikleri, katılım için desteklenme, oluşan temasın derinleştirilmesi, eski bağlanmaların yeniden kurulması veya yeniden keşfi gibi yeni temas ve ilişkilerin oluşturulması bilinçli bir gözden geçirme stratejileridir (Lenz 2009).

İdari siyasi sistemin bu seviyede güçlendirme ilgili çalışmalar kurumların güçlendirilmesi anlamında planlama, tasarım ve buralarda sunulacak psikososyal hizmetlerin uygulanması sureciyle ilgili oralarda yaşayan insanların bilgilendirilmesini içerir. Bilgilendirme

sürecinde beldedeki çeşitli grupların (belediye danışma grupları, belediyedeki görev yapan ruh sağlığı tedavi ve bakımıyla ilgilenen kurullar gibi) desteği sağlanır. Burada etkilenen birey aktif olarak sunulan hizmetlerden yararlanan rolündedir. Aktif katılım rolü hem sunulan hizmetlerin eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirilmesini ve geliştirilmesini hem de konsept geliştirme ve planlamanın gerçekleştirir (Herriger 2002). Zimmerman (1990) güçlendirme yaklaşımını “kişilerarası, etkileşimsel ve davranışsal” olarak tanımlar. Bu tanımlama birey kişilerarası alanı, bireyin özgüvenini ve yaşamını kontrol etmesini, etkileşimsel alanı, bilgi ve becerisini edinmiş olduğu eleştirel bir bakış açısıyla kullanır. Davranışsal alanda ise birey tüm bunları uygulamaya alanına taşır. Güçlendirmenin özellikleri (Tablo 1’de) açıklanmıştır. Tabloda tanımlanan güçlendirme yaklaşımındaki unsurlar toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin görevleriyle oldukça uyumludur (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).

Güçlendirmede diyalog

Güçlendirme süreci, hastayı refah ve kendi kendine sorumlu yaşam tarzını yeniden kazanma ve sürdürme yolunda olan birey, hemşireyi de danışman veya kendilerine eşlik eden ve eğitici bir nevi “koçluk” olarak da tanımlanabilir. Koçluk, konuşma ve iletişim yöntemi olarak kullanılır. Bireyler problem tanımlama biçimlerini ve çözüm perspektiflerini kendileri için duyarlı gerçekleri birbirinden ayırt ederek yapar (Lenz 2011). Bu arada bakış açılarının yaratıcı olmasına çaba gösterir. Ama belirli süreçlerin kararlaştırılmasında güç ve manipülasyondan uzak durulduğunu ifade eder. Diyalog anlamlandırmayı eleştirerek geleceği yeniden yapılandırma yoluyla yeni ufuk açar. Konuşmanın amacı bireye kendine özgü biçimlendirme ve özerkliğinin sağlanması için bireysel anlamda bilgilendirme ve eğitimidir (Bell 2017). Çünkü insanlar kendilerine gerekli bilgiye sahip olduklarında kendi yaşam davranışlarını biçimlendirmek için aktif güç, enerji ve hayal gücü geliştirebilir.

Güçlendirmede katılım

Güçlendirme yaklaşımı çoğunlukla öğrenilmiş çaresizliği ortadan kaldırmaya yönlendirerek bireyin kendi yaşamıyla ilgili öznel kontrol duygusunu yeniden kazanmasıyla ilgilenir. Sağlık profesyonelleri bireyde oluşmuş çözüm yeteneğini iş birliği ile profesyonel bir anlayışa dönüştürür. Birincil görevi, bireylere kendi öz kaynakları aracılığıyla kendi amaç ve arzularına daha uyumlu bir süreci mümkün kılan koşulları oluşturmaktır. Bireysel kaynaklara ve sistem çözüm odaklı yaklaşımlarda olduğu gibi psikososyal hizmet kullanıcılarının kendi kaderini tayin etme, organizasyon, kendi sorumluluklarının düşünceleri güçlendirme perspektifini yönlendirir. Yaklaşımda insanların geçici veya sürekli yardıma ve desteğe gereksinim duyabilecekleri durumda bile kendi yaşamlarını biçimlendirerek organize edebilecekleri varsayılır. Bu nedenle profesyonel hizmetler öncelikle hedef grubunun öznel gereksinimlerine ve arzularına odaklanmalıdır. Böyle bir hizmet felsefesi ortak karar alma düşüncesine dayanır (Lenz 2002, 2009).

Özgürce ve kendi kaderini tayin hakkıyla birlikte bir ortaklaşa bir karar almada katılımcı süreçleri oluşturma zordur. Süreçte her bir yaşam deneyimi sorgulanır:

- a. Bunu ister miydim?
- b. Gerçekte başka bir seçeneğim var mıydı?
- c. Durumu değiştirebilir miydim?
- d. Bu karar gerçekten bana mı ait? (Bell 2017).

Birey katılımıcılığının yetersiz oranda olmasının nedenleri şunlardır:

1. Kontrolü elinde tutma isteği
2. Hasta eğitiminin zaman alması
3. Hastalığın türü
4. Kişisel görüş ve tutumlar
5. Uzmanlık alanı
6. Etnik köken
7. Hastanın güçlendirilmesinde yetersiz eğitim (Reichardt ve Gastmeier 2013)

Sağlık ve hastalık kavramlarının tanımlarındaki değişimle (Recovery-yönelimli) (Amering ve Schmolke 2007) yani belirtilere rağmen normal bir yaşamı teşvik etme ile ilgili düşünceler önemli ölçüde destek görmeye başlamıştır. İçsel katılım dıştaki katılımı ilgili unsurları tamamlar. Psikiyatride katılım yüzeysel ve dışta kalmak istenmiyorsa hastaları sadece tıbbi görüşe uyumunu sağlamamakla kalınmamalı aynı zamanda hastalıkla ilgili deneyimin yeniden anlatı yoluyla edinilmesi desteklemelidir. (Bock 2012). Güçlendirme yaklaşımı bu bireyleri kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk almaya yönlendirir. Bu genel anlamda örgütsel ve toplumsal sorumluluklarını kapsar. Bu süreç bir nevi toplumsal alana katılım olarak da adlandırılır. Kullanıcı perspektifinden ifade edilirse, güçlendirme süreçlerinin esası olan “karar vermeye” katılım, sürece dahil olmayla ilgili ilişki kurma gereksinimidir (Nygardh ve ark. 2011).

Güçlendirme: kapsam ve sınırlılıklar

Güçlendirme yönelimli hemşirelikte profesyonellik bireysel uygulamalarla kendini gösterir. Konunun tartışılmaya açılmasıyla hemşireler tekrar kendi normlarını ve değerlerini gözden geçirmeye başlar. Güçlendirme uygulamasıyla ilgili birçok pozitif örnek olmasına karşın engellerde mevcuttur (Winterberg ve Needham 2010). Quindel ve Pankofer (2000) ilk olarak bireyle sağlık profesyonelleri arasında hala güç mücadelesinin olduğuna işaret eder. Tezlerine göre, güç geliştirme yaklaşımının psiko-sosyal çalışmanın sosyal kontrol göreviyle çelişir. Başka bir ifadeyle profesyonel güç anlamında hemşire güçlendirmenin uygulamaya taşındığı anda toplumsal uyum beklentisiyle bireyin güçlendirilmesi arasında kalır. Bir yandan ruhsal sorunlu bireylerin olabildiğince çevrelerine uyumu desteklenmesi beklenir diğer yandan da çevrede yaşayan bireyler onlardan kaynaklanan rahatsız edici davranışlardan korunmalıdır (Quindel ve Pankofer 2000). Diğer bir problem ise Herriger’in (2006) ifade ettiği gibi yerleşik olan kurum kültürüdür. Hemşire güçlendirmeyi, kendini kurumun yerleşik düzenine karşı biçimlendirmeyi ve hemşirelik planını buna göre düzenlemeyi stresli ve zor bulabilir. Kurumun ekonomik verimliliği güçlendirme için başka bir engelleyici unsur oluşturur. Knuf ve arkadaşları (2007) bu bağlamda çalışanların ve kurumun kendisinin ekonomik ve varoluşlarından endişe duymalarının güçlendirmenin desteklenmesini zorlaştırdığından bahseder. Ayrıca her türlü zorlayıcı tedbir ve hiyerarşik yapılar da güçlendirme için aşılmaz engeller olarak ortaya çıkabilir. Skelton (1994)’de literatürde güçlendirmeyle ilgili iki sorunun varlığından söz eder. Bunlar güçlendirmenin dili ve katılım düşüncesiyle yakından ilişkisi. Profesyonel grupların kendi pozisyonlarını sağlamlaştırmak için dilsel araçların oluşacağı ile ilgilidir. Tüm bunlar göz önüne alındığında Chavasse’nin (1992) söylediği gibi hemşireler kendilerini güçlendirdiklerinde hastalarında güçlendirilebileceği önermesi doğru bir önerme olmayabilir. Güçlendirilmiş profesyonellerin hizmetlerden yararlanan bireyler güçlendirir-

ci bir el uzatmasını otomatik takip etmez. Örneğin hemşireler, güçlendirmenin, ruhsal sağlık alanındaki bazı tüketici hareketlerinin çözüm parçası olmayan, güçsüz kullanıcı sorununun bir parçası olarak görüldüğünü yansıtmak isteyebilir. Böylece Robson (1987), savunuculuk modellerini tartışırken, hizmet sağlayıcıların, tüketiciler ve sağlayıcılar arasındaki güç farkı nedeniyle savunucu olarak uygun olmadığını savunur. Robson'a göre, hemşirenin kişisel olarak hizmet sunumunu etkileyebileceğini düşünmesine rağmen, kullanıcının güç yapısının bir parçası olarak görülebileceği konusunda olumsuz sonuçlara yol açar. Örneğin "davranışlarınızı değiştirmenizin sizin fikriniz olduğuna inanıyorum... sizin için uygun olarak düşündüğüm uzman." veya "sizin için uygun bulduğum davranış biçimi" gibi ifadelerde bireyi güçlendirme yaklaşımının tersi hemşirenin bireye yönelik kazandığı güçle ilişkilidir. Grawe'in (1998) belirttiği gibi güçlendirmenin dilsel ifadesi bireysel davranışlara dahil edildiğinde oluşur.

Güçlendirme beraberinde getirdiği sınırlılıklarına karşın uygulamaya taşınması iyi bir şekilde planlandığında bireyin iyileşme yolculuğunda yararlı fırsatlar sunar. Örneğin bilgi aktarımı ve karar alma süreçlerini daha şeffaf hale getirir. Hasta bireylerin tedavi ve bakımlarının planlanmasına amaçlı bir şekilde dahil edilmesini olası kılar. Araştırmalar şizofreni hastalarının yarısının aldığı tanı hakkında bilgilendirildiklerini göstermiştir (Knuf ve Seibert 2000). Hasta bireylere kolay ulaştırılabilir bilgilendirme ile bireylerde hastalığın farkındalığının gelişerek tedavi ve bakım planının geliştirilmesine önemli katkı yapılabilir.

Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde güçlendirme

Dünya Sağlık Örgütü (WHO 1998) sağlığın artırılması ve geliştirilmesi bağlamında güçlendirmeyi; "sağlığın yükseltilmesi ve geliştirilmesine yönelik güçlendirme, bireyin sağlığını etkileyen kararlar ve uygulamalar üzerine daha fazla kontrol sahibi olmalarıyla ilgili süreçler olarak tanımlar. Bireysel güçlendirme bireyin kendi yaşamıyla ilgili karar verme yeterliliğiyle ilgilidir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin psikiyatrik tedavi ve bakımının bir parçası olarak güçlendirme kavramı çağdaş bir tedavi felsefesinin merkezi bileşeni olarak varsayılır (Chamberlin 1997, Finfgeld 2004, Kilian 2008). Buradan yola çıkarak güçlendirme uzun zamandan beri ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde de kullanılan yaklaşımlardan biridir. Ayrıca çalışan bir birey olarak hemşirenin kendisinin ve bakım hizmetleri sunduğu bireylerin danışmanlık ve vaka yönetimi gibi öğeleri kullanarak güçlendirilmesi gibi günümüzde hemşirelik girişimlerinin adlandırılmayan vazgeçilmez bir parçasıdır (Çam ve ark. 2019). Örneğin Sambale çalışmasında (2005) 19. ve 20. yüzyılda beden ve ruhun ya da insan ve çevrenin bilimsel olarak ayrılması olarak adlandırılan tıbbın bu yaklaşımın yerine birbirine bağlanmış bir sistemler dünyası olarak düşünülmesine bıraktığını ifade etmiştir. Değişen bir bakış açısının temelini hemşirelik uygulamalarında güçlendirme konseptini kullanılması gerektiğini vurgular.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde genel yaklaşım şizofreni, şizoaffektif ve bipolar bozukluğu olan hastaların hastane dışında aktif tedavide tutulması (Randall ve ark. 2015) ve topluma uyumlarının sağlanmasıdır. Şahin ve Elboğa (2019) çalışmalarında TRSM hizmetlerinden altı ay boyunca yararlanan 88 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında bu kurumlarda sunulan hizmetlerin hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal işlevselliği artırdığını bulmuşlardır. Bakım yöneticisi olarak çalışan toplum ruh sağlığı hemşiresinin hastanın yaşadığı ortamda bakımı üstlenmesinin doğrudan koruyucu etkisi tartışılmaz bir gerçektir (Bag 2012). Hemşirenin bu işlevi yerine getirebilmesi için bakım hizmetle-

rinin sunumunda kullanacağı güçlendirme modelinin hasta bireyler için ne ifade ettiğini bilmesi önemlidir. TRSM hizmetlerinden yararlananlar için güçlendirmenin ne anlama geldiğini ölçmek üzere yapılan bir araştırma projesi güçlendirmenin; bilgiye erişim, sunulan hizmetlerde seçme imkânı, atılacak ve benlik saygısı anlamına geldiğini ortaya koymuştur (Chamberlin 1997). Tüm bunlara ulaşmada psikolojik güçlendirme çalışmasında toplum ruh sağlığı hemşiresinin ana hedefi hastanın bireysel kaynaklarıyla ilgili gözlem ve biyografi çalışmasıdır (Bell 2017). Benzer problemi yaşayan diğer bireylerle olan paylaşımları ve destekleri iyileşme yolunda ilk adımlardır. Burada birey kendisine ne kadar yardımın anlamlı ve gerekli olduğuna karar verir. Burada hemşire amaca ulaşmak için bir aracı olarak işlev görür. Başka bir ifadeyle gözlemci ve süreci destekleyendir.

Güçlendirmeyi sağlamak için profesyonel hemşirelik bakımı konusunda belirli bir tutum gereklidir. Lauber ve Rössler (2007) bunun için 14 özellik belirlemiştir. Bunlar;

- a. Güçlendirmenin umut verici olduğu anlayışı,
- b. Zaman alıcı olması,
- c. Ruhsal bozukluğu olan bireyin kabul edilmesi ve belirli saygı mesafesinde davranım,
- d. Dinleme yanı sadece hemşirenin konuşmayı devam ettirmemesi,
- e. Bireyin gözlemlenen pozitif davranış övülmesi ve girişimleri için desteklenmesi,
- f. Birey kendisiyle ilgili konuların uzmanıdır. Kendi deneyimlerinden ne yaptığını ve bunların kendisine zararlı olup olmadığını bilir.
- g. Karşıt görüşlere açıklık, terapötik tutum ve saygı,
- h. Terapötik bakım için her iki taraf içinde açık bir planın oluşturulması,
- i. Daha az kontrol, birey için ise daha fazla özgüven ve otonominin sağlanması,
- j. Hasta bireyle aynı görüşlü insanları birlikte olmaya teşvik edilmesi,
- k. Bireyle hemşire arasındaki ilişki müşteri ve hizmet sunan arasındaki gibi oluşturulması.
- l. Bireye bireysel olarak oluşturduğu hedeflerin başarılabilir olduğuyla ilgili desteklenmesi

Burada TRSM'de hasta bireylere sunulan bakım modellerinin hedefinin sorgulanması ve buna cevap aranması önemlidir. Çünkü alınan cevapla güçlendirmenin söz konusu bireylerin sağlığını nasıl etkileyebileceği anlaşılacaktır. Soruyu güçlendirme modeli açısından cevaplandırılacaksa amaç bireyin psikiyatrik belirtileri azaltmaya çalışmaktır. Böylece bireylerde onları rahatsız eden disfori, anhedoni, ajitasyon, konfüzyon ve öfke gibi belirtilerin hafiflemesi sağlanır. Burada Amerikan Psikiyatri Birliğinin (APA) sağlık çalışanlarına önerisi destekleyici psikoterapi, belirtileri izleme, ilaç yönetimi ve belirtilerin hafiflemesine yardımcı olacak beceri eğitimlerinin uygulanması yönündedir (APA 2000, Corrigan 2002). Şahin ve Elboğa (2019), Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde uygulanan beceri eğitimlerine düzenli olarak katılan 39 hastayla yaptıkları çalışmalarında uygulanan beceri eğitimlerinin hastaların bilişsel fonksiyonlarını geliştirdiği ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde olumlu katkı sağladıklarını bulmuşlardır. Ayrıca hasta bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız hareket etmeye başlamış ve sosyal ilişkilerinde artış olduğunu belirlemiştir.

Toplum ruh sağlığı çalışanları tedavi ve bakım hizmetlerinin bireye sunumunda karşılıklı saygı ve pozitif iş birliğinin gerekliliğine inanır. Bu görüşle güçlendirilmiş bireyler, sunulan hizmetlerden daha fazla yararlanacak ve belirtilerin kontrollünde daha başarılı olacaklardır. Ruhsal hastalığı olan bireyin kendi yaşamıyla ilgili kararlarda yetki sahibi

olması diğer bir deyişle otonom olması iyi bir ruh sağlığının göstergesidir. (Corrigan 2002). Güçlendirme felsefesi, insanın seçim yapma sığasının (kapasitesinin) olduğunu ve yapmış olduğu seçim sonuçlarından sorumlu olduğu öncülüne dayanır. Güçlendirme entelektüel bir temel olarak kullanılarak sağlık eğitimi için de bütüncül bir yaklaşım sunar (Feste ve Anderson 1995).

TRSM'de şizofreni, şizoaffektif ve bipolar bozukluğu olan hastaların hastane dışında aktif tedavide tutmak için iki hedef izlenir; birincisi kronik ruhsal bozuklukların yoğun semptomlarının hafifletilmesi ya da tamamen iyileşmenin sağlanması, ikinci olarak ise psikiyatrik yetersizlikler sonucu bloke olan yaşam hedeflerine ulaşmadır. Güçsüzleştirmeyi teşvik eden tutum ve davranışlara karşı bu hedeflerin başarılmasını engelleyecek ve damgalamaya karşı geliştirilen stratejiler ruh sağlığı hedeflerine ulaşmayı daha kolaylaştıracaktır (Şahin ve Elboğa 2019).

Ruhsal sorunlu bireylere yönelik damgalama, güçsüzleştirmenin toplumsal bir uygulaması olarak da ifade edilir. Bu tutum toplumda kronik ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin bağımsız yaşama ve bireysel sorumlulukların üstesinden gelemeyeceği yönünde beklentileri destekler. İki binden fazla Amerikalı ve İngiliz kökenli insan üzerinde yapılan bir araştırma s bu düşüncüyü destekleyenlerde ruhsal hastalıklar hakkındaki stereotipi tutumlara ilişkin üç konuyu ortaya çıkarmıştır (Taylor 1980, Brockington 1993). 1) Korku ve dışlama; Ruhsal bozukluğu olan bireylerden korkulur. Çünkü tehlikelidirler. 2) Otoriterlik; ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler sorumsuzdur, yaşamlarıyla ilgili kararlar başkaları tarafından verilmelidir. 3) Yardımseverlik; ruhsal rahatsızlığı olan bireyler bakıma ihtiyacı vardır onlarla ilgilenilmez (Corrigan 2002). Bu yaygın tutumların ruhsal sorunlu birey üzerinde iki etkisi vardır. İlk olarak bireyleri iyileşme ve kaliteli yaşam için iyi bir iş ve iyi bir gelir güzel bir konut ve iyi bir arkadaş gibi fırsatlardan mahrum bırakır. Ciddi bir ruhsal hastalığı olan bireyin psikiyatrik damgalamayı dengeleyen bir kültürde (Wahl 1995, Üstün ve İnan 2018) buna kendisi de inanmaya başlayarak bağımsız bir yaşam için kendi yeteneklerini sorgulamaya başlar. Çünkü kendi kendine damgalamanın güçlendirme üzerine olan etkisinin ilk olarak ele alınması gereken olumsuz bir etkisi vardır (Corrigan 2002, Üstün ve İnan 2018). Bazıları, bireyin benlik saygısını azaltan bir utanç duygusu olarak damgalamayı deneyimler (Corrigan 1998, 2002, Çam ve Bilge 2013). Bu duygu bireyin bağımsız olarak hayatını sürdürebilme, iş bulma ve bu işte devam edebilme, geçim kaynağı sağlayabilme ve hayat arkadaşı bulma konusunda kendine olan güveni sarsıcıdır. Ruhsal sorunlu bireylerde tüm belirtiler ve hastalıkla ilgili problemler kontrol altına alınmış dahi olsa damgalamanın üstesinden gelinmedikçe iyileşme sürecinde ve toplumun bir üyesi olmada başarısızdır (Corrigan 2002). Güçlendirmenin ruhsal hastalıklı bireyler toplumun diğer üyeleri arasında etkileşim alanları oluşturulması için uygulama alanlarına taşındığı toplum ruh sağlığı merkezlerinde çeşitli yönleriyle damgalamayla mücadele kullanılması iyileşme sürecine önemli katkı sağlayacağı açıktır.

TRSM'de çalışan hemşireler, kendilerini ruhsal bozukluğu olan bir bireye eşlik eden bir kişi olarak görüyorsa bu yolda başarıya ulaşmak için elinden gelen her şeyi yapmalıdır. Günlük yaşamda güçlendirmeyi kullanma, kurumda uygulanan psikososyal uygulamaların örgütsel ve kurumsal çerçevesiyle bağlantılı değildir. Görüşme süreçleri yaratıcılık, hayal gücü ve standartlaştırılmış terapi programlarının kaldırılmasının yansira güçlü ve yenilikçi yanlarını keşfedip güvenini duymalarını gerektirir (Müller-Commichau 2005). Kurumda mevcut ve olası kaynaklarını tekrar tekrar keşfetme ve daha da geliştirmeye olanak tanıyan durumlar eylem alanları bulmazlarsa uzman bireylerin bireyle güven çerçevesinde ilişki kurması zordur. Doğal olarak burada kurum güçlendirme süreçlerinde bir

dereceye kadar cesaretlendirici ve ortaya çıkan engelleyici koşulları incelemelidir. Destekleyici atmosfer oluşturmak, yenilikçi fikirler, bağlantı oluşturmak ve diğerleriyle iletişime geçip birlikte çalışma gibi durumların başarılmasında mükemmeliyetçilik aranmazsa da gereklidir. Bir ortam, oluşturması arzulandığında ve değişikliklere izin verildiğinde oluşur. Buradaki süreçler zaman ve ortam oluşumu ve ek kaynaklarla ilişkilendirilir. Bu nedenle elbette diğer görevler, günlük gereksinimler ve yüksek hasta sayısından kaynaklı iş gücünde artış gibi kendi sınırlarıyla karşı karşıya gelebilir (Kistner 1997). Güçlendirme yaklaşımı, ruhsal sorunlu bireyin toplumda yaşamını devam ettirebilmesi için gereksinim duyduğu desteğe ve kaynaklara ulamadaki bireysel potansiyelini ve aktif rolüne vurgu yapar. Bu durum bireyde güçlendirme yaklaşımı içinde optimal düzeye ulaşmak için recovery (iyileştirme) (Bağ 2018), vaka yönetimi (Çam ve ark. 2019) gibi diğer uygulamaların yararlı olacağı açıktır. Konuyla ilgili olarak Newman (2003), hemşirelik modelleri arasındaki sınırların kaldırılmasının zamanı geldiğini ileri sürmektedir. Modeller arası var olan sınırları kaldırarak hemşireler, uygulamalarının hem bireysel bakım hem de hizmet sunumunu aynı anda nasıl etkilediğinin farkına varabilir. Bu yaklaşım, uygulayıcılar için çok soyut olarak eleştirilebilir, ancak hemşirelerin bilinçliliğini “hermenötik diyalektik yaklaşım” yoluyla yükseltmek için gündelik pratik deneyiminde kalırsa daha anlamlı olur (Newman 2003). Hermenötik, insanın yaşantısı içinde ürettiği her şeyi anlama ve yorumlama olarak ortaya çıkmış bir kavramdır (Fırıncioğulları, 2016). Bu yaklaşımı kullanmak hemşireleri tarihsel ve bugünkü uygulamalarında anlam ve etki aramaya teşvik edecektir. TRSM’de çalışan hemşireler uygulamalarda ruhsal sorunlu bireylerin gündelik yaşamlarında maddi ve manevi ortamlar için önemli olan deneyimler, sıkıntılar ve kaynaklar ilgili düzenli bir gözlemi ve bireylerin yaşam bağlamlarının ve toplum ruh sağlığının psiko-sosyal uygulamalarında birleştirilmesini gerekli kılar.

Güçlendirme modelinin toplum ruh sağlığına taşınması ile birlikte kronik ruhsal sorunlu bireylerin topluma entegre olma ve tekrarlanan hastane yatışlarını azaltacağı yorumu hiç de yanlış olmaz. Bu aynı zamanda TRSM’de çalışan hemşirelerin güçlendirme yaklaşımını uygulamaya taşıyarak hasta bireylere sundukları hizmet kalitesini artıracaktır.

Sonuç

Tek başına tıbbi tedavinin psikiyatri hastalarında istenilen klinik çözümü sağlayamaması destek tedavi seçeneklerine yönelimi artırmıştır. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), toplum temelli ruh sağlığı modelini önerir (WHO 2001). Toplum temelli ruh sağlığı modelinin temelinde hastaları hastane dışında aktif tedavide tutmak için TRSM bulunmaktadır. Bu merkezler bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikozlar gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara psikososyal destek hizmetleri sağlamak için kurulmuştur. Hastalar için TRSM’ye kayıt olduktan sonra, uyumlandırma çalışmaları için ihtiyaçları ve yetenekleri göz önünde bulundurularak tedavi ve bakım planı yapılır (Şahin ve Elboğa 2019).

Burada bireyle ilgili hazırlanan tedavi ve bakım planına güçlendirme yaklaşımının entegre edilmesiyle birey kendi yaşamını doğrudan etkileyecek olan konularla ilgili kararlara aktif yer alır. Bütüncül yaklaşımdan yola çıkıldığında insan doğası gereği kendi yaşamıyla ilgili seçim yapma yeterliliğine sahiptir. Ancak uzun süre kronik ruhsal bozukluklar nedeniyle bireyin kendini algılama ve bireysel işlevselliğin ruhsal bozukluğa bağlı oluşu nedeniyle kendi yaşamlarına olan kontrolü kaybederler (Hansson ve ark. 2011). TRSM’de çalışan hemşirelerin güçlendirmeyi uygulama alanına taşınmasının kronik ruh-

sal bozukluğu olan bireyin benlik saygısında ve kendi yaşamıyla ilgili kararlarında pozitif etkisi olacağından sağlıklı yaşam sürmesini teşvik edeceği açıktır.

Kaynaklar

- Amering M, Schmolke M (2007) *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- APA (American Psychiatric Association) (2000) Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 157(4 Suppl):1-45.
- Bag B (2012) Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4:465-485.
- Bell E (2017) Selbstbestimmt handeln. *PPH*, 23:232–235.
- Bilge A, Mermer G, Çam MO, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N (2016) Türkiye'deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2):1-5.
- Bock T (2012) Krankheitsverständnis zwischen stigmatisierung und empowerment. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 163:138–144.
- Boevink W (2007) Überleben, lebenskunst und wissen zum weitergeben. recovery, empowerment und erfahrungswissen. In *Statt Psychiatrie Band 2* (Eds P Lehmann, P Stastny):107-118. Berlin, Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C (1993) The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry*, 192:93–99.
- Chamberlin J (1997) A working definition of empowerment. *Psychiatr Rehabil J*, 20:43-46.
- Chavasse JM (1992) New dimensions of empowerment in nursing and challenges. *J Adv Nurs*, 7:1-2.
- Corrigan PW (1998) The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract*, 5:201–222.
- Corrigan W P (2002) Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities.
- Çam M, Külliğ D, Kaçmaz DE (2019) Psikiyatride vaka yönetimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 11(2):214-222.
- Çam O, Bilge A (2013) Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4:91-101.
- Ensari H (2011) Koruyucu psikiyatri açısından bolu toplum ruh sağlığı merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 4(4):86-93.
- Feste C, Anderson M (1995) Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns*, 26:139-144.
- Fırınçoğulları S (2016). Sosyal bilimler ve hermeneutik üzerine kısa bir değerlendirme. *Sosyoloji Dergisi*, 33:37-48.
- Finfgeld D (2004) Empowerment of individuals with enduring mental health problems: Results from concept analyses and qualitative investigations. *ANS Adv Nurs Sci*, 27:44-52.
- Fries JF, Vickery DM (1990) *Take Care of Yourself: the Healtrac Guide to Medical Care*. Reading (MA), Addison-Wesley Publishing Company.
- Grawe K (1998) *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe.
- Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B (2011) Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness. Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *Int J Soc Psychiatry*, 59:48-54.
- Hemşirelik Yönetmeliği (2011). https://www.hemsire.com/images/upload/Hemsirelik_Yonetmeliği.pdf (Accessed 18.07.2019).
- Herriger N (2002) Empowerment - Brückenschläge zur Gesundheitsförderung. in: *Loseblattwerk "Gesundheit: Strukturen und Arbeitsfelder"*. Ergänzungslieferung 4, Neuwied, Luchterhand-Verlag.
- Herriger N (2006) Stichwort empowerment. In *Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit*. 6. Auflage, Berlin.
- Kilian R (2008) Lebensqualität und Empowerment in der psychiatrischen Versorgung. In: *Soziologie sozialer Probleme und sozialer Kontrolle; Realitäten, Repräsentationen und Politik*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Kistner W (1997) *Der Pflegeprozess in der Psychiatrie – Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege*. Stuttgart, Gustav-Fischer-Verlag.
- Knuf A, Osterfeld, M, Seibert, U (2007) *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. 5. Überarbeitete Auflage. Bonn, Psychiatrie-Verlag.

- Knuf A, Seibert U (2000) Selbstbefähigung Fördern, Empowerment und Psychiatrische Arbeit. Psychiatrie, Bonn.
- Lauber C, Rössler W (2004) Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zur Selbsthilfe. In: Psychiatrische Rehabilitation (Ed W Rössler) 146-156. Berlin/Heidelberg, Springer.
- Lenz A (2002) Empowerment und ressourcenaktivierung. In Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation (Eds A Lenz, W Stark):13-15. Tübingen, dgvt-Verlag.
- Lenz A (2009) Empowerment– eine Perspektive für die psychosoziale Praxis. PID Psychotherapie im Dialog, 10:341-346.
- Lenz A (2011) Aktivierung personaler Ressourcen. In: Lenz A, Hrsg. Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Tübingen: dgvt Verlag; 211.
- Müller-Commichau W (2005) Fühlen lernen 15 oder Emotionale Kompetenz als Schlüsselqualifikation. Mainz, Matthias Grünewald Verlag.
- Nelson G, Prilleltensky I (2005) Community Psychology: In Pursuit of Liberation and Well-Being. New York, Palgrave Macmillan.
- Newman M. (2003) A world of no boundaries. Adv Nurs Sci, 26:240–245.
- Nygårdh A, Wikby K, Malm D, Ahlstrom G (2011) Empowerment in outpatient care for patients with chronic kidney disease - from the family member's perspective. BMC Nurs, 10:21.
- Pitschel-Walz G, Rummel-Kluge C, Froböse T, Beitinger R, Stiegler M, Bäuml J et al. (2012) Steigerung des „empowerment“ bei Angehörigen von schizophren Erkrankte. Ergebnisse eines psychoedukativen Gruppenprogramms unter naturalistischen Bedingungen. Psychotherapeut, 57:313–318.
- Quindel, R. & Pankofer, S. (2000) Chancen, risiken und nebenwirkungen von empowerment – die frage nach der macht. In Empowerment konkret. Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis (Eds T Miller, S Pankofer):33-44. Stuttgart, Lucius & Lucius
- Randall JR, Vokey S, Loewen H, Martens PJ, Brownell M, Katz A et al. (2015) A systematic review of the effect of early interventions for psychosis on the usage of inpatient services. Schizophr Bull, 41:1379-1386.
- Rappaport J (1985) Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozial politisches Konzept des ‚empowerments‘ anstelle präventiver Ansätze. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 17:257–278.
- Reichardt C, Gastmeier P (2013) „Patient Empowerment“ Wie viel können Patienten zu einer verbesserten Compliance des Personals beitragen? Krankenhaushygiene, 8:157-164.
- Reiser SJ (1993) The era of the patient: using the illness experinece in shaping the missions of health care. JAMA, 269:1012-1017.
- Roberts J K (1999) Patient empowerment in the United Satets: a critical commentary. Health Except, 2:82-92.
- Robson G (1987) Nagging: models of advocacy. In Power in Strange Places: User Empowerment in Mental Health Services (Eds I Barker, E Peck). London, Good Practices in Mental Health.
- Sambale M (2005) Empowerment statt Krankenversorgung. In Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitssystems. Hannover, Schlütersche.
- Skelton R (1994) Nursing and empowerment: concepts and strategie. J Adv Nurs, 19:415-423.
- Stark, W. (1993) Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege, 2:41-44.
- Şahin Ş, Elboğa G (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanılan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. Cukurova Medical Journal, 44:431-438.
- Taylor SM, Dear MJ (1980) Scaling community attitudes toward the mentally ill. Schizophr Bull, 7:225–240.
- Theunissen, G (2001) Die independent living bewegung. Empowerment bewegungen machen mobil (I). Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, 3/4:13-20.
- Tuncay T (2009) Genç kanser hastalarının hastalık anlatılarının güçlendirme yaklaşımı temelinde analizi. Toplum ve Sosyal Hizmet, 20:69-87.
- Üstün B, İnan SF (2018) Psikiyatri hemşireliği uygulamasına bir örnek: Damgalamayla mücadele eğitim programı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 15:131-135.
- Vossebrecher D, Jeschke K (2007) Empowerment zwischen Vision für die Praxis und theoretischer Diffusion. Forum Kritische Psychologie, 51:53-66.
- Wahl OF(1995) Media Madness: Public Images of Mental Illness. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
- WHO (1998) Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization.

- WHO (2001) The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization.
- Winterberg W, Needham I (2010) Empowerment und Forensik – Wunschtraum oder Wirklichkeit? Sicherheitsanforderungen vs. Eigenverantwortung. Psych Pflege, 16:184-188.
- Zimmerman MA (1990) Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. Am J Comm Psychol, 18:169-177.
- Zwemer W (2003) Die Aufgabe der Pflege in der gemeindenahen Psychiatrie. Psych Pflege, 9:123–129.

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: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmiştir.

Authors Contributions: The 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 author.

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