

# Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Salutogenez Modeli

## *Salutogenic Model in Mental Health and Psychiatric Nursing*

Beyhan Bağ

### Öz

Toplumda yaşayan ruhsal sorunlu bireylerde artış ruh sağlığının yükseltilmesi ve ruhsal bozukluklarla mücadele konularına odaklanılmasına neden olunmuştur. Sağlığı yükseltme ve başa çıkma mekanizmalarına vurgu yapması salutogenez model olarak değerli kılar. Bu makale de Antonovsky'nin salutogenez ve teorinin ana kavramı olan bütünlük (tutarlılık) duygusunu açıklamayı ve teorinin ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğine uygulanabilirliğini tartışılması amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Bütünlük (tutarlılık) duygusu, psikiyatri hemşireliği, psikolojik uyum, ruh sağlığı.

### Abstract

Increasing number of people who live with mental health problems for many years in the community brings into focus the need for recovery within a coping and mental health promotion perspective. The value of the salutogenic theory is that it emphasizes promoting coping and health. This article aims to illustrate how Antonovsky's salutogenic theory and its central concept of sense of coherence and discusses how mental health nurses can use the theories in their praxis.

**Key words:** Mental health, psychiatric nursing, psychological adaptation, sense of coherence.

**TIBBİ SOSYOLOG** Antonovsky'nin, bilim dünyasını salutogenez kavramıyla tanıştırtmasının üzerinden yaklaşık yarım asır geçmiştir. Antonovsky salutogenez olarak isimlendirdiği modelini geliştirirken klasik bir yaklaşım olan önce "hastalık" veya "sağlık-hastalık" kavramları yerine kişinin kendi sağlığını oluşturma kapasitesine, çevresinde yer alan ve sağlığını güçlendirmesine yarayan mevcut kaynaklara odaklanmayı seçer (Antonovsky 1991, 1997). Salutogenezin gelişimindeki bu anahtar öğeler iki aşamalıdır. Sağlıkla ilgili herhangi bir problem ortaya çıktığında model, öncelikle problemin çözümüne, ikinci aşamada ise kişinin problemin çözümü için kullanabileceği çevresinde veya kendisinde var olan mevcut kaynakları kullanmaya yönelmiştir (Antonovsky 1991, Eriksson ve Lindström 2006). Modelin teorisi ve uygulamada kullanımıyla ilgili birçok makale yazılmış, psikiyatri, psikoloji, halk sağlığı, sosyoloji, hemşirelik ve eğitimde modelin daha iyi bir şekilde anlaşılıp kullanılması için daha çok yoğun araştırmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir. Buna karşın sağlık ve hastalık tanımına yeni bir bakış açısı getirmesi, kişinin sağlığını koruma ve geliştirmesine vurgu yaptığı için model, uygulama alanında her geçen gün ilgi görmektedir. Modelin teorisi ve uygulamada kullanımıyla ilgili birçok makale yazılmış karşın psikiyatri, psikoloji, halk sağlığı, sosyo-

loji, hemşirelik, sosyal alanlarda ve eğitimde modelin daha iyi bir şekilde anlaşılıp kullanım bulması için daha çok yoğun araştırmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir (Eriksson ve Lindström 2006). Buna karşın sağlık ve hastalık tanımına yeni bir bakış açısı getirmesi; kişinin sağlığını koruma ve geliştirmesini vurgulaması modelin uygulanmasına olan ilgili artırmıştır.

Türkiye'deki hemşirelik literatüründe sağlığı koruma ve geliştirmeye yükseltmeye yönelik kullanılan modellerin başında; Pender (1987) tarafından alana kazandırılan sağlığı geliştirme ve Rosenstock'ın (1960) 1966'da son şeklini verdiği sağlık inanç gelir (Çenesiz ve Atak 2007, Bahar ve Açıl 2014). Bu modellerle ilgili araştırmalar yapılmış olsa da özellikle hemşirelik uygulamalarında pek fazla kullanım bulamamıştır. Söz konusu bu iki model halk sağlığı hemşireliği alanında çalışan akademisyenler ve toplum sağlığı uygulama alanlarında daha çok kullanılmıştır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği ise alanda geliştirilmiş modellerin kullanımına yönelik çalışmalara bu alanın akademisyenlerinde hem de uygulama alanında çalışan hemşirelerde ilgi düşüktür (Güner ve Pehlivan 2016). Hemşirelikte bilimin gelişimine katkıda bulunan kuram ve modellerin test edilip, yeni bakım modellerinin etkinliğinin geliştirilmesine gereksinim vardır. Salutogenez modeli, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulama alanları açısından kullanışlı model olarak görülebilir. Modelin tanıtımını amaçlayan bu makalede modelin uygulanabilirliği ve ortaya çıkabilecek olası tartışmalara da yer verilecektir.

## Sağlık Kavramının Tanımındaki Gelişmeler

Salutogenez modelinin daha iyi anlaşılması için dünyada sağlık kavramının 1970'lerden modelin gelişimini tamamladığı 1990'lara kadar olan değişimine bir göz atmak yerinde olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation, WHO) 1970'li yılların sonunda sağlığı "sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bireyin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak " tanımlar. Bu tanımla birlikte dünyada sağlık ve sağlık araştırmalarında ilgili onlarca yıl süren bir tartışma başlar.

1970'lerde WHO Üçüncü Dünya ülkelerinde alternatif tıp uygulamalarının modern tıba entegrasyonunu önerir. 1978'teki Alma-Ata bildirgesinde "herkes için sağlık" görüşü benimsenerek devletlerin kendi halkları için sağlığı en üst düzeyde sağlamak ve yükseltmenin yerel politika hedefleri ve sorumluluk alanlarında olduğu sonuç bildirgesine eklenir. 1997'deki Jakarta Deklarasyonu'nda 21. yüzyılda Sağlığı Geliştirme eylem planı geliştirilmiş ve bu kapsamda sağlıkta önceliklere yer verilmiştir. 1987'de 37. Dünya Sağlık Konseyi toplantısında ise Hintli delegelerin önerisiyle sağlığın tanımına manevi boyut getirilmiştir. Böylece günümüzdeki sağlık kavramının tanımına ulaşılmıştır: fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal tam bir iyilik hali (Topkaya 2016). Bu sürecin arka planında kuşkusuz felsefe, bilim ve politikada yaşanan (değerler dönüşümü) değişimler vardır. Özellikle de sağlığın geçmişte biyotıp modeline göre tanımlanması yetersiz ve eksiktir. Sağlık bilimi uzmanları, sosyal tıp, psikosomatik ve hümanist psikolojiden hareketle biyotıp görüşü tartışılmaya açılmışlardır. Yeni sağlık anlayışının özellikle de biyo-psiko-sosyal tıp modeline evrilmesinde Amerikalı sağlık alanı ile ilgili sosyolog ve psikologlar öncü rol oynamışlardır. Biri de sağlık sosyologu olan Antonovsky'dir. Geliştirmiş olduğu salutogenez modelinde biyo-psiko-sosyal modelde mevcut olan eksikliklerin tamamlandığı savında bulunur (Antonovsky 1997). Burada sağlığın kavramındaki değişimlere somut olarak görülebilmesi ve bunun salutogenez modelinin gelişimine yönelik etkilerini daha iyi anlaşılabilmesi için iki modelin (biyotıp ve biyo-psiko-sosyal

model) özelliklerini ve birbirleriyle olan ilişkisini açıklayan kısa bir bilgi yararlı olacaktır.

### ***Biyotıp Modeli***

Geleneksel biyotıp, hastalığı biyolojik sürecin bozulması olarak tanımlar (Hauser 2004). Bu yaklaşıma göre sağlık, hastalığın olmayışıdır. Hastalık durumunda, hastalığa neden olan faktör, etiyoloji ön plana çıkar. Sağlığın bozulmasına neden olan durum saptandığında buna yönelik tüm tedavi ve bakım önlemleri alınır. Bunun için kullanılan yöntem ise çoğunlukla “retrospektif”, “indirgemeci”, tek faktörlü ve “nedensel” olarak tanımlanır. Modeldeki temel varsayımlar Tablo 1’deki gibidir.

**Tablo 1. Biyotıp modeli ve temel varsayımları**

<b>Hastalık ve sağlık arasında niteleyici farklar</b>	
Her bir hastalığın kendine özgü belirtileri, seyri ve etiyojisi mevcuttur.	Şikâyet ve belirtiler vücudtaki bir eksikliğin ortaya çıkardığı bozukluklardır
Amaç, temel nedeni (patogenezi) tanımlayıp bununla başa çıkmada özel terapi yöntemleri kullanmaktır.	Eksiklik (defekt), ortaya çıkan sorunun açık nedenidir.

Biyotıp modelinde hastalık kavramı aşağıdaki gibi değerlendirilir (Schulte 1997).

*Hastalık nedeni:* Her bir hastalığın nedeni vardır.

*Hastalık:* Kişisel durum değişimdir. Bireyin vücudunda patolojik bir sorun mevcuttur ve bunun objektif ve bilimsel açıklanmalıdır. Birey hastalığın ortaya çıkışı ve seyrinden sorumlu değildir.

*Hasta olma:* Oluşan yeni koşullar bireyi psikolojik ve sosyal olarak etkileyebilir (hastalıktan kaynaklanan kendini iyi hissetmeme ve günlük yaşamın kesintiye uğraması durumu).

*Hastalık rolü:* Hastalık rolü; özel sorumluluk alanı ve bireye tanınan hakların birleşiminden oluşan bir alandır. Hastalık rolünün bu modelde var olmasına karşın model bütün olarak ele alındığında pek bir etkisi gözlenmez.

Antonovsky (1997), biyotıp modelini reddederek insanların bu modele göre ya tam hastalıklı ya da tam sağlıklı olarak sınıflandırıldıklarını söyler. Ona göre, sağlık ve hastalık kategorik olarak kesin çizgilerle birbirleriyle ayrılmaz ve bireyin tüm yaşamıyla birlikte değerlendirilmelidir. Böylece bütünleştiriciliği olan disiplinler arası tasarlanmış bir hastalık modelinin gerekliliğine göndermede bulunur.

### ***Biyo-Psiko-Sosyal-Tıp Modeli***

Biyo-psiko-sosyal modelin ortaya çıkarmış olduğu en önemli sonuç, hastalığın tedavisi ve belirtileri ele alınırken, hem biyolojik hem de psikolojik olarak bir bütüncül değerlendirmeyi getirmesidir (Egger 2005).

**Tablo 2. Biyo-psiko-sosyal model ve temel varsayımları**

<b>Hastalık ve sağlık dinamik bir süreçtir.</b>	
Doğa, hiyerarşik olarak düzenlenmiştir.	Söz konusu hiyerarşide her bir seviye organize edilmiş dinamik sistemi temsil eder.
Var olmayanlar izole edilmiştir. Organizasyon tüm seviyelerde bağlantılıdır.	Sonuç aynı zamanlı yatay ve dikey olarak bağlantılı olduğundan farklı seviyelerde ortaya çıkar.

Biyo psiko-sosyal boyutlarla hastalık kavramını aşağıdaki gibi değerlendirir (Egger 2005).

*Hastalık nedeni:* Hastalık sebebi çok faktörlüdür. Organik bulgular, kişinin deneyimlediği yaşamsal ve davranışsal durumlarla birlikte geriye ve geleceğe yönelik yapılandırılmış bir süreçte biçimlenir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler doğru-dan etkileşim içindedir.

*Hastalık:* Kişisel durum değişimidir. "İnsan" sistemindeki yetersizliğin oluşması veya herhangi bir seviyesindeki bozuklukta başa çıkmada kullanılan herhangi bir savunma mekanizmasının işlevselliğini yitirmesiyle oluşur. Kişi, hastalığın ortaya çıkışında ve seyrinde etkin katılımcıdır.

*Hasta olma:* Üç soyut evreyi içerir.

1. Biyotıp hastalık boyutu
2. Psikolojik hastalık boyutu
3. Ökösosyal hastalık boyutu

Ortaya çıkan bulgular her üç boyutta da değerlendirmeye alınır.

*Hastalık rolü:* Hastalık rolü ile özel sorumluluk alanı ve bireye tanınan hakların birleşiminden oluşan bir alan tanımlanır.

Antonovsky'ye (1997) göre biyo-psiko-sosyal modelde hastalık ve sağlık önceden olduğu gibi biyotübün etkisi altındadır. Bunu modelin zayıf yönü olarak değerlendirir. Model hastalığa neden olan değişkenleri çeşitlendirse de (örneğin alta yatan ruhsal nedenleri sorgulamak gibi) bireysel ve tedavi odaklı olmaktan öteye geçemeyeceğini ve hastanın tedavi ve bakımında istenilen kalıcı iyileştirme olmayacağını söyler. Biyopsiko-sosyal modelde eleştirilen diğer bir nokta ise sağlık ve hastalık konusunda uzmanlaşan diğer meslek gruplarından çok doktorlar için ekstra bir rol tanımı getirmesidir. Bu da diğer sağlık personelinin sağlık alanındaki mesleki rol tanımlarını bulmalarını zorlaştırır. Sağlık ve hastalığıdaki psiko-sosyal koşullar sadece tıbbi sistemler dahilinde değerlendirilemez. Ayrıca Antonovsky, psikolojik ve sosyal bakış açısını genişletmenin yararlı olacağını söyleyerek tıp, psikoloji ve sosyal bilimlerin baskın patojenik yönelimlerinin yanlış olduğunu belirterek "hastalıkla" başa çıkma yerine sağlığın iyileştirilmesi ile yükseltilmesiyle, sağlık sisteminin desteklenebileceğini ileri sürer (Glanzinski 2007). Klinik-tedavide hem teori hem de uygulama, sağlığın korunması ve bireysel sorumluluk almaya yönelik tutumların önemini de beraberinde getirir. Bu yöne doğru atılacak ilk adım patagonezde olduğu gibi sağlığın geliştirilmesi ve korunmasındaki koşulların ve belirleyicilerin tanımlanmasıdır. Bu eleştirilerini takiben Antonovsky (1997), 1979'da "salutogenez" adını verdiği modeli açıklar.

## Salutogenez Modeli ve Sağlık-Hastalık Eksenini

Bir önceki anlayışta baskın olan hastalığın etiyojisi yerini sağlıklı olma ve sağlığın sürdürülmesine yönelik arayışlara bırakır. Artık sağlık, sağlığı yükselten yaşam biçimi, sağlığı sürdürmeye yönelik belirli davranış ve tutumların bir sonucu olarak tanımlanır. Antonovsky de modelinde sağlığı bireyin başa çıkma yeterliliği olarak değerlendirir, tam bir iyi olma durumundan ağır hasta olma eksenine doğru yöneldiğini vurgular. Bireyin bulunduğu durumu kavrama yeterliliği ve sonrasında oluşan bu durumda başa çıkmak için iç ve dış kaynakların kullanımını bütünlük duygusu olarak (sense of coherence) tanımlar. Durumu kavrama, kişinin içinde bulunduğu koşulları ve koşullarla mücadele için gerekli bireysel yeterliliklerini anlamlandırma sürecidir. Antonovsky, söz

konusu yeterlilikleri birbirleriyle kesin sınırlarla ayırmaz ve birbirlerini tamamlayan anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık olarak üç kavramda tanımlar (Antonovsky 1991, Antonovsky 1997).

Stres araştırmaları kapsamında, 1970'te Almanya'da Nazi kamplarında sağ kalanlar üzerinde yaptığı araştırmasında bu eski kamp sakinlerini kötü koşullara rağmen yaşamalarını sağlıklı sürdürebilme nedenini "başa çıkmada yeterlilik" kavramıyla açıklar. Bundan hareketle salutogenez konseptini geliştirir. Kişinin başa çıkma ve direnç gücünü, sağlığın temel faktörünü oluşturan "bütünlük duygusu" olarak tanımlar. Antonovsky burada bireyin yaşamla mücadelesini sürdürmede deneyimlediği (herhangi bir stresli bir durumla, vücudunun patojenle karşılaşması gibi) kendisine güç veren ve uyum sağlama-sına yardımcı olanın tutarlılık duygusu olduğunu vurgular. Bütünlük duygusu, yaşama isteği, yaşamdan keyif alma ve öğrenme isteğini kapsar. (Antonovsky 1997).

Modele göre sağlık hastalık ekseninde stresörlerin (strese neden olan faktörler) oluşturdukları gerilimle bireyin başa çıkma mekanizmalarını devreye sokması sonucunda ya hasta olmasına ya da söz konusu durumun ortadan kaldırılarak sağlıklı olmasına neden olur. Bu özelliği bütünlük duygusunun sağlık ve hastalık ekseninde toplumsal olarak biçimlendirilmiş yaşam koşullarının önemini artırır. Diğer yandan stresörler bireydeki mevcut kaynaklarla ilişkili olarak nötr bir işlev de görebilir. Mevcut gerilimle mücadele bireyde var olan genel direnç kaynaklarına ve bu kaynakların bu durumda kullanılıp kullanılmayacağına bağlıdır. "Genelleştirilmiş direnç kaynakları" (GDK) - sosyal destek, kültürel bir gruba ait olma ve benlik duygusu- bir geçmişe dayalı kültürel yapı olmaksızın düşünilmez. Kişide mevcut olan kaynakların başa çıkma stratejisi olarak kullanılıp kullanılmayacağına bütünlük duygusu karar vermesine karşın, bütünlük duygusu bir kişilik özelliği değildir. Bütünlük duygusu insan yaşamında yönlendirici bir etkidir. Bireyin mevcut yaşam koşulları, bir nevi stresörlerin türüne karar verici pozisyonda olması ile stroserlerle mücadelede hangi savunma mekanizmalarının kullanılacağı konusunda da belirleyici rolü üstlenir. Genelleştirilmiş direnç kaynakları ve direnç yoksunluğu bütünlük duygusunun önemli bileşenidir. Güçlü bir bütünlük duygusunun önemli bir parçası olan bireysel deneyimler ise yaşam koşullarının etkisi altındadır. Salutogenez modelinde uzun dönemli psikoterapi girişimleri dışında dıştan girişimlerle yaşam deneyimlerinde bir değişim gerçekleşmez. Antonovsky, modelinde bu durumu neredeyse imkânsız olarak niteler (Antonovsky 1997). Örneğin 1992-2003 yılları arasında yayınlanmış çalışmalarda (458 araştırma 13 doktora tezi) bireyin algılamış olduğu sağlık ile bütünlük duygusu arasında önemli ilişkinin varlığı saptanmıştır. Bu ilişki özellikle de psikolojik sağlık alanında belirgindir. Araştırmalarda bütünlük duygusunun sağlığın gelişimine önemli katkısına karşın sağlığın oluşumunu tek başına açıklamadığı sonucuna ulaşılmıştır (Eriksson ve Linström 2006). Başka araştırmalarda da bütünlük duygusu ile psikolojik sağlık arasında ilişkinin varlığı saptanmıştır (Bengel ve ark. 1998, Faltermaier 2000). Surtees ve arkadaşlarının (2003) yapmış olduğu prospektif (ileriye dönük) kohort çalışmasında güçlü bütünlük duygusunun kronik hastalıkların ortaya çıkma riskini azalttığını ortaya koyar. Buna karşın 50 araştırmanın incelendiği bir çalışmada bütünlük duygusunun psikolojik sağlıkla ilişkili olduğunu ama fiziksel sağlıkla herhangi bir bağlantısının olmadığı saptanmıştır (Fah 2000). Araştırma alanında yaşanan sıkıntının en önemli nedeni Antonovsky'nin modelde sağlığın tanımına açıklık getirememesinden kaynaklanır (Franke 1997). Sorun hastalık kavramındaki "hastalık" veya "hasta olma" arasındaki farklılaşmadır (Antonovsky 1991). Yapılan araştırmalarda

sadece hastalığa yönelik bir ilgi söz konusudur. Tanımlamadaki sağlıklı ile hasta olma arasındaki en ufak bir durum değişikliği, sağlığa yönelim duygusunun gelişmesini mümkün kılar. Antonovsky ne ölümlü ne de hastalığı dışlarken, modelde güçlü bir bütünlük duygusuna sahip bir bireyin hiçbir zaman hastalanmayacağından bahsetmez. Çok güçlü bir bütünlük duygusuna sahip bireylerin hastalığa yol açan stresörlerden uzak duracağını, hastalanma durumu ortaya çıkmışsa söz konusu hastalıkla mücadelede daha başarılı olduğu savında bulunur. Örneğin kanser hastasını metastazdan korumaz; ama, doğrudan nöroimmünolojik ve nöroendokrin sistem, bütünlük duygusu aracılığıyla etkilenime açık olduğundan kişinin fiziksel sağlığı desteklenmiş olur. Faltermaier (1994), sağlığın göstergesi olarak hastalıkların gösterilemeyeceğini vurgular. Böyle bir bakış açısında sağlık ve hastalık eksenini ihmal edileceğini; bunun da bütünlük duygusunu oluşturan bileşenlerin yadsınmasına neden olacağını belirtir ve bu konuyla ilgili araştırmaları eleştirir. Antonovsky (1997), sağlık davranışı ile bütünlük duygusu arasında bir ilişkinin varlığından bahsetmez. Sadece bütünlük duygusu güçlü olan bireylerin herhangi bir fiziksel veya psikolojik gerilime yol açan durum ve davranışlarla karşılaşmaktan kaçınarak bireysel iyi olma durumuna önem vereceğini vurgular. Model ne hastalığın engellenebilir olduğunu ne de sağlık davranışının nasıl oluştuğunu açıklar. Model önleyici yaklaşıma da uygun değildir. Buna karşın model bireyde hastalık durumundan bağımsız olarak sağlığın yükseltilmesine bir temel sunar. Kavramsal ayırmadan sonra ancak modelin sağlığı yükseltmedeki çalışma biçimi ve hedefleri ile model, tedavi ve rehabilite edici merkezler veya palyatif tedavi uygulamaları ile hemşirelik bakımının sunulduğu tüm alanlarda uygulamaya taşınabilir.

### **Salutogenez**

“Salus” ve “genesis” kelimelerinin bir araya gelmesinden oluşan salutogenez kelime olarak “sağlığın ortaya çıkışı” ya da “sağlığın kökeni” anlamına gelir (Wermke 2006). Antonovsky (1997) tarafından kullanıma sunulan salutogenez ile uluslararası konuşma diline kazandırılan kelime kullanımında patogenez teriminin tam tersi anlatılmak istenir. Modelle ilgili açıklamalarda oldukça sık kullanılan patogenez (pathogenese) Yunanca bir terimdir. Terim “pathos” (acı) ve “genesis” (köken) birleşiminden hastalığın ortaya çıkışı ve gelişimiyle ilgili tüm süreçler anlatılmak istenir. Bengel ve arkadaşları (2001) Tablo 3.’de görüldüğü gibi patogenez ve salutogenez arasındaki farkları özetlemiştir.

**Tablo 3. Patogenez ve salutogenez’deki temel varsayımlar**

<b>Varsayımlar</b>	<b>Patogenez</b>	<b>Salutogenez</b>
Sistemin kendi kendini düzenlemesi	Homeostazis	Heterostazis* ortadan kaldırılması
Sağlık ve hastalık kavramları	İkiye ayrılır	Süreç, eksen
Hastalık Kavramı	Hastalığın patolojisi, İndirgemeci bir yaklaşım	Bireyin iyileştirici kaynakları, Bütünlük duygusu
Stresörlerin etkisi	Hastalığı ortaya çıkarır	Hastalık ve sağlığı yükseltme
Girişim	Etkili önlemler Tıbbi tedavi	Aktif uyum, kaynakların geliştirilmesi ve risk azaltılması

\*Heterotazis dengesizlik, eşitsizlik anlamına gelir ve homeostazisin zıt anlamlısı olarak kullanılır.

Antonovsky geliştirmiş olduğu modeli, insanı geleneksel bir yaklaşımla sağlıklı veya hasta olarak değerlendirmesine karşın süreci çok boyutlu olarak sınıflandırır. Model

insan yaşamını, sağlık ve hastalık olarak iki eksenli değerlendirmesine karşın bu ikisi arasında farklı süreçlerin rol oynayabileceğine vurgu yapar. Burada söz konusu olan, insanın sağlıklı sayılabilmesi veya hastalık sürecinden kurtulup sağlık eksenine doğru yönelebilmesi için hangi faktörlerin etkili olabileceğidir. Bununla ilgili tüm açıklamalar, Antonovsky teorisinin bulgularını da oluşturan stres araştırma sonuçlarına dayanır.

Antonovsky'nin modelinde insanın günlük olaylarla başa çıkma stratejilerinin, onun sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu söyler. Antonovsky, bu olumsuz yaşamsal durumları, biyolojik (virüsler ve bakteriler), kimyasal (zehirli maddeler) ve psiko-sosyal etmenler (sevilen birinin kaybı veya iş yerinde veya bireyin çevresinden kendisiyle ilgili beklentilerin yüksek olması gibi) olarak üçe ayırır. Modelde tüm bu etmenler stresör olarak adlandırılır. Günlük yaşamda gerilim yaratan bu stresörler, bireyde belirli duyguların ortaya çıkmasında ve fiziksel reaksiyonlarda kendini gösterir. Bireyin stres yaratan duruma karşı geliştirdiği duygu spektrumu öfke ve kızgınlıktan sevince, yas sürecinden kabullenmeye kadar oldukça geniştir. Olaya tepki olarak ortaya çıkan duyguların sağlığa etkisi, gösterilecek olan reaksiyonla ilgilidir. Geliştirilecek olan stratejilerin çeşitliliği, deneyimlenen gerginlik ile daha kolay başa çıkılmasını sağlayarak sağlığı pozitif yönde etkiler: öfke yerine mizahın öncelenmesi, yas süreciyle başa çıkmada insanın içsel gücünü keşfetmesi veya kaygı durumlarında cesaretin kullanılması gibi...

Antonovsky (1991), insanın yaşamında stresörlerin vazgeçilmez bir yeri olduğunu söyler (bkz. tablo 4); stresörleri de gerekli uyum reaksiyonunun otomatik olarak devreye girmediği durumlar olarak tanımlar. Onun tanımlamasına göre, çoğunlukla organizmada bir gerileme yaşanır veya stres durumu ortaya çıkar. Stresörleri her bir kişi farklı değerlendirir. Örneğin bir kimse stresörü uygun ve beklenen bir durum olarak değerlendirirken, bir diğeri tehdit edici durum olarak algılayabilir. Bu nedenden dolayı stresörlerin hastalığa neden olan veya patolojik bir durum olarak tanımlanmaması gerekir. Salutogenezin değerlendirilmesinde stresörlerin kişi tarafından nasıl algılandığı durumu, doğal yaşam sürecinde sağlığı yükseltmeyi de etkiler. Kişinin söz konusu stresörü beklenen bir şey olarak algılayıp neden olduğu gerilimi süreç içinde azaltıp yok etmesi için almış olduğu önlemler önemlidir.

**Tablo 4. Stresörler**

Eksojen Stresörler	Duyusal/Psikolojik	Endojen Stresörler
Beklenti baskısı, iş yeri stresi, trafik, randevulara yetişme kaygısı, bireyin sosyal çevresinde yaşadığı agresyon veya tartışmalar... Doğa, hayvan veya başka bir insan tarafından tehdit edilme durumu... Oksijen, su ve besin eksikliği... Yaralanma...		Caydırıcı duygular Ağrı, endişe, korku Sıkıntı Açlık, susuzluk

### **Genel Direnç Kaynakları**

Genelleştirilmiş direnç kaynakları (GDK) Antonovsky (1997) tarafından modelin bilimsel teorisine eklenmiş olan bir kavramdır. Bu kavramı eklemesindeki amaç ortaya çıkmış bir stresörle kişinin mücadele etmesini engelleyici durumlar olarak açıkladığı genelleştirilmiş direnç eksikliğine (GDE) yönelik cevap arayışıdır. Genelleştirme (İng. generalised) çok farklı durumların etkisinin söz konusu olmasıdır. Genelleştirilmiş

direnç eksiklikleri iç ve dış kökenli olabilir. Endojen geliştirilmiş direnç eksikliğine örnek olarak psikolojik sıkıntılar ve içsel çatışmalar verilebilir. Eksojen geliştirilmiş direnç eksikliğine örnek olarak ise kazalar, çevre koşulları (ses ve hava kirliliği) kötü ekonomik ve sosyal koşullar sayılabilir. [8] Geliştirilmiş direnç kaynakları ile kişinin gerilimden kurtulmasını sağlayan, sağlığını koruyan ve yükselten etkenlerin tümü anlaşılır. Bunlar kişiyi aşırı gerilimden kurtararak yaşamında karşılaştığı stresörlerle başa çıkmasında yardımcıdır. Özetle oluşan gerilim veya stresörlerle mücadelede mevcut olan hangi geliştirilmiş direnç kaynağının kullanılacağı ve kullanılan kaynağın ne kadar yararlı olacağıyla ilişkilidir. Öncelikle belirli alanlarda gerilimleri ortadan kaldırmak için para, bilgi, kendine güven, sosyal destek ve belli bir kültüre ait olma gibi direnç kaynakları geliştirilir. Dışarıdan gelen bir uyarının bireysel değerlendirilmesi ve gerilimle başa çıkma durumundaki etkileyici faktör, bütünlük (tutarlılık) duygusunu ortaya çıkarır.

### ***Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu (Sense of Coherence)***

Geliştirilmiş direnç eksikliğinin çok farklı boyutlarda oluşu ve bu eksiklikle en iyi bir biçimde başa çıkmak için birleşik bir kavramlaştırma gerekliliği kişinin sağlık-hastalık eksenindeki durumunu ayırt edip ifade etmesini sağlayabilecek bir konsepti, yani “bütünlük duygusunu” zorunlu kılar. Antonovsky (1997) bütünlük duygusunu, bireyin hayata ve dünyaya yönelik bir nevi duruşu olarak açıklar. Sağlık sosyoloğu olarak insanların sağlık ve hastalık durumlarına etkisi muhtemel olan sosyal olaylardaki davranış, düşünce biçimleri ve bunlarla ilgili toplumsal bağlarla ilintisi, modelde kendini hissettirir. Kişinin yaşam oryantasyonu olarak ait olma duygusu üç bileşende tanımlanır. Bütünlük duygusunun üç bileşeninin anlaşılması için kendi kendine yardım gruplarıyla ilgili bir örnekte açıklanacaktır. Bilindiği üzere kendi kendine yardım grubu denildiğinde, genellikle belli bir tema etrafında birbirine (terapist veya terapist olmadan) istenilen bir konuda ortak gereksinimler ve benzer problemleri aşmada yardımcı olmak için düzenli olarak bir araya gelen bilgi ve deneyim alışverişi yapan gönüllüler akla gelir. Grupta hastalık, bağımlılık veya yas süreci gibi çok çeşitli temalar seçilebilir. Gruba katılan kişilerin yaşadıkları süreci uyum süreci ve uç boyut açısından değerlendirecek olursak;

### **Anlaşılabilirlik**

Anlaşılabilirlikte üst nokta, kişinin yaşadığı gerilimle ilgili yaşantısına uygun, açık ve biçimlendirilmiş bir şekilde stresörü deneyimleyip algıladığı andır. Kişi gösterdiği bu uyumla birlikte iç ve dış uyarının, yaşamın gidişine göre “beklenir” ve “açıklanabilir” olduğunu düşünür. Kişi, kanser hastalığıyla ilgili kendi kendine yardım grubuna katılmış birisi ise olgusal düzeyde yeni tedavi yöntemleri, hastalıkla ilgili veya tedavide kullanılan ilaçlarla ilgili son araştırma sonuçları, hastalığı ortaya çıkaran etmenler ve ilişkili faktörlerle ilgili bilgi arayışındadır. Bireysel nedenler çoğunlukla aynı hastalığı olan diğerlerinin hastalığın neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunlarla başa çıkmak için neler yaptıklarıyla ilgilidir.

### **Yönetilebilirlik**

Kişide uyarının ortaya çıkardığı durumla başa çıkabilecek yeterli iç ve dış kaynakların mevcut olduğu duygusudur. Böyle gönüllü gruba katılım, kişinin günlük yaşamında karşılaştığı problemlerle nasıl başa çıkacağıyla ilgili ipuçları ve pratik uygulamalar öğrenmesine yardımcı olacaktır. Kişi grupta öğrendiği şeyleri günlük yaşamına, daha önce

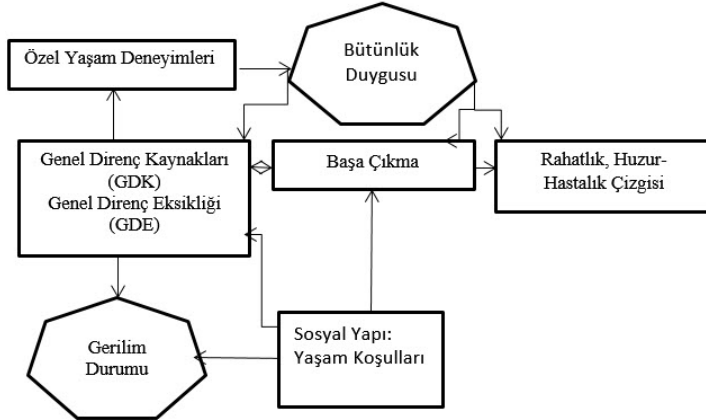


deneyimi olan birisinden öğrendiği için, kolayca aktarabilecektir. Diğer yandan kişi uzmanlardan öğrendiği, hastalığıyla ilgili bilgiler ışığında, hastalığını yeni tedavi yöntemleri ile tedavi ettirebilmek için farklı yöntemlere başvuracaktır.

### Anlamlılık

Bu bileşen ile insan, yaşadığı durumla ilgili bir anlamlandırma sürecine girerek kişisel olarak rahatsızlığıyla başa çıkma sürecine odaklanır. Bu gruplara devam eden kanser hastaları çoğunlukla hastalık öncesi günlük yaşamında meşgul olduğu şeylerden meslek, seyahat ve spor gibi uğraşlarından uzaklaşmıştır. Bu nedenlerle kendisini işe yaramaz olarak algılar. Bu gruba düzenli katılan kişinin günlük yaşamı yeniden bir entegrasyon sürecine girer; diğer grup üyelerinin bu süreçte yaşadıklarını öğrenerek, onların sağladığı destekle bu süreçte kendini iyi hisseder. Böylece hastalığının yaşamına getirmiş olduğu farklı durumlara uyumunu kolaylaştırır.

Anlaşılabilirlikte kişi uyarını algılamada ilk koşul olan “tutarlılığı” deneyimlerken, yönetilebilirlik duygusuyla “iyi bir yük dengesi” algılar. Bütünlük duygusu, burada stresli yaşam deneyimleriyle başa çıkmayı başka bir ifadeyle kişinin bu stresörleri zor veya kolay bulmasıyla ilgili dengeli oluşturmasında sosyal kabul gören aktivitelerin yardımıyla geliştirilmiş direnç kaynaklarının kullanımını bir nevi olası kılmasıdır. Bu süreç aynı zamanda bütünlük duygusunu bireyin hangi tarafa (sağlık-hastalık) eğilim gösterdiğini açıklar. Kişi kendi bütünlük duygusuna uygun bir deneyim yaşamışsa sağlığa yönelme olasılığı yüksektir. Kişiyi özgü geliştirilmiş direnç kaynaklarına sahip olmasında karar verici unsur, kişinin bulunduğu ortamın sosyal, toplumsal ve tarihsel yaşam koşullarıyla sıkı bir ilişki içinde olmasındadır (Şekil 1) (Antonovsky 1991, 1997, 1997).



Şekil 1. Salutogenez modeli

Modelde yer alan geliştirilmiş direnç kaynaklarından yaşam deneyimlerine ulaşarak, bütünlük duygusu geliştirilip desteklenirken, “geliştirilmiş direnç eksikliğinde” zayıf bir bütünlük (tutarlılık) duygusu ortaya çıkabilir. Güçlü bütünlük duygusu için ön koşul, stresörün oluşturduğu gerilime yönelik uygun geliştirilmiş direnç kaynaklarının aktive edilmesidir. Bu durum kişinin sağlığını olumlu olarak etkileyerek sağlık ve hastalık ekseninde, bütünlük duygusu, kişinin yaşamını hem bireysel sağlık davranışları-

nı açıklayabileceği gibi hem de organizmayı doğrudan fizyolojik etkileyerek kişinin sağlıklı veya hastalıklı olma durumunda belirleyici rolü üstlenebilir. Bir yetişkinin otuz yaşından itibaren kişilik gelişimini tamamladığını varsayan Antonovsky, söz konusu zaman dilimine kadar yaşamda edinilmiş deneyimlerin sonradan yaşanacak sosyal deneyimlerin algılanmasında etkili olduğunu belirtir ve bu durumun bütünlük duygusuna etkisinden söz eder. Burada otuz yaşına ulaşan kişide, bütünlük duygusunun değiştirilip değiştirilemeyeceği hâlen tartışma konusu olup, günümüze kadar tam açıklanabilmiş değildir (Nengel ve ark. 2001).

Bütünlük duygusunun dıştan etki nedeniyle değişimiyle ilgili çalışmalar oldukça azdır. Sandell ve arkadaşlarının (1999), uzun dönemli psikoterapi ve psikoanaliz salutogenez üzerinde etkilerini araştırdıkları araştırmalarında, katılımcıların üç yıl haftada bir saat boyunca aldıkları psikoterapiye rağmen bütünlük duygusunun aynı kaldığını bulmuşlardır. Buna karşın çalışmaya katılanlar arasında haftada dört saat psikoanaliz oturumlarına katılanlarda bütünlük duygusunda pozitif bir gelişme, iyileşme saptanmıştır. Bu bulgular, psikoterapinin yoğun ve uzun dönemli uygulanmasında bütünlük duygusunun kalıcı ve güçlü bir biçimde değiştirilebileceğini göstermektedir (Fäh 2000).

## **Bütünlük (Tutarlılık) Ölçeği (Sense of Coherence Scale)**

Antonovsky (1987), bütünlük duygusunun insanlardaki şekillenişini saptamak için bir ölçme aracı geliştirmiştir. Bütünlük Duygusu Ölçeği ile yukarıda anılan araştırmalardan yola çıkarak 51 kişiye, yaşama karşı tutumlarıyla ilgili bir sormaca verilmiştir. Bu araştırma ile katılımcıların ruhsal tutumlarının ortaya konulması amaçlanmıştır. Araştırmaya katılanlar yoğun bir stres altında yaşamlarını sürdürmelerine karşın karşılaştıkları sorunlarla mücadelede oldukça başarılı olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların ifadelerinden yola çıkılarak geliştirilen ölçme aracı 29 maddeden oluşan 1 ile 7 arasında puanlandırmaya dayalı, kendi kendini değerlendirme (özdeğerlendirme) ölçeğidir. Üç faktörlü yapısıyla ölçek (anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık) kültürlerarası uygulanabilir özelliğe sahiptir. Ölçek, yetişkinler için geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Ölçekteki en iyi sonuç ortalama bir puana erişimle sağlanır. Ölçekte en yüksek puana erişilmesi, söz konusu katılımcının yaşamında gerçekleşen tüm olayların öngörülebilir olduğu ve bu nedenle gerçeğe uyumun oldukça az olduğu anlamına gelir (Köppel 2010).

Ölçeğin kullanıldığı çeşitli çalışmalarda bütünlük duygusu, psikolojik ve fiziksel sağlık değişkenleri ve kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı ortaya çıkmıştır (Singer ve ark. 2001, Nguyen-Michel ve ark. 2006, Edwards 2006). Ayrıca araştırma sonuçları, bütünlük duygusu ile psikolojik sağlık arasında doğrudan ilişkinin varlığına işaret etmektedir. Kişinin kendini iyi hissetmesi, yaşamdan memnuniyeti (psikolojik sağlık göstergeleri) ile güçlü bir bütünlük duygusu arasındaki ilişkinin varlığı saptanmıştır (Lorenz ve ark. 2005). Kaygı, korku, depresyon ve bütünlük duygusu arasında negatif bir ilişkinin varlığını gösteren araştırmalar da mevcuttur (Eriksson ve ark. 2007). Bütünlük duygusu ölçeği kullanılarak yapılan araştırmalarda fiziksel sağlık ile açık bir ilişki ortaya konamamıştır. Hatta birkaç araştırma sonucuna göre bütünlük duygusu ile fiziksel sağlık arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı yönünde bulgulara rastlanmıştır (Bengel ve ark. 2001).

Eriksson ve Lindström (2006) (458 araştırma ve 13 doktora tezini inceledikleri sistematik analizlerinde bütünlük (tutarlılık) ölçeğinin Türkçenin de içinde yer aldığı 33 dile çevrildiğini belirlemişlerdir. En sık kullanılan (Ek 1) 1 ile 7 kısa form, 1 ile 7 ara-

sında puanlanan toplam 13 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme (özdeğerlendirme) ölçeğidir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Scherler ve Lajunen (1997) tarafından yapılmıştır (Ek 1). Scherler ve Lajunen'in yaptıkları kültürlerarası çalışmada 152 Türk üniversite öğrencisi üzerinde ölçeğin doğrulayıcı faktör analiz çalışmasında ölçeğin üç faktörlü bir yapıya (anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık) sahip olduğunu rapor etmektedir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında, ölçeğin iç tutarlılık katsayılarının, anlaşılabilirlik için .57, yönetilebilirlik için .54, anlamlılık için .62 ve tüm ölçek için .69 olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise her bir alt ölçek için iç tutarlılık katsayılarının anlaşılabilirlik için .60, yönetilebilirlik için .57 ve anlamlılık için .67 olduğu saptanmıştır. Tüm ölçek için tutarlılık katsayısı .80 olarak hesaplanmıştır. Ölçek alt ölçek puanlarını kullanmanın yanı sıra toplam puan alınmasına izin vermektedir. Ölçekten alınacak yüksek puanlar bireyin bütünlük duygusu algısının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Türkiye'de ölçeğin Türkçeye uyarlanan formunun hemşirelik alanında kullanıldığı bir araştırmaya rastlanamamıştır.

## Modelin Uygulamada Kullanımı

Salutogenez modelinin uygulamada kullanımı tartışılırken akla ilk gelecek sorulardan biri, kişide bütünlük duygusunun (sense of coherence) eksikliği saptandığında, dıştan etkiyle güçlendirilip güçlendirilemeyeceğidir (Antonovsky 1997). Antonovsky, oldukça kafa karıştırıcı da olsa kişide zayıf bir bütünlük duygusunun dıştan gelen bir müdahaleyle yükseltilemeyeceğini, aynı şekilde yüksek bütünlük duygusuna sahip kişilerin de yardıma ihtiyacı olmayacağını söyler. Buna karşın modelin "sağlık nereden gelir veya nasıl oluşur?" sorularına cevap arayışında olması ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlığın yükseltme konseptleriyle uyuşması, salutogenez oldukça popüler yaparak geçerli kılmıştır. Kuzey ve Doğu Avrupa, Kuzey Amerika, Yeni Zelanda ve Avustralya gibi pek çok ülkede sağlıkla ilgili mesleklerde geçerli ve kullanılan bir model olma özelliği de söz konusudur. Lindström ve Eriksson (2006) salutogenez ile ilgili son 25 yıllık araştırmaları gözden geçirdikleri çalışmalarında, modelin sağlığı geliştirmede teorik olarak iyi bir alt yapı oluşturduğu sonucuna varmışlardır. Model, sağlığın iyileştirilmesinin hedeflendiği tüm uygulama alanlarındaki meslek grupları için uygulanabilir. Rehber yönelim için kişilerdeki bütünlük duygusunun biçimlendirilmesi çalışmalarında yaşam koşullarının düzenlenmesi, yaşamsal deneyimlerin ve kabul görmüş toplumsal etkinliklerin artırılması öngörülmüştür.

Modele göre bütünlük duygusu ile sağlığın iyileştirilmesi yükseltilmesi temel yaklaşımdır. Bütünlük duygusunun oluşumu üç bileşenden oluşan bireysel yaşamda edinilen deneyimlerle ilişkilidir. Mücadele deneyimi anlaşılabilirlik bileşenini geliştirir. Burada anlaşılabilirlik bileşeni ile kişinin yaşamında karşılaştığı her şeyi (stresörlerin hepsini) olduğu gibi kabul etmesi ifade edilmez. Söz konusu gerilimle ilgili yeterli kaynakların varlığı yanı sıra deneyim, yönetilebilirlik birleşenini güçlendirir. Kişi, bireysel kaynaklardan gelen güç ve destekle durumu yönetebilme için mücadele alanı oluşturur. Bileşen de yer alan katılım kavramı ile sadece olay üzerine kontrolün sağlanması değil de olayla ilgili kararın kişinin yaşamını ve toplumda kabulünü etkilediğinden karar verme sürecinde etkin olması anlatılır.

Bütünlük duygusunun tüm bileşenleri birbirleriyle bağlantılıdır. Ama Antonovsky'ye göre anlamlılık bileşeni, dinamik kökeninden dolayı bütünlük duygusunun gelişiminde belirleyicidir. Bu nedenle sosyal kabul gören aktivitelere katılım, bütünlük

duygusunun yükseltilmesinde önceliği oluşturur. Bu durum sağlığın geliştirilmesinde birlikte biçimlendirme ve önemli kararlara kişinin katılımın sağlanması gibi önemli bir ilkeyi beraberinde getirir. Bu ilke, dünya sağlık örgütü ve sağlığı geliştirme ile ilgili yapılmış yayınlarda yer alan yaklaşımla benzerlik gösterir. Katılımcı bir yaklaşım, merkezi bir ilke çerçevesinde değerlendirilir. Modelde anlaşılabilirlik ve yönetilebilirliğin ön koşulu olmasından dolayı güç ilkesi, arzu edilen yaşam deneyimlerinin oluşması için uğrunda mücadele edilmesi gereken bir olgu olarak öne çıkar. Bundan dolayı sağlığı geliştirmek için sürekli yeni projelerin ortaya konup uygulanmasını gerektirmez. Beklenen oluşturulan her bir proje için devamlılık ve bu sürekliliği sağlayacak güvenilir yapıların oluşturulmasıdır (Antonovsky 1997).

## Salutogenez Modeli ve Psikiyatri Hemşireliği

Antonovsky tarafından geliştirilmiş salutogenez modeli, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği (RSPH) uygulama alanlarında dünyanın birçok ülkesinde kullanılmıştır (Ward ve ark. 2014). Bunun nedenlerinden birisi modelin temel prensibiyle RPHS'nin mesleki amacının örtüşmesidir. RSPH'nin mesleki tanımında, "ruh sağlığını korumak ve sürdürmek, ruhsal hastalıkları ve muhtemel rahatsızlıkları önlemek, kişiyi karşılaştığı rahatsızlıklar ile baş etme becerilerini yeniden kazanabilme konusunda desteklemek ile toplum ruh sağlığının korunması" öne çıkar unsurlardır (Pektetin 1992, Tanış 1996). Tanımdan da anlaşılacağı gibi model, RSPH'nin birçok uygulama alanı için kullanmaya elverişlidir. Modelin RSPH'de kullanımını uygun kılan diğer bir özellik ise sağlığa getirmiş olduğu yeni bakış açısıyla ilişkilidir. Sağlık, hastalıkların etiolojisi veya sayısı olarak tanımlanmaz. Model, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesini ön plana çıkararak, kişide oluşan herhangi bir gerginlik durumunda bireysel ve çevresel kaynakların kullanılarak çözüme ulaşılması gerektiği söyler. RSPH bu noktada bireyi desteklemekte bireysel kaynakları değerlendirme ve hangisinin daha kullanıma elverişli olduğu konusunda karar verme ve kişiyi muhtemel girişim ile ilgili alınacak kararlara ortak etme bakımından oldukça elverişli bir konumda yer alır.

Modelin açıklanmasından bu yana geçen zaman diliminde, söz konusu model, ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesiyle ilgili birçok araştırmada kullanılmıştır. Langeland ve arkadaşları (2007) salutogenez modelini ve bütünlük duygusunu, ruh sağlığı problemi olan kişilerde başa çıkma davranışlarının güçlendirilmesiyle ilgili bir müdahale araştırmasında değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılanlar ile 16 grup görüşmesi gerçekleştirmişler. Bu grup görüşmeleri kişinin öz yaşam öyküsü, sağlığı yükseltmedeki bireysel faktörler (salutogenez), deneyimlenen gerilimi anlama ve aktif uyum gibi kavramlar dikkate alınarak yapılandırılmış. Aralarda ev ödevlerine yer verilmiştir. Araştırma sonucunda, modelin ruh sağlığı problemi olan kişilerde başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesinde rehber olarak kullanılabilir olduğu bulunmuştur. Tsuno ve Yamazaki (2012), kırsal ve kentsel bölgelerde yaşayanların sağlık durumunu algılama, bütünlük duygusu ve başa çıkma mekanizmalarının kullanımı açısından fark olup olmadığını araştırmışlardır. Araştırma sonucunda kırsal ve kentsel bölgelerde kişiler arasında, yaşanan yere özgü psikososyal kaynakların hem güçlü bütünlük duygusu oluşumunda hem de iyi bir ruh sağlığı açısından önemli olduğunu saptamışlardır. Sonuç önerisi olarak sağlığı koruma ve geliştirmeye ilgili stratejilerde yerel özelliklerin dikkate alınması gerektiği sonucuna varılmıştır. Toplum ruh sağlığı hemşiresi, toplum ruh sağlığı merkezlerinde ruhsal sorunları olan kişilerin topluma yeniden entegre edilmesinde, söz

konusu bu yerel özellikleri dikkate alan rehber geliştirmek, kuşkusuz yararlı olacaktır. 1979-2011 yılları arasında 65 yaş üstü kişilerde sağlığı algılama ve salutogenez modelinin kullanıldığı çalışmaları inceleyen bir sistematik analizde; genelleştirilmiş direnç kaynaklarını değerlendirebilen ve gereksinim halinde kullanabilen kişilerin bütünlük duygusu ve yaşam kalitesinin iyi olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularına göre bu kişiler ayrıca kendilerini çok daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir (Tan 2014). Aynı şekilde Bengel ve arkadaşları (2001) yaşla birlikte bütünlük duygusunun güçlendiğini sistematik incelemelerinde saptamışlarsa da konuyla ilgili uzun dönemli araştırmalara gereksinim duyulduğunu ifade etmişlerdir. Türkiye’de RSPH’nın bir alt alanı olarak, henüz emekleme aşamasında olan geronto-psikiyatri hemşireliğinde modelin uygulama alanı vardır. Ancak bunun için alanda yapılacak araştırmalar ile alan çalışanlarının gelecekte iyi bir rehber (bireyin sağlığını yükseltme ve koruma anlamında) kavuşmaları doğrultusunda iyi bir yönlendirme olarak düşünülebilir.

Miyata ve arkadaşları (2015) yönetici hemşirelerin, hemşire davranışlarını tanımlama ve bütünlük duygusu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırma sonucunda yönetici hemşirelerin çalışma arkadaşlarının ruhsal durumunu tanımlayan davranışlarını anlayabildiklerinden, iş memnuniyetinin arttığını, bütünlük duygusunun güçlendiğini ve ruh sağlığının da bundan olumlu etkilendiğini bulmuşlardır. Johnson (1997) RSPH’liğinin iki ana alanda oluştuğunu ifade eder. Ruh sağlığı hemşireliği, ruhsal rahatsızlık ve hastalıkların oluşumunu önlemeye ve ruh sağlığını yükseltmeye yönelik girişimleri; psikiyatri hemşireliği kısmı ise daha çok psikolojik hastalıkların tedavi ve bakımına yoğunlaşır. Ruh sağlığı yönünden riskli gruplarda salutogenezle ilgili araştırmalar mevcuttur. Örneğin Shor ve arkadaşları (2015) göğüs kanseri olan kadınların eşlerinde yaşam kalitesi ve bütünlük duygusu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmada hastalık ve tedavi özelliklerinin eşlerin yaşam kalitesini etkilemediği saptanırken, yüksek bütünlük duygusu olan kişilerde yaşam kalitesinin de yüksek olduğu saptanmıştır. Yine Tayland’da şizofreni hastalarının aileleriyle yapılan bir araştırmada, aile işlevselliğinin bütünlük duygusu yüksek olan aile üyelerinde daha iyi olduğu bulunmuştur. Araştırmalar şizofreni hastası olan bir kişinin topluma yeniden kazandırılması sürecinde ailede bakımı üstlenen kişinin aile işlevselliğinin etkilendiğini belirlemiştir. Sonuçta bütünlük duygusunu yükseltici terapötik girişimlerin yararlı olabileceği önerilmiştir (Hsiao ve Tsai 2015). Yine ailede şizofreni hastasının bakımını üstlenen 34 kişi ile yapılan araştırmada 50, 60 ve 70 yaşlarda olanların bütünlük duygusu ile birlikte yaşam kalitesi ölçeğinden de yüksek puan almış oldukları bulunmuştur. Katılımcılarda ayrıca bütünlük duygusu ile hastalığın süresi ve kişilerin eğitim seviyesi arasında ilişki saptanmıştır (Mizuno ve ark. 2012).

Psikolojik sorunları olan kişiler ile yapılan, psikiyatrik ve psikososyal faktörleri etkileyen ve 12 ay süren yapılandırılmış bir program yardımıyla yaşam biçimlerinin değiştirilmesine yönelik bir araştırmada, fiziksel aktivitelerle yaşam kalitesi, psikiyatrik belirtiler ve bütünlük duygusu arasında herhangi bir farklılığın olup olmadığına bakılmıştır. Yaşam biçimini değiştirmeye yönelik hazırlanmış programdaki yapılandırılmış aktivitelerin psikiyatrik sorunlu kişileri sosyal yaşama katılmada isteklendirdiği ve bütünlük duygusunun yükselmesine neden olduğu bulunmuştur (Forsberg ve ark. 2010). Sürekliliği olan programlar vasıtasıyla bütünlük duygusu değişimi sağlanarak olumlu yönde güçlendirilebilmektedir.

Antonovsky bütünlük modelinin uygulamalarda kullanımıyla ilgili üç uyarıdan söz

etmiştir. (Blattner 2007).

1. Sağlık alanında çalışanlarda bütünlük duygusu, geçici bir süreliğine iritasyona uğrayıp kriz durumlarıyla karşılaştıkları görülmür. Bu evrelerde hasta ile ilk karşılaşmalarda bir orta noktanın belirlenmesi yararlı olacaktır. Belirlenmiş bir orta nokta, bütünlük duygusu tekrar normale dönene kadar kişide herhangi bir zarar oluşturmadan kişiyi destekler. Antonovsky (1991) kriz durumlarında yapılandırılmış görüşme tekniklerinin az da olsa sürekli kazanımlara dönüştürülebilir olduğunu ifade eder. RSPH'nın mesleki ilkelerinde bireye terapötik yaklaşım önemli yer aldığından, kişilerde bütünlük duygusu normale dönene kadar uygulanan yaklaşım biçimi kabul görür.
2. Antonovsky terapötik yaklaşımları dışlamaz. Ona göre terapiler belirli bir süre devam edip, düzenli uygulandığında kişinin deneyimlenmekte olduğu soruna yönelik değişim getireceğinden, yaşanan gerginlik durumunda gevşeme sağlayacaktır. RSPH'da alt alan olarak tanımlanan konsültasyon ve liyezon, psikiyatri hemşiresinin görev alanına dahil olur. Disiplinlerarası bir anlayış çerçevesinde modele göre planlanıp yapılandırılmış eğitim programını tüm taraflar için uygulamaya koyabilir. Bu değişim kendi başına kişinin deneyimlerinin yeniden yorumlanması anlamına gelmez. Aksine bu uygulamalar aracılığıyla kişinin kendi yaşam alanı içerisinde kendisine sunulan bir araçla farklı yaşam deneyimi ortaya çıkartmasını olası kılar. Bu durum psikoterapi, öğrenci danışmanlığı, kadın danışmanlık kurumları ve sokak çalışmaları gibi çok farklı alanlarda psikososyal girişimler için hedefleri oluşturur. Güçlendirme kavramı /Empowerment) gerekli profesyonel tutum ve amaç olarak tanımlanır.
3. Yaşamları uzun dönemli olarak kontrol altına alınan kişiler ile ilgili olarak Antonovsky derin ve kesin bir değişimden söz eder. Bu keskin ve derin değişimlerin yaşandığı yerler olarak yaşlı bakım evleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, hapisaneler ve kısmi de olsa tedavi ve bakım kurumları olan hastanelerdeki servislerdir. Yapısal olarak bu tür kuruluşlar sosyal kabul gören aktivitelere katılımın pek olası olmayacağı yerlerdir. Kişi zarar görmemesi için bulunduğu kuruma göre bütünlük duygusunu yeniden yapılandırmaya gider. Çalışanlar (örneğin hastane personeli) için de hastane klinik ve eğitim kurumlarında karar süreçlerine katılım fırsatı yaratılarak, çalışanların bütünlük duygusu güçlendirilebilir. Bu ve benzeri yerler gibi böyle bir süreci olası kılarak yapılandırılan sağlığı yükseltmeyle ilgili nitelikli ve eğitilmiş bir bireyin üstleneceği görev olarak tanımlanır.

Modelin RSPH'de uygulama alanına taşınabilir olduğu, yapısındaki eksikliklere rağmen yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Türkiye'de RSPH alanında modelin kullanımıyla ilgili bir çalışma mevcut değildir. Bu nedenle modelin uygulama alanına uygun olup olmadığı ile ilgili değerlendirme yapılamaz. Bu değerlendirme için çalışmalara gereksinim vardır.

## Sonuç

Hastalık ve sağlık devamlı etkileşim halinde olan zıt kutuplardır. Hastalığı giderici ve sağlığı geliştirici bir tutum olan salutogenez ilkesi benimsenip, uygun davranış özellikleri sergilendiğinde sağlığı geliştirmek ve sürdürmek ile hastalıklarla mücadele daha etkili ve anlamlı olacaktır (Koptagel İlal 1997). Modelde yer alan bütünlük duygusunun

yapısında dıştan girişimlerle değişimlerin oluşturulmasıyla ilgili yapılan deneysel araştırmalarda bilimsel ve metodik olarak herhangi bir yaklaşım ortaya konulamamıştır. Buna karşın sağlık ve hastalık tanımına yeni bir bakış açısı getirmesi, kişinin sağlığını koruma ve geliştirmesine vurgu yaptığı için model, uygulama alanında her geçen gün ilgi görmektedir. Model yapısındaki eksikliklere rağmen sağlığa getirmiş olduğu bu bakış açısıyla dünyanın birçok ülkesinde çeşitli alanlarda olduğu gibi ruh sağlığı ve psikiyatrik hemşirelik alanında da kullanılmıştır. Türkiye’de söz konusu alanda modelin kullanıldığı bir araştırmaya rastlanamamıştır. Salutogenez modelinin Türkiye’deki RSPH’nın uygulama alanlarında pratiğe taşınabilirliğinin test edilmesi için bu konuda yapılacak araştırmalara gereksinim vardır.

## Kaynaklar

- Antonovsky A (1987) *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, Jossey-Bass .
- Antonovsky A (1991) Meine odyssee als stressforscher. In *Rationierung der Medizin*. Hamburg, Argument-Sonderband.
- Antonovsky A (1997) *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen, Dgvt.
- Bahar Z, Açı D (2014) Sağlığı geliştirme modeli: kavramdaş yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7:59-67.
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (1998) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (2001) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmacher und Hildegard Willmann im Auftrag der BzGA. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA).
- Blattner B (2007) Das model salutogenез. eine leitorientierung für die berufliche praxis. *Prä Gesundheits*, 2:67-73.
- Çenesiz E, Atak N (2007) Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni*, 6:427-434.
- Edwards S (2006) Physical exercise and psychological well-being. *S Afr J Psychol*, 36:357-373.
- Egger JW (2005) Das biopsychosoziale krankheitsmodell: grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2):3-12.
- Eriksson A, Lindström B (2006) Antonovsky’s sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 60:376–381.
- Eriksson M, Lindström B, Lilja J (2007) A sense of coherence and health: salutogenesis in a societal context: Aland, a special case? *J Epidemiol Community Health*, 61:684-688.
- Fäh T (2000) Verbessert psychotherapie die moral? inwiefern können grundlegende gesundheitsrelevante lebensbewältigungseinstellungen durch psychologische Interventionen erworben bzw. verbessert werden? In *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines Gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (Ed H Wydler, P Kolip, T Abel):149-160. Weinheim München, Beltz Juventa.
- Faltermaier T (1994) *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim, Beltz.
- Faltermaier T (2009) Die salutogenese als forschungsprogramm und praxisperspektive. anmerkungen zu stand, problemen und entwicklungschancen. In *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines Gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (Eds H Wydler, P Kolip, T Abel): 185-196. Weinheim München, Beltz Juventa.
- Forsberg KA, Bjorkman T, Sandman PO, Sandlund M (2010) Influence of a lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability: a cluster randomised controlled trail on symptoms, quality of life and sense of coherence. *J Clin Nurs*, 19:1519-1528.
- Franke A (1997) Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzeptes. In *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Ed A Antonovsky):169-190. Tübingen, Dgvt.
- Glazinski R (2007) Social-medical significance of the concept of salutogenesis in neurology and psychiatry. *Gesundheitswesen*, 69:134-136.
- Güner P, Pehlivan T (2016) Psikiyatri hemşireliğinin kuramsal çerçevesi-I. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7:50-54.
- Hauser J (2004) *Vom Sinn des Leidens: Die Bedeutung systemtheoretischer existenzphilosophischer und religiös spiritueller Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis*. Würzburg, Königshausen und Neumann.

- Hsiao CY, Tsai YF (2015) Factors of caregivers burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia. *J Clin Nurs*, 24:1546-1556.
- Johnson BS (1997) *Psychiatric Mental Health Nursing Adaptation and Growth*, 4th ed. Philadelphia, Lippincott.
- Koptagel İlal G (1997) Sağlık oluşumu (salutogenez) ve tutarlılık duygusu. *Türk Psikiyatri Derg*, 8:183-189.
- Köppel M (2010) *Salutogenese und Soziale Arbeit*. Lage, Jacobs Verlag.
- Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Hanestad BR (2007) Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. *Issues Ment Health Nurs*, 28:275-295.
- Lenhardt U, Rosenbrock R (2004) Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben und Behörden. In *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (Eds K Hurrelmann, T Klotz, J Haisch):293-303. Bern, Huber.
- Lorenz R (2005) *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München, Ernst Reinhardt Verlag.
- Miyata C, Arai H, Suga S (2015) Characteristics of the nurse manager's recognition behavior and its relation to sense of coherence of staff nurses in Japan. *Collegian*, 22:9-17.
- Mizuno E, Iwasaki M, Sakai I, Kamizawa N (2012) Sense of coherence and quality of life in family caregivers of persons with schizophrenia living in the community. *Arch Psychiatr Nurs*, 26:295-306.
- Nguyen-Michel ST, Unger JB, Hamilton J, Spruijt-Metz D (2006) Associations between physical activity and perceived stress/hassles in college students. *Stress Health*, 23:331-341.
- Pektekin Ç (1992) *Psikiyatri Hemşireliği*. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Pender NJ (1987) *Health Promotion in Nursing Practice*, 3rd edition. Connecticut, Appleton & Lange.
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Schubert J, Carlsson J, Broberg J (1999) As time goes by: long-term outcomes of psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Forum der Psychoanalyse*, 15:327-347.
- Scherler RH, Lajunen TA (1997) Comparison of Finnish and Turkish university students on the short form of the sense of coherence scale. *Fifth Congress of European Psychology*, 6-11 July 1997, Dublin, Ireland.
- Schulte D (1998) Psychische gesundheit, psychische krankheit, psychische störung. In *Lehrbuch Klinische Psychologie Psychotherapie* (Eds U Baumann, M Perrez): 231-240. Bern, Huber.
- Shor V, Grinstein-Cohen O, Reinshtein J, Liberman O, Delbar V (2015) Health-related quality of life and sense of coherence among partners of women with breast cancer in Israel. *Eur J Oncol Nurs*, 19:18-22.
- Singer RN, Hausenblas HA, Janelle CM (2001) *Handbook of Sports Psychology*, 2nd edition. New York, Wiley.
- Surtees P, Wainwright N, Luben R et al (2003) Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Epidemiol*, 158:1202-1209.
- Tan KK Vehiläinen-Julkunen K, Chan SW (2014) Integrative review: salutogenesis and health in older people over 65 years old. *J Adv Nurs*, 70:497-510.
- Tanıç Y (1996) *Psikiyatri hemşireliğinin uluslararası boyutlarda incelenmesi* (Doktora tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Topkaya Ö (2016) Sosyal politika bağlamında dünyada sağlık politikalarının tarihsel gelişimi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2:707-722.
- Tsuno YS, Yamazaki Y (2012) Relationships among sense of coherence, resources, and mental health in urban and rural residents in Japan. *BMC Public Health*, 12:1107.
- Ward M, Schulz M, Bruland D, Lohr M (2014) A systematic of Antonovsky's sense of coherence scale and its use in studies among nurses: implications for psychiatric and mental nursing. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2):61-71.
- Wermke M (2006) *Duden: Die Deutsche Rechtschreibung*. Berlin, Dudenverlag.

---

**Beyhan Bag**, Giessen, Almanya.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Beyhan Bag, Giessen, Germany. E-mail: beyhanbag@yahoo.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. · No conflict of interest is declared related to this article.

**Geliş tarihi/Submission date:** 24 Ağustos/August 24, 2016 · **Kabul Tarihi/Accepted:** 20 Eylül/September 20, 2016

---



## Ek 1

### Bütünlük (Tutarlılık) Ölçeği

Aşağıda hayatınızın belirli alanlarına ilişkin sorular sıralanmıştır. Soruların seçeneklerindeki 1 ve 7 rakamları cevabın uç noktalarını belirlemektedir. Cevabınızı, duygunuzu en iyi belirten rakamı daire içine alarak belirtiniz

1. Çevrenizle olup bitenle ilgilenmediğiniz duygusunu taşıyor musunuz?  
1 2 3 4 5 6 7  
Çok nadiren veya hiçbir zaman Çok sık
2. Geçmişte, iyi tanıdığınız insanların davranışlarına şaşırduğunuz oldu mu?  
1 2 3 4 5 6 7  
Çok nadiren veya hiçbir zaman olmadı. Hep oldu
3. Güvendiğiniz insanların sizi hayal kırıklığına uğrattığı oldu mu?  
1 2 3 4 5 6 7  
Çok nadiren veya hiçbir zaman olmadı. Hep oldu
4. Şimdiye kadar hayatınızın Belirgin hedefleri, amacı olmadı Belirgin hedefleri, amacı oldu  
1 2 3 4 5 6 7
5. Haksızlığa uğradığınız duygusunu taşıyor musunuz?  
1 2 3 4 5 6 7  
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman
6. Alışık olmadığınız bir durumda, ne yapacağınızı bilmeme duygusunu taşıyor musunuz?  
1 2 3 4 5 6 7  
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman
7. Her gün yaptığınız işleri yapmak  
1 2 3 4 5 6 7  
Derin bir zevk ve tatmin kaynağı Acı ve sıkıntı kaynağı
8. Çok karmaşık duygularınız ve fikirleriniz var mı?  
1 2 3 4 5 6 7  
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman
9. Hissetmemeyi tercih ettiğiniz duygulara sahip olduğunuz olur mu?  
1 2 3 4 5 6 7  
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman
10. Birçok insan kuvvetli karakterli olsalar bile, bazen belli durumlarda başarısızlık hissi duyarlar. Geçmişte siz ne sıklıkla böyle hissettiniz?  
1 2 3 4 5 6 7  
Hiçbir zaman Çok sık
11. Bir şey olduğunda genelde  
1 2 3 4 5 6 7  
Önemini abarttığınızı veya küçümsediğinizi hissedersiniz Olaylara gereken önemi atfedersiniz
12. Gündelik olaylarda yaptığınız şeylerin nispeten anlamsız olduğunu ne sıklıkla hissedersiniz?  
1 2 3 4 5 6 7  
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman
13. Ne sıklıkla kontrol edebileceğiniz duygularınız olur?  
1 2 3 4 5 6 7  
Çok sık Pek nadiren veya hiçbir zaman