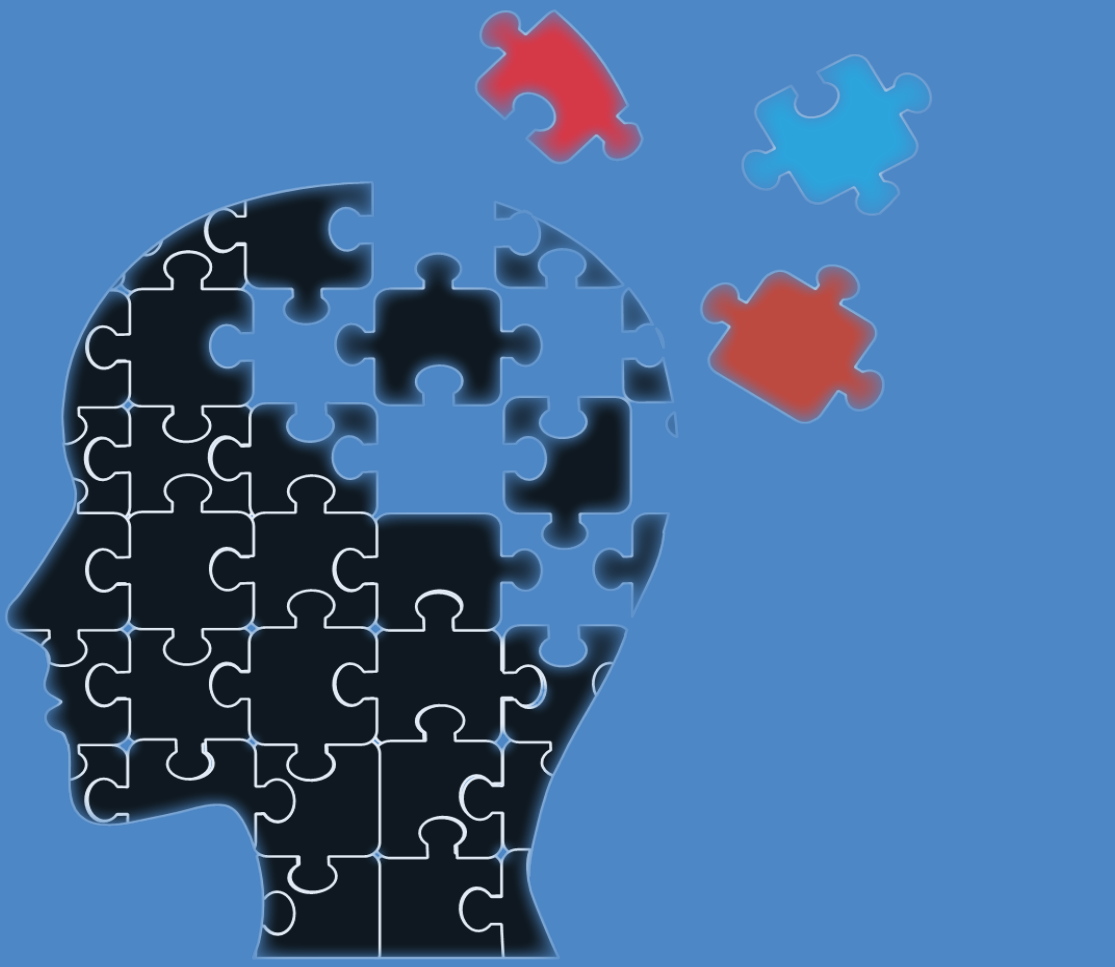
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE VAKA YÖNETİMİ

EDİTÖRLER
Dr. Öğr. Üyesi Sevda UZUN
Dr. Öğr. Üyesi Çiçek EDİZ
Dr. Öğr. Üyesi Esma ÖZMAYA



İKSAD
Publishing House

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE VAKA YÖNETİMİ

EDİTÖRLER

Dr. Öğr. Üyesi Sevda UZUN
Dr. Öğr. Üyesi Çiçek EDİZ
Dr. Öğr. Üyesi Esma ÖZMAYA

YAZARLAR

Doç. Dr. Nevin GÜNAYDIN
Dr. Öğr. Üyesi Çiçek EDİZ
Dr. Öğr. Üyesi Derya YANIK
Dr. Öğr. Üyesi Esma ÖZMAYA
Dr. Öğr. Üyesi Nurten Gülsüm BAYRAK
Dr. Öğr. Üyesi Sevda Pınar MEHEL TUTUK
Dr. Öğr. Üyesi Sevda UZUN
Dr. Öğr. Üyesi Şafak AYDİN
Dr. Yasemin Yalçın AKMAN
Öğr. Gör. Büşra KARAYUMAK
Öğr. Gör. Saliha Esra ERYILMAZ
Öğr. Gör. Yeter ÇUVADAR BAŞ
Öğr. Gör. Reyhan GÜRÜN BETBAŞI
Öğr. Gör. Sema TOKER
Arş. Gör. Dr. Berna AKTAŞ
Arş. Gör. Dr. Didar KARAKAŞ İNCE
Arş. Gör. Dr. Elif ALTUN
Arş. Gör. Dr. Elif Güzide EMİRZA
Arş. Gör. Dr. Kübra GÜLIRMAK GÜLER
Arş. Gör. Burak ŞİRİN
Arş. Gör. Emine KILIÇ DOĞAN
Arş. Gör. Leyla ALTUN
Arş. Gör. Yasemin YÜCEL
Uzm. Hemşire Halil İbrahim BİLKAY
Uzman Hemşire Tuğba SARI
Hemşire Mehmet Çağatay BOYRAZ
Hemşire Betül MUMCU

İKSAD Publishing House

Copyright © 2023 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses permitted by copyright law. Institution of Economic Development and Social Researches Publications®
(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)
TURKEY TR: +90 342 606 06 75
USA: +1 631 685 0 853
E mail: iksadyayinevi@gmail.com
www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.
Iksad Publications – 2023©

ISBN: 978-625-367-538-7
Cover Design: İbrahim KAYA
December / 2023
Ankara / Türkiye
Size = 16x24 cm

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ……..……1

BÖLÜM 1
ACİL SERVİSTE KONVERSİYON BOZUKLUĞU OLAN HASTADA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Yeter ÇUVADAR BAŞ……3

BÖLÜM 2
ACİL SERVİSTE PSİKOZ TABLOSU OLAN HASTADA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Dr. Elif ALTUN ……19

BÖLÜM 3
ADLİ PSİKİYATRİK HASTALARDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Yeter ÇUVADAR BAŞ……29

BÖLÜM 4
ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Dr. Kübra GÜLIRMAK GÜLER
Arş. Gör. Dr. Elif Güzide EMİRZA……45

BÖLÜM 5
BAĞIMLI KİŞİLİK BOZUKLUĞU VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Büşra KARAYUMAK……63

BÖLÜM 6
BİPOLAR BOZUKLUKTA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Derya YANIK
Dr. Öğr. Üyesi Çiçek EDİZ ……77

BÖLÜM 7
BORDELİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Dr. Elif Güzide EMİRZA
Arş. Gör. Dr. Kübra GÜLIRMAK GÜLER ……95

BÖLÜM 8
ÇEKİNGEN KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Uzman Hemşire Tuğba SARI……135

BÖLÜM 9
DAVRANIŞ BOZUKLUĞU OLAN ERGEN HASTADA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşire Mehmet Çağatay BOYRAZ……149

BÖLÜM 10
DELİRYUMDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Reyhan GÜRÜN BETBAŞI……159

BÖLÜM 11
HİSTRİONİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Dr. Berna AKTAŞ
Arş. Gör. Leyla ALTUN……169

BÖLÜM 12
MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Çiçek EDİZ
Dr Öğr. Üyesi Derya YANIK……189

BÖLÜM 13
MAJÖR DEPRESYONDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Sevda UZUN ……205

BÖLÜM 14
NARSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Saliha Esra ERYILMAZ
Dr. Öğr. Üyesi Şafak AYDİN……..……..*217*

BÖLÜM 15
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Şafak AYDİN
Öğr. Gör. Saliha Esra ERYILMAZ……..……..231

BÖLÜM 16
ÖZKIYIMDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşire Betül MUMCU……247

BÖLÜM 17
PANİK BOZUKLUKTA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Leyla ALTUN
Arş. Gör. Dr. Berna AKTAŞ ……261

BÖLÜM 18
PARANOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Dr. Didar KARAKAŞ İNCE ……285

BÖLÜM 19
POSTPARTUM DEPRESYONU OLAN HASTADA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Yasemin YÜCEL
Arş. Gör. Emine KILIÇ DOĞAN……293

BÖLÜM 20
PSİKOZDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Nurten Gülsüm BAYRAK…….……..311

BÖLÜM 21
ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUKTA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Yasemin Yalçın AKMAN…….……...319

BÖLÜM 22
ŞİZOFRENİDE VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Sevda Pınar MEHEL TUTUK…….…….…….335

BÖLÜM 23
ŞİZOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Sema TOKER…….……...345

BÖLÜM 24
ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Burak ŞİRİN
Uzm. Hem. Halil İbrahim BİLKAY……..……..357

BÖLÜM 25
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Esma ÖZMAYA……375

BÖLÜM 26
YEME BOZUKLUĞU OLAN HASTADA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Doç. Dr. Nevin GÜNAYDIN……..387

ÖNSÖZ

Sayın Akademisyenler ve Kıymetli okurlarımız,

"Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Vaka Yönetimi" adlı bu eserde psikiyatri alanında karşılaşılan farklı tanı gruplarına ait örnek vakalar hemşirelik yaklaşımlarına uygun şekilde ele alınmıştır. Her bölümde psikiyatrik bozukluklara, etiyolojik faktörlerine ve tedavi stratejilerine yönelik kısa bilgiler verilmiştir. Ayrıca her bir psikiyatrik hastalık vaka örneği ile desteklenerek hemşirelik yaklaşımlarına ve bakım planı örneklerine yer verilmiştir. Bu bağlamda birinci bölümde acil serviste karşılaşılan konversiyon bozukluğu vakası örneği ele alınmış ve nörolojik inme ile konversif inme arasındaki ayrıma vurgu yapılmıştır. İkinci bölümde acil serviste psikoz tablosu yaşayan bir bireye yönelik örnek vaka verilmiş saldırgan hastaya yaklaşım ilkeleri anlatılmıştır. Üçüncü bölümde adli psikiyatrik vaka örneği verilmiş adli psikiyatri hemşiresinin rollerinden bahsedilmiştir. Dördüncü bölümde antisosyal kişilik bozukluğu vaka örneğine yer verilmiş ve hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler konusu üzerinde durulmuştur. Beşinci bölümde bağımlı kişilik bozukluğu vaka örneği ele alınmış ve bu bireylere verilebilecek eğitimlere vurgu yapılmıştır. Altıncı bölümde bipolar bozukluk tanısı alan bir bireye ait vaka örneği verilmiş ve kullanılan ilaçlara yönelik önemli noktalara değinilmiştir. Yedinci bölümde borderline kişilik bozukluğu vaka örneğine yer verilmiş ve intihar riski olan hastada hemşirelik yaklaşımlarına vurgu yapılmıştır. Sekizinci bölümde çekingen kişilik bozukluğu vaka örneğine yer verilmiş ve hemşirelik yaklaşımları vurgulanmıştır. Dokuzuncu bölümde davranış bozukluğu olan ergen bireye ait bir vaka örneğine yer verilmiş ilaç yan etkileri ve hemşirelik yaklaşımlarına vurgu yapılmıştır. Onuncu bölümde deliryum tablosu yaşayan bir bireye yönelik vaka örneği verilerek kullanılan bazı ilaçların bağımlılık sürecine etkisi gibi noktalara dikkat çekilmiştir. On birinci bölümde histriyonik kişilik bozukluğu vaka örneği ele alınmış ve hemşirelik yaklaşımlarına vurgu yapılmıştır. On ikinci bölümde madde kullanım bozukluğu olan bireye yönelik vaka örneğine yer verilmiş ve relapsı ve/veya damgalamayı önlemek amacıyla yapılabilecek girişimlere değinilmiştir. On üçüncü bölümde majör depresyon yaşayan bireye ait vaka örneğine yer verilmiş ve antidepresan kullanımına ait önemli noktalara vurgu yapılmıştır. On dördüncü bölümde narsistik kişilik bozukluğuna ait bir vaka örneği verilmiş ve sosyal etkileşimde bozulma yaşayan narsistik bireye uygulanabilecek hemşirelik girişimleri vurgulanmıştır. On beşinci bölümde

obsesif kompulsif bozukluğu olan bireye yönelik bir vaka örneği verilerek yaklaşımlara vurgu yapılmıştır. On altıncı bölümde özkıyım riski olan bir hastaya yönelik vaka örneğine yer verilmiş ve ekip yaklaşımlarına değinilmiştir. On yedinci bölümde panik bozukluğu olan bireye yönelik vaka örneği verilerek ilaç kullanımına yönelik vurgu yapılmıştır. On sekizinci bölümde paranoid kişilik bozukluğu olan bir vakaya ait örnek verilmiş ve hemşirelik yaklaşımları anlatılmıştır. On dokuzuncu bölümde postpartum depresyonu olan bireye yönelik bir vaka örneği verilmiş ve anne bebek bağlanmasındaki yaklaşımlara vurgu yapılmıştır. Yirminci bölümde psikoz yaşayan bireye yönelik bir vaka örneği verilmiş ve hasta eğitim planlarına değinilmiştir. Yirmi birinci bölümde şizoaffektif bozukluğuna sahip bir bireye yönelik vaka örneği verilerek hemşirelik yaklaşımlarına vurgu yapılmıştır. Yirmi ikinci bölümde şizofreni vaka örneğine yer verilmiş ve antipsikotik ilaç kullanımındaki bazı noktaların önemi vurgulanmıştır. Yirmi üçüncü bölümde şizoid kişilik bozukluğu olan bireye ait vaka örneğine yer verilmiş ve hemşirelik yaklaşımlarına vurgu yapılmıştır. Yirmi dördüncü bölümde şizotipal kişilik bozukluğu olan bireye ait bir vaka örneği verilmiş ve ekip yaklaşımına yönelik önemli noktalar belirtilmiştir. Yirmi beşinci bölümde travma sonrası stres bozukluğu olan bireye yönelik vaka örneğine yer verilmiş ve hemşirelik yaklaşımlarının önemi anlatılmıştır. Yirmi altıncı bölümde ise yeme bozukluğu olan bireye yönelik bir vaka örneğine yer verilmiş bireyin yeme reddine yönelik bazı noktalara vurgu yapılmıştır.

Eserde emeği geçen bütün bölüm yazarlarına ve İKSAD yayınevi ve ekibine literatüre bu kaynağı kazandırdıkları için teşekkür borç biliriz. Birbirinden değerli bilimsel çalışmaların ele alındığı **"Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Vaka Yönetimi"** isimli önemli kitabımızı akademi camiası ve siz okurlarımızla paylaşmaktan büyük bir onur duyarız.

Dr. Öğr. Üyesi Sevda UZUN
Dr. Öğr. Üyesi Çiçek EDİZ
Dr. Öğr. Üyesi Esma ÖZMAYA
Aralık, 2023

BÖLÜM 1

ACİL SERVİSTE KONVERSİYON BOZUKLUĞU OLAN HASTADA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Yeter ÇUVADAR BAŞ

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431226

[1] İstanbul Gedik Üniversitesi, İlk ve Acil Yardım Programı, İstanbul, Türkiye, yetercuvadar1@outlook.com, Orcıd ID:0000-0001-9020-1655.

GİRİŞ

Konversiyon bozukluğu, tanımlanabilir bir organik nörolojik neden olmaksızın nörolojik semptomların mevcut olduğu ve etiyolojisi psikiyatrik olan bir durumdur (Öztürk & Uluşahin, 2016; Ding & Kanaan, 2017). Genellikle duygusal ve motor aktivitelerde nörolojik belirtilerle kendini gösterir ve bastırılmış içsel çatışmaların bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülür (Evrin & Kuday Kaygısız, 2018; Durmaz, 2019). Hastaların bilinçdışında yaşadığı çatışmalar fiziksel belirti olarak dışa yansımaktadır. Konversiyon hastanın anksiyeteyi azaltmakta ve çatışmaların farkında olmasından korumaktadır. Hasta bu şekilde birincil kazanç sağlamış olur (Yargıç, 2009). Bu bozuklukta ikincil kazançlar da dikkat çekmektedir (Durmaz, 2019). Mesela, hasta istemediği görev ve sorumluluklardan kaçabilir (Yargıç, 2009). Bayılma, kulak çınlaması, kasılma, baş dönmesi, boğazda tıkanma hissi, titreme, felç, yürüyüş bozukluğu vb. belirtiler ile kendini gösteren stres etmenleri ile ilişkili bir tablodur (Deveci, 2007). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırma sistemine göre (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM); motor semptomları olan tip, duyusal semptomları olan tip, kasılmaları olan tip ve karışık prezentasyonlu tip olarak dört tip konversiyon bozukluğu tanımlanmıştır (APA, 2014; Evrin & Kuday Kaygısız, 2018). Hastaların hemen hepsinde konversif atak öncesinde psikososyal bir etken bulunmaktadır (Durmaz, 2019).

Konversiyonun en sık görülen belirtileri;

- Güzel aldırmazlık (La belle indefference)
- Koordinasyon bozuklukları, distonik hareket kasılmalar,
- Yutma semptomları,
- Paralizi veya lokalize güçsüzlük,
- Baş dönmesi ve senkop,
- Kulak çınlaması ve psikojenik sağırlık,
- Psikojenik ses bozuklukları, afoni ve mutizm,
- EEG bozukluğu göstermeyen psödoepileptik konvülsiyonlar,
- Psödosiyezis (Durmaz, 2019).

Literatür genel hastane ortamındaki tüm hastaların dörtte birinin konversiyon bozukluk semptomlarına sahip olduğu ve bu hastaların %5'inin tam tanı kriterlerini karşıladığını açıklamıştır (Feinstein, 2018). Acil servis başvurularının ise %12-47'sini konversiyon bozukluğu olan bireyler

oluşturmaktadır (Şahin ve ark., 2021). Konversiyon bozuklukları ülkemizde ise acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Yargıç, 2009). Konversiyon bozukluğu yaşam boyu ortaya çıkabilmekle birlikte; kadınlarda, ergenlerde ve özellikle istismar öyküsü olan çocuklarda görülme oranı daha sıktır (Feinstein, 2018; Şahin ve ark., 2021). Konversiyon bozukluğu genellikle duygudurum bozuklukları, stres bozuklukları ve şizofreninin eşzamanlı teşhisi ile ilişkilidir ve bu bozukluklara sahip bireylerin yakınlarındaki prevalansı genel popülasyondan daha yüksektir (Ghanbarizadeh ve ark., 2018).

Stresli bir durumun ardından gelişen genellikle senkop ve mutizm şikayetleri nedeniyle hastalar sıklıkla acil servise başvurmaktadır (Evrin & Kuday Kaygısız, 2018) Konversiyon Bozukluk ile acil servise başvuran hastalar genellikle yanlarında birkaç kişi ile gürültülü bir şekilde müracaat ederler. Hem hastada hem de yakınlarında bir stres mevcuttur. Bu nedenle hastanın ve yakınlarının holistik bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Acil serviste bu hastaların yönetimi için özel bir kılavuz yoktur (Ghanbarizadeh ve ark., 2018). Acil servise başvuran konversif hastaya öncelikle sözel telkin kullanılarak yaklaşım sağlanması gerekmektedir (Yargıç, 2009). Tedavi yaklaşımında hastanın kişilik örüntüsü dikkate alınmalıdır. Sağaltımda, anksiyetenin azaltılması, aile içi iletişimin artırılması, yanlış iletişim kalıplarının önlenmesi ve destekleyici bir ilişkinin kurulması amaçlanmaktadır (Durmaz, 2019). Haloperidol'un konversiyon bozukluğunun tedavisinde diazepam ile karşılaştırıldığında daha iyi bir etkinliği doğrulanmıştır. Ancak ekstrapiramidal semptomlar dahil yan etkileri uygulaması için ciddi bir sınırlamadır. Bu nedenle araştırmacılar bunun yerini alacak yeni ilaçlar aramaktadır (Ghanbarizadeh ve ark., 2018).

Yapılan çalışmalar acil servis çalışanlarının bu hasta grubuna karşı damgalayıcı tutumlarını gözler önüne sermiştir (Bediz ve ark., 2004; Şahin ve ark., 2021). Konversiyon bozukluğu olan hastalarla çalışmak, sağlık profesyonellerinde yardım etme ve her şeyi 'daha iyi' hale getirme dürtülerinden yoğun hayal kırıklığı ve sıkıntı duygularına kadar çeşitli duygular uyandırabilir. Sağlık profesyoneli hastanın tutarsızlıklarını dayanılmaz bulabilir ve hastanın davranışlarını bilinçsiz bir tepki / iletişim olarak kabul etmek yerine bilerek böyle davrandıklarını düşünebilir (Gardiner & Lowe, 2017). Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından, konversiyon bozukluğu ile başvuran hastalar damgalanabilmekte ve psikiyatri konsültasyonu istemek veya psikiyatri birimine yönlendirmek yerine; "telkin

ederek kendine gelmesini sağlama", "plasebo etkili enjeksiyon yapma" gibi yaklaşımlarla, hastalar uygun bakım ve tedaviden mahrum bırakılabilmektedir. Sağlık profesyonellerine verilen eğitimler ile yanlış inanç ve önyargılar nedeniyle oluşan damgalama ile mücadele edilmesi gerekmektedir (Şahin ve ark., 2021).

VAKA

Bayan E. 25 yaşında kadın hasta, atipik nörolojik bulgular ve normal BT görüntülemesi varlığında, ani açıklanamayan sol tarafta güç kaybı, duyu kaybı sonrası inme ve şiddetli ağrı nedeniyle yakınlarıyla beraber acil servise başvurmuştur. Yakınları hastanın daha önce fiziksel ve psikiyatrik olarak iyi olduğunu, daha önce hiç bu tarz bir durumla karşılaşmadıklarını belirtmiştir. Daha sonra edinilen bilgiye göre 20 gün önce hastada yemek kokusundan tiksinme ve ayaklarında titreme şikayeti başlamış. Tüm uzuvlarında geçici zayıflık ile ilişkilendirilen çok kısa his kayıpları yaşamaya başlamıştır. Bir hafta önce iş yerinden izin alarak evde dinlenmeye başlamıştır. Anne ve babası ile yaşayan hasta ağrı ve güç kaybı nedeniyle 20 gündür ev işlerine yardım etmemektedir. Bayan E.'nin anne ve babası kızları için çok endişelenmekte ve onun üzerine düşmektedirler. İş yerinden gelen bir telefon ile acil servise başvurma nedeni olan semptomları ortaya çıkmıştır. Yürümede zorluk çeken hasta yavaş ve dengesiz yürüyormuş. Bayan E.'nin yapılan nörolojik muayenesinde kas gerilme refleksleri normaldir ve babinski bulgusu yoktur. Ruhsal durum muayenesinde ise, durumundan dolayı sıkıntı ve şaşkınlık içinde görünmektedir. Bayan E.'ye destekleyici ve güvence verici yaklaşım sağlanarak, empati gösterilmiştir. Telkine yatkınlığından yararlanılarak akut başlangıçlı ve kısa süreli belirtilerin giderilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Hastanın anksiyetesi yoğun ve çatışma önemli düzeyde olduğu için hasta sözel telkinle rahatlatılamamıştır. Hekim istemiyle benzodiazepin (10 mg Diazepam) uygulanmıştır. Bayan E. sözel telkin ve farmakolojik tespit sonrası uygun bir şekilde rahatlamış durumda, 3 yıl önce tecavüze uğradığını, hamile kaldığını ve bir kürtaj yaptırdığını açıklamıştır. Bu durumu ailesine veya arkadaşlarına daha önce hiç açmamıştır, çünkü yoğun bir utanç duygusu vardır. 3 yıl boyunca bu sırrı taşımış ve hayatına devam etmiştir. Ancak bir ay önce iş yerinde yeni başlayan bir iş arkadaşına aşık olmuştur ve bu hisler karşılıksız kaldığında durum değişmiştir. Hemen ardından, hissizlik kaybı başlamış, hızla felçle sonuçlanmıştır. Hastaya iş yerinden gelen telefonda aşık olduğu iş arkadaşının başka bir kadın ile görüştüğü bilgisini aldığı öğrenilmiştir. Görüşme sırasında tetiklenen

abreaksiyon (yani travmatik olayın hatırlanmasının ardından duygusal gerilimin serbest bırakılması), psikoterapi kapısını aralayan ve zaman içinde tam semptom çözümüne yol açan katalizör olmuştur. Hasta düzenli izlem amacıyla psikiyatri kliniğine yönlendirilmiş ve sonrasında hastaya içgörü yönelimli psikoterapi uygulanmıştır.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bayan E.'nin tanısı nedir?
2. Bayan E'de görülen konversiyon inme ile nörolojik inme ayrımı nasıl yapılabilir?
3. Bayan E.'nin hastalığından dolayı sağladığı birincil kazanç nedir?
4. Bayan E.'nin hastalığından dolayı sağladığı ikincil kazanç nedir?
5. Benzodiazepin grubu ilaçlardan olan Diazepam'ın endikasyonlarını, yan etkilerini yazınız. Hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
6. Bayan E.'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
7. Siz acil serviste çalışan bir hemşire olsaydınız bu vakaya yaklaşımınız nasıl olurdu?

Vaka Sorularının Cevapları

1. Konversiyon Bozukluğu
2. Nörolojik İnmelerle Konversiyon İnmelerinin Ayrımı

	I. NÖRON TUTULUMUNDA	**II.NÖRON TUTULUMUNDA**	**KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA**
BOZUKLUĞUN SEYRİ	Beyin ya da omurilik	Omurilikten çıkan motor sinirler	Psikolojik
REFLEKSLER	DTR artmış	DTR azalmış veya kaybolmuş	Reflekslerde bozulma yok

PATOLOJİK REFLEKS	Var	Yok	Yok
SFENKTER BOZ.	Var	Olabilir	Yok
KASLAR	Spastik inme	Gevşek inme	Kas tonusu normal
ATROFİ	Kısa sürede atrofi	Var	Yok
FASİKÜLASYON	Yok	Var	Yok
GÜZEL ALDIRMAZLIK	Yok	Yok	Çoğu kez görülür

(Öztürk&Uluşahin, 2016)

1. Konversiyon bozukluğunda ortaya çıkan birincil kazanç; ortaya çıkan semptom hastanın, çatışmanın doğurduğu bunaltıdan kurtulmasına olanak sağlar. Yani hasta, bir yeti yitimi ile duygusal bir yaşantıyı bedensel bir belirtiye dönüştürür. Bu da hastanın içsel çatışmasından kaynaklanan anksiyetesini giderir. Bayan E. 3 yıl önce tecavüze uğramış, hamile kalmış ve bir kürtaj yaptırmıştır. Bayan E. yaşadığı bu travmatik deneyimi ve duygusal rahatsızlığı istemsiz olarak bastırmıştır. Bayan E. bunaltı veren bu durumdan semptomlarıyla geçici olarak kurtulmaktadır. Yeni ve daha ciddi bir olayın ortaya çıkması yaşanan bir önceki sıkıntılı durumun bunalımını bir süre için unutturmaktadır. Bu durum Bayan E. tarafından sağlanan birincil kazançtır.
2. Bayan E. ailesinin ilgisini, şefkatini yaşadığı semptomlar sırasında ve sonrasında üstünde toplamaktadır. 20 gündür herhangi bir ev işine yardım etmemekte ve 1 haftadır işe gitmemek yani sorumluluklarını yerine getirmemektedir. Bu durum Bayan E. tarafından sağlanan ikincil kazançtır.
3. Benzodiazepinler temel kimyasal yapısı bir benzen halkası ve bir diazepin halkasının birleşimi olan anksiyolitik grubu ilaçtır.

- Anksiyetenin tedavisinde,
- Alkol yoksunluğunda
- Kasların gevşemesine yardımcı olmak ve kas kasılmaları ile serebral inmede

- Tekrarlayan ağır havale (nöbet) durumlarında
- Kesintisiz epileptik nöbetlerde (status epileptikus)
- Anestetik ve sedadif amaçlı kullanılabilir.

Yan etkiler;

- ✓ Alerjik reaksiyonlar
- ✓ Uyku hali, halsizlik, yorgunluk
- ✓ Konfüzyon(zihin karışıklığı), depresyon, uykuya dalmada güçlük, eksitasyon, sinirlilik veya irritabilite (uyaranlara karşı aşırı duyarlı olma durumu, tepki gösterme yeteneği) gibi paradoksal reaksiyonlar,
- ✓ Baş ağrısı, baş dönmesi, konuşurken dilin dolaşması (dizartri)
- ✓ Bulanık görme veya diğer vizüel (görsel) değişiklikler
- ✓ Konstipasyon (kabızlık), kusma, bulantı
- ✓ Hiperbilirubinemi
- ✓ Cilt döküntüleri ve kaşınma görülebilir.

Hemşirelerin hasta ve yakınlarına vermesi gereken bilgiler;

- ➢ Öncelikle hemşire olarak ilaç yan etkileri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- ➢ Tedavide asıl amaç, hastanın kişiliğinde, insanlarla olan ilişkilerinde ve davranışlarında gerekli değişimleri yaparak sağlığına kavuşmasını sağlamaktır. Bu anlamda ilaç kullanımının önemi hakkında hasta ve aileye bilgilendirme yapılmalıdır.
- ➢ Hastanın yakınlarına tablo hakkında bilgi verilmeli, tedaviye katılımları sağlanmalıdır.
- ➢ Hasta ve yakınlarının hastalık konusunda bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleri tedaviye uyumu arttıran önemli faktörlerden biridir.
- ➢ Diazepam dikkat ve uyanıklıkta, kas fonksiyonlarında azalmaya yol açacağından dikkat gereken işlerden, araç kullanımından kaçınması konusunda bilgilendirilmelidir.
- ➢ Eğer hastanın konsantrasyonunu bozuyorsa, önemli kararlar vermekten kaçınması konusunda bilgilendirilmelidir.
- ➢ İnsomnia nedeniyle alkol ve tezgah üstü ilaçlar ile birlikte kullanılmaması konusunda bilgilendirilmelidir.
- ➢ Geri çekilme belirtilerini önlemek için ilaç kullanımını hekime danışmadan kesmemesi, kademeli olarak bırakması konusunda bilgi verilmelidir.
- ➢ Hasta geri çekilme sendromu konusunda bilgilendirilmelidir.

3. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.

- Bireysel baş etmede yetersizlik
- Duyusal-algısal değişiklik
- Düşük benlik saygısı
- Ağrı
- Anksiyete
- Konforda bozulma (Doğan, 2000; Erdemir, 2012; Gorman & Sultan, 2014; Oflaz, 2019).

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Etiyoloji**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
○ Bireysel baş etmede yetersizlik	Organik bir sorun yokken fiziksel yakınmaların olması Sağlığa zarar veren kaygı ve korkuyu azaltmak için travmatik olayın bilgisini ve anlamını inkar etmeye yönelik bilinçli ve bilinçsiz girişim, yaşanan suçluluk, kızgınlık ve korkunun bastırılması	Fiziksel/ psikolojik/ davranışsal/ kaynakların yetersizliğinden dolayı içsel ya da çevresel stresörleri yönetememe	Hastanın strese karşı fiziksel belirtilerle tepki göstermesi yerine, stresle daha etkin ve sağlıklı olarak başedebilmesi	Hasta güvene dayalı bir ilişki içinde dikkatle dinlenmelidir. Yargılayıcı olunmamalıdır. Bedensel belirtileri ile stresli yaşam olayları arasındaki ilişkiyi tanımlayabilmesi sağlanmalıdır. Daha önceki başa yöntemleri araştırılmalı, yeni baş etme yöntemleri öğretilmelidir. Hastanın belirtileri ne zaman ortaya çıkıyor ya da azalıyor fark etmesi sağlanmalıdır. Hastanın fiziksel belirtilerin ona sağladığı kazancın ne olduğu ortaya koyulmalıdır. Hastanın belirtilerini kontrol altına almayı sağlayacak	Hasta kendini ifade edebildi. Hasta belirtileri ile yüzleşti. Hastanın belirtileri kontrol altına alınarak anksiyetesi azaltıldı.

				aktiviteler konusunda bilgilendirilmelidir. Hastanın ailesi bakıma dahil edilmelidir.	
○ Duyusal-algısal değişiklik	Fiziksel bir hastalığı düşündüren fakat organik olmayan fiziksel işlevlerdeki bozukluk	Travmatik yaşam olayının bastırılması	Hastanın psikolojik nedenlerle fiziksel sorun yaşadığını kabul edebilmesi, işlev kaybının düzelmesi	Herhangi bir organik patolojiyi dışlamak için hastanın fiziksel durumu değerlendirilmelidir. Fiziksel belirtilerin hastaya sağladığı kazançlar belirlenmelidir. Hastanın fiziksel belirtileri nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde ortaya çıkan gereksinimleri hakkında hasta yakınları bilgilendirilmelidir.	Hastanın yakınlarına eğitim verildi. Hasta korkusunu ifade edebildi. Hasta anksiyeteye neden olan yaşam olaylarını tanımlayabildi.
○ Düşük benlik saygısı	Kendini suçlama, özbakım sorumluluğ	Yaşanan travmatik olay	Hastanın benlik değerini yansıtan duygularıyla kendine,	Hasta korkusunu, anksiyetesini ve bunları ortaya çıkaran önemli yaşam olaylarını ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir.	Hasta fiziksel bir hastalığı olmadığı

○ Ağrı	unu yerine getirememe, sosyal ilişkilerde azalma Ağrıdan yakınma, huzursuzluk,	Fiziksel yakınmalarla psikolojik sorunlar arasındaki ilişkiyi reddetme	geçmişe ve geleceğe dair düşüncelerinin olumlu olması Hastanın organik bir neden olmadan ağrı yaşamaması	Hastaya girişkenlik becerileri öğretilmelidir. Hasta duygularını tanıması ve ifade edebilmesi için cesaretlendirilmelidir. Hastaya zaman ayrılmalıdır. Olumlu yetenekleri ve özellikleri pekiştirilmelidir. Semptom yönetimi konusunda cesaretlendirilmelidir. Hasta yakınları ile bilgi paylaşımı yapılmalıdır. Hastanın yakınlarının belirtilere verdiği tepkinin abartılı olmaması sağlanmalıdır. Fiziksel muayenesi yapılmalıdır. Hasta ile ölçülebilir verilerini (BT, laboratuvar vs.) tartışmaktan ve inatlaşmaktan kaçınılmalıdır. Hastanın ve yakınlarının stresörlerinin ve baş etmelerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.	gerçeği ile yüzleşti. Hasta ve yakınları yeni baş etme yöntemleri geliştirdi. Hasta ağrısına yoğunlaşmadan, çözümlenmemiş psikolojik sorunlarına yönelebildi.

○ Anksiyete	Etkisiz problem çözme becerisi, huzursuzluk	Konversif belirtiler, düşünce süreçlerinde bozulma	Düşünce süreçleri ve problem çözmedeki gelişimle ilişkili anksiyetede azalma	Başlangıçta hastanın ağrı yakınmaları iyi araştırılmalıdır. Hastayla güvene dayalı bir ilişki kurulmalıdır. Herhangi bir organik neden olmasa da, hastanın gerçekten ağrı yaşadığı kabul edilmelidir. Hastanın yakınmaları ve hastalığının gelişimi dinlenmeli ve anlamaya çalışılmalıdır. Hastanın ağrısının yeri, şiddeti, ağrıya neden olabilecek etkenler belirlenmelidir. Hastaya kınayıcı ve yargılayıcı yaklaşmaktan kaçınılmalıdır. Bakımı organik yöne kaydırmaktan kaçınılmalıdır. Hastaya solunum ve gevşeme egzersizleri öğretilir. Hastanın ağrısı nedeniyle elde ettiği ikincil kazancı desteklenmez. Suçluluğu azaltan ve gerçekçi düşünmeyi güçlendiren	Hasta anksiyete uyandıran düşünce ve durumları tanımlayabildi. Yersiz suçluluk duymadan ve gerçekçi düşünme becerisinde artış gösterdi.

				görüşmeler gerçekleştirilmelidir. Hastanın deneyimiyle ilgili yorum doğrulanmalıdır. Gerçekçi olmayan şeyi tartışma konusuna sınır koyulmalıdır. Hastanın etrafında konuşulmamalı veya fısıldanılmamalıdır. Hastaya kendi davranışlarına sınır koymada yardımcı olunmalıdır. Anksiyete ile baş etmede alternatif yollar önerilmelidir. Hastanın anksiyetesini tetikleyen durumlarda kontrol kazanması için izin verilmelidir.	

4. Hastaya ilgili, destekleyici ve güvence verici yaklaşılmalı, empati gösterilmeli, telkine yatkınlığından yararlanılarak akut başlangıçlı ve kısa süreli belirtilerin giderilmesi sağlanmalı,

Hastanın sözelleştiremediği sorunları ve çözüm yolları etrafında görüşmeler yapılabilir, belirtileri ön plana çıkarmadan belirtileri gidermeye çalışmak ve psikososyal sorunlara odaklanmak gerekir.

İkincil kazançları ortadan kaldırmak amacıyla davranışçı teknikler uygulanmalı, hastaya iletişim becerileri kazandırma konusunda çalışılmalıdır.

Hastanın yakınlarına tablo hakkında bilgi verilmeli, tedaviye katılımları sağlanmalıdır. Hastanın ikincil kazançları konversiyon

belirtilerinin pekişmesinde olumsuz rol oynayabileceğinden ilk amaç belirtilerin kaldırılması olmalıdır.

Hasta ile gerekli tıbbi incelemeler yapıldıktan sonra, hastaya bu yakınmaları ile yaşadığı psikososyal sorunlar arasındaki bağlantılar anlatılmaya çalışılmalıdır.

Hasta duygularını bedensel değil sözel ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmelidir.

İkincil kazançlara ihtiyaç duymadan otonomisini kazanması sağlanır.

Hasta ve ailesinin, sosyal çevresinin ve bu alanlardaki sorunlarının ve çatışmalarının ele alınması gereklidir.

SONUÇ

Konversiyon bozukluğu olan hastaların hemşirelik bakımında, herhangi bir tıbbi kaygıyı pekiştirmemek için tüm araştırmaları minimumda tutarak, tıbbi bir nedenin açıkça belirtilmediğinden emin olmak için hasta yakınlarından doğru bir tıbbi kronoloji almak önemlidir. Hemşireler için hasta ve yakınlarını dinlemek ile tıbbi bir tanıya odaklanmaları veya bunun peşinde koşmaları konusunda anlayışlı olmak arasında bir denge kurmak zor olabilir. Bu hastaların kendilerini dinlenmiş hissetmeleri ve deneyimlerinin, psikolojik veya fiziksel nedenin acılarının gerçek olduğu mesajı verilerek doğrulanması önemlidir. Acil serviste hastaya ilgili, destekleyici ve güvence verici ve empatik gösterilmesi önemlidir. Tedavi hastanın kişiliğinde, insanlarla olan ilişkilerinde ve davranışlarında gerekli değişimleri yaparak sağlığına kavuşmasını sağlamayı amaçlamalıdır.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu, E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 91-112.

Bediz, U., Aydemir, Ç., Başterzi, AD., Kısa, C., Cebeci, S., & Göka, E. (2004). Hekimlerin konversiyon bozukluğuna yaklaşımını etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri, 7,* 73-79.

Carpenito-Moyet, LJ. (2012). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviren: Erdemir, F. 13. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.

Deveci, A., Taşkın, O., Dinç, G., Yılmaz, H., Demet, MM., Erbay, P., Kaya, DE., & Özmen, E. (2007). Prevalence of pseudoneurologic conversion disorder in an urban community in Manisa, Turkey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42, 857-864.

Ding, JM. & Kanaan, RAA. (2017). Conversion disorder: A systematic review of current terminology. General Hospital Psychiatry, 45 (2017), 51–55.

Doğan, S. (2000). Anksiyete- Somatoform ve Dissosiyatif Bozukluklar. Ed.: Buldukoğlu, K., Doğan, S., Kum, N., Öz, F., Özaltın, G., Özcan, A., Pektekin, Ç., Terakye, G., Yurt, V. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı içinde. Vehbi Koç Yayınları Vakfı, İstanbul. s.132-158.

Durmaz, H. (2019). Psikiyatri ve Acil Bakım. Ed.:Kuğuoğlu, S. & Yiğitbaş, Ç. Acil Hasta Bakımı III içinde. Ankara Nobel Tıp Kitabevi, Ankara. s. 371-415.

Evrin, T. & Kuday Kaygısız, E. (2018). Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı alan hastaların değerlerdirilmesi: Retrospektif, gözlemsel bir çalışma. Orta Doğu Medical Journal, 10(3), 348-355. Doi:10.21601/ortadogutipdergisi.449211

Feinstein, A. (2018). Conversion Disorder. Behavioral Neurology And Psychiatry, 24(3), 861–872.

Gardiner, S. & Lowe, L. (2016). Staff perspectives on two rare mental health disorders. Nursing Children and Young People, 28(3), 28-37.

Ghanbarizadeh, S., Dinpanah, H., Ghasemi, R., Salahshour, Y., Sardashti, S., Kamali, M., Khatibi Seyed, R. (2018). Quetiapine versus Haloperidol in Controlling Conversion Disorder Symptoms; a Randomized Clinical Trial. Emergency, 6(1), e47.

Gorman, LM. & Sultan, DF. (2014). Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. Çeviren: Öz, F. Anksiyete Problemleri. 3. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; s: 57-73.

Oflaz, F. (2020). Dissosiyatif Bozukluklar. Ed.: Oflaz, F. & Yıldırım, N. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları içinde. Ankara Nobel Tıp Kitabevi, Ankara. s: 383-396.

Öztürk, O. & Uluşahin, A. (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.

Şahin, M., Demirkıran, F., Kocairi, C. (2021). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Konversiyon Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları ve Damgalama: Kesitsel Bir Çalışma. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(2),125-133. https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.814344

Yargıç, İ. (2009). Acil Psikiyatri. Ed.: Kulaksızoğlu, IB., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, İ., Yazıcı, O. Psikiyatri Kitabı içinde. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, İstanbul; s: 230-254.

BÖLÜM 2

ACİL SERVİSTE PSİKOZ TABLOSU OLAN HASTADA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Dr. Elif ALTUN[1]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431228

1

GİRİŞ

Psikoz, düşünce duygulardaki ciddi bozulma nedeniyle kişinin zihnin içsel deneyimi ile dış gerçekliğini ayırt edemediği klinik bir yapı olarak tanımlanabilir (Julayanont ve Suryadevara, 2021). Dünyada ruhsal bozuklukların tanılanmasında en yaygın olarak Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırma sistemi (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-V) kullanılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Psikoz, düşünce bozuklukları ve algı bozukluklarının olduğu hastalık durumudur. Bireyin uyum ve işlev düzeyi ileri derecede etkilenmekte, gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaktadır (Gaebel ve Zielasek, 2015). Birey yaşadığı ruhsal rahatsızlığın farkında değildir (Donahue ve ark., 2021). Yapılan meta-analiz çalışmasında psikozun yaşam boyu görülme sıklığı genel popülasyonda %1.7 ve klinik vakalarda %19.2 olduğu bulunmuştur (Pablo ve ark., 2021).

Psikoz yalnızca birincil psikiyatrik bozukluklarda görülmez; nörolojik ve tıbbi durumlara bağlı olarak ikincil olabilmektedir (Julayanont ve Suryadevara, 2021).

Psikoz sadece hastalar için değil, aileler ve sağlık profesyonelleri için de önemli bir klinik sorundur. Ruhsal rahatsızlıkları olan hastalar, acil servislere gittikçe artan bir şekilde başvuru yapmaktadır. Yapılan araştırmada, acil servis başvurularının onuncu önde gelen sebebi ruhsal rahatsızlıkları olan 15-65 yaş arası erkekler olduğu bildirilmiştir (Centers for Disease Control, 2014).

Psikozun tanılandırılması, tedavisi ve yaklaşımı meslekler arası ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Ekip üyelerinin birbirleriyle ve hastanın ailesiyle iletişim kurmaları gerekmektedir. Özellikle hemşireler, ekipte herkesten daha fazla hastalarla iletişimde olmaktadır. Bu sebeple hemşireler, psikozlu hastanın tedavisinin yönetilmesinde büyük bir öneme sahiptir (Calabrese ve ark., 2022).

VAKA

Bay C. 35 yaşında evli bir erkektir. Covid-19 hastanelerine yönelik geçici bir hastaneye kaldırılmıştır. Hastaneye başvurmadan iki hafta önce SARS-CoV-2 RT-PCR pozitif alınmıştır. Covid-19 sürecinde Bay C.'nin ateş, nefes darlığı ve halsizlik öyküsü bulunmaktadır ve tüm semptomlar yedi gün boyunca kademeli olarak kötüleşmiştir. Bay C.'nin başvuru sırasında genel

durumu oldukça iyi ve sağlıklı olduğu ve herhangi bir ilaç (streoidler dahil) kullanmadığı bilgisi alınmıştır. Fiziksel muayenede, akciğer alanları üzerinde oskültasyon sırasında çok sayıda simetrik sesler duyulmuştur. Kalp atış hızı dakikada 90 atım ve düzenli, kan basıncı 125/84 mm Hg olarak ölçülmüştür. Bay C. Şu ana kadar psikiyatrik ilaç tedavisi almamıştır. Bay C.'nin bilinci açık, kişi, yer ve zaman oryantasyonu bulunmaktadır. Nörolojik muayenede herhangi bir anormal bulguya rastlanmamıştır. Bay C.'nin göğüs bilgisayarlı tomografi taramasında Covid-19'a özgü lezyonlar (%30 akciğer tutulumu) tespit edilmiştir. Bay C.'ye Levofloxacin (2*500 mg), Seftriakson (1*2 g), Deksametazon fosfat (2*4 mg), Remdesivir (100 mg), Enoksaparin sodyum (1*60 mg) reçete edilmiştir. Oksijen koruyucu nazal kanül ile 5L/dk akışla oksijen tedavisi uygulanmıştır ve saturasyonu %92 olarak sağlanmıştır.

Bay C. diğer hastaların aktör olduğunu iddia etmiştir ve bir salgının varlığını reddetmiştir. Bay C. sağlık profesyonellerine yönelik sanrısal içerikli ifadeler kullanmıştır. Bay C. profesyonellerin onu öldürmek istediğini ifade etmiştir ve bu sebeple damar yolunu çıkarmış ve herhangi bir ilaç almayı reddetmiştir. Bay C. sözlü ve fiziksel olarak saldırgan davranışlarda bulunmaktadır. Bay C.'de şiddetli anksiyete, huzursuzluk ve psikomotor ajitasyon mevcuttur. Bay C., göz temasından kaçınmakta, sözel iletişim kurmakta zorlanmakta ve sorulan sorulara cevap vermekte sorunlar yaşamaktadır. Bay C.'nin intihara yönelik düşünceleri bulunmamaktadır.

Bay C.'nin ailesi ile iletişime geçilmiştir: Bay C.'nin eşi, hastaneye kaldırılmadan önce Bay C.'nin hiçbir zaman saldırgan eğilimler sergilemediğini veya benzer ifadelerde bulunmadığını ifade etmiştir. Bay C.'nin herhangi bir zamanda psikiyatrik tedavi görmediğini ve madde ya da alkol gibi diğer maddeleri kullanmadığını bildirmiştir. Bay C.'nin ailesinde de bugüne kadar herhangi bir ruhsal hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Bay C.'ye Haloperidol (2*2,5 mg), Lorazepam (1*2,5) ve Olanzapin (2*5 mg) uygulanmıştır. Bir psikiyatrist ile iletişime geçilmesiyle Bay C.'nin psikiyatri kliniğine geçişi sağlanmıştır. Bay C. psikiyatri kliniğinden Olanzapin (2*5 mg) reçete edilerek taburcu edilmiştir. Bay C. taburcu edildikten sonra ruhsal rahatsızlığına ilişkin herhangi bir belirti tekrarlanmamıştır.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bay C'nin tanısı nedir?
2. Bayan C'ye reçete edilen Haloperidol, Lorazepam ve Olanzapin hangi ilaç grubuna girmektedir?

3. Antipsikotik ilaçları kullanırken nelere dikkat edilmesi gerekmektedir?
4. Antipsikotik ilaçların yan etkileri nelerdir?
5. Benzodiazepinleri kullanırken dikkat edilmesi gereken hususlar nelerdir?
6. Bay C'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
7. Saldırgan davranışı olan hastaya ekip olarak yaklaşım nasıl olmalıdır?

Vaka sorularının cevapları

1. Akut psikotik bozukluk
2. Haloperidol Atipik Antipsikotik Ajan (birinci kuşak; geleneksel), Lorazepam Anti-Anksiyete Ajanı Benzodiazepinler, Olanzapin Atipik Antipsikotik Ajan (ikinci kuşak) ilaç grubuna girmektedir.
3. Dikkat edilmesi gereken noktalardan bazıları şunlardır (Tipik antipsikotikler);

- ✓ Parkinson hastalarında, karaciğer/böbrek/kalp yetmezliği olanlarda, komadaki hastalarda ya da epilepsi hastalarında kullanılmamalıdır.
- ✓ Haloperidol QT aralıklarını uzattığı için bu yan etkiye sahip diğer ilaçlarla kullanımında kontrendikedir.
- ✓ Antipsikotikler nöbet eşiğini düşürebilir.
- ✓ Bu ilaç kullanılırken aşırı sıcaklardan kaçınılmalıdır.
- ✓ Hamilelik ve emzirmede güvenli bir şekilde kullanılamamaktadır.
- ✓ Dikkat edilmesi gereken noktalardan bazıları şunlardır (Atipik antipsikotikler);
- ✓ Koma hali, aşırı duyarlılık, demansla ilişkili psikoz yaşayan hastalarda, depresyonlu hastalarda ve emzirmede kullanımı kontrendikedir.
- ✓ Yaşlılarda, karaciğer/böbrek/kalp yetmezliği olanlarda, inme/nöbet öyküsü olanlarda, hipertansiyona neden olan durumlarda, diyabet hastalarında, hamile ve çocuklarda dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır.
- ✓ Bu ilaç kullanılırken aşırı sıcaklardan kaçınılmalıdır.

1. Antipsikotik ilaçların yan etkileri; dopamin blokajı ile ekstrapiramidal etkilere, kolinerjik blokaj ile antikolinerjik yan

etkilere, alfa adrenerjik reseptörlerin blokajına ve histamin blokajına neden olmaktadır.

- ✓ Ekstrapiramidal Etkiler; psodoparkinsonizm, akinezi, akatizi, distoni, okülogirik kriz, tardif diskinezi, nöroleptik malign sendrom, hiperglisemi ve diyabet görülmektedir.
- ✓ Antikolinerjik yan etkiler; bulanık görme, ağız kuruluğu, kabızlık, taşikardi, ürüner retansiyon görülmektedir.
- ✓ Alfa adrenerjik reseptörlerin blokajı; kalp çarpıntısı, baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon, tremor görülmektedir.
- ✓ Histamin blokajı; sedasyon ve kilo alma görülmektedir.

2. Dikkat edilmesi gereken noktalardan bazıları şunlardır;

- ✓ Hasta özellikle yoğun anksiyete yaşadığında gereksinimi olduğunda (lüzum halinde)- gibi şeklinde reçete edilmelidir.
- ✓ Bağımlılığa sebep olabilirler, fiziki bağımlılık ve tolerans riskleri bulunmaktadır.
- ✓ Yoksunluk belirtileri açısından gözlemlenmelidir.
- ✓ Hastalar, ilaçların ani kesilmesine karşı uyarılmalıdır.

3. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.

Başkasına zarar verme riski
Düşünce süreçlerinde bozulma
Sözel iletişimde bozulma
Terapötik rejimi sürdürmede yetersizlik

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Düşünce Süreçlerinde Bozulma	Sanrı; profesyonellerin onu öldürmek istediğini ifade etmesi	Covid-19 salgını Şiddetli anksiyete	Kısa dönem: bireyin anksiyetesi arttığı zaman düşünce süreçlerinde bozulma	1.Bireyin yanlış düşünce gereksinimi kabul edilmesi fakat inancın paylaşılmadığını	Bireyin sanrıları azaldı. Birey sanrıları olmadığını

	Aşırı şüphecilik		yaşadığını fark etmesi ve bunu ifade etmesi Uzun dönem: Bireyin tedavi tamamlanınca sanrıları olmadığını deneyimlemesi ve ifade etmesi	n gösterilmesi 2.İnançlar tartışılmaması ya da reddedilmemesi, 3.Gerçeğe odaklanılması ve sanrıların desteklenmemesi, 4.Bireyin şüpheleri yoğunsa; dürüst olunmalı, verilen sözler tutulmalı, imkan dahilinde aynı personel bakım vermeli fiziksel temastan kaçınılmalı ya da bilgi vererek işlem yapılmalı bireyin gördüğü fakat ne söylenildiğini duymadığı, gülme ya da fısıldamadan kaçınılmalı ambalajı kapalı yiyecekler ya da ailenin yiyecek getirmesi	ifade etti.

				sağlanmalı bireyin ilaçları yutup yutmadığı kontrol edilmeli birlikte aktivite yapılmalı	

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Sözel İletişimde Bozulma	Göz temasında bulunmama Sorulan sorulara cevap vermeme	Şiddetli anksiyete Gerçek dışı düşünce (Sanrı) Huzursuzluk Psikomotor ajitasyon	Kısa dönem: Sağlık profesyonelleri ile uygun aralıklı göz temasında bulunması Uzun dönem: Bireyin tedavisi tamamlandığında sağlık profesyonelleri ve arkadaşlarıyla sözel iletişimi devam ettirebilmesi	1.Açık olamayan, anlaşılmayan ifadelerin açıklığa kavuşturulması 2. Birey ile mümkünse aynı sağlık profesyonellerinin çalışması, 3.Sağlıklı bir şekilde iletişim kurana kadar bireyin ihtiyaçlarının sağlanması 4.Açıklamaların bireyin anlama seviyesine göre	Bireyin sağlık profesyonelleri ile uygun bir iletişim kurduğu gözlemlendi.

				yapılması	

1. Saldırgan davranışları olan bireye sağlık profesyonellerinin uygulayacağı girişimler;

- ✓ Bireyin çevresindeki uyaranlar en aza indirilir.
- ✓ Birey sakin bir ortama alınır.
- ✓ Bireyin davranışları sık aralıklarla gözlemlenir.
- ✓ Bireyin çevresindeki nesneler uzaklaştırılır.
- ✓ Ajitasyon, anksiyete, sözel ya da davranışsal agresyonun ilk belirtilerinde müdahale edilir.
- ✓ Bireye empatik yaklaşım sergilenir (Öfkeli, kızgın görünüyorsunuz. Nasıl yardımcı olabilirim?).
- ✓ Bireye sakin ve sıcak bir tutumla yaklaşılır. Bireyin anksiyetesi arttığında alternatif yöntemler önerilir (görüşme yapmak, reçete edilen ilaçları almak).
- ✓ Bireyin agresyonu arttığı zaman yeterli sağlık profesyonelinin olması sağlanır.
- ✓ Birey sözel iletişimle ya da ilaçla sakinleşmediyse mekanik kısıtlama yapılabilir (En az kısıtlayıcı yöntem seçilmelidir).
- ✓ Kısıtlama gerekli ise yeterli personel sağlanır. Kısıtlama protokolüne uygun bir şekilde yapılır.
- ✓ Kısıtlanan bireyin yaşam bulguları ve diğer değerleri takip edilmelidir.
- ✓ Agresyon ya da ajitasyon azaldığı zaman kısıtlılığı azaltmak ya da sonlandırmak için bireyin durumu değerlendirilir.

SONUÇ

Sağlık profesyonelleri, psikozun uygun şekilde tanınması, sınıflandırılması, yönetilmesi ve hemşirelik bakımı verilmesinde oldukça önemlidir. Hemşireler, hastaların bakımında psikiyatrik hastalığın sebep olduğu kafa karışıklığı, kaygı, sosyal izolasyon, huzursuzluk, suçluluk ve diğer sorunlarla karşılaşmaktadır. Bakımın sağlanması ve hastanın refahının artırılması için karşılıklı ve destekleyici bir ilişki gereklidir. Hemşireler, hastayla kurdukları terapötik ilişkiyi esas alarak tedavi ve kararlara aktif katılımı aracılığı ile hastalığın yönetimini sağlamak, nüksetmeyi önlemek,

sosyal işlevselliği geliştirerek iyileşmede katkı sağlamaktadır (Dusseldorp ve ark., 2011; Odeyemi ve ark.,2018). Yapılan bu katkı, verilen bakımın kalitesinin artmasında oldukça önemli bir yere sahiptir.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 91-112.

Calabrese, J., Al Khalili, Y., & Shaheen, K. (2022). Psychosis (Nursing). In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

Centers for Disease Control. *National Center for Health Statistics.* Erişim Tarihi.24 Kasım 2023 tarihinde https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web_tables/2014_ed_web_tables.pdf adresinden erişildi.

Donahue, A. L., Rodriguez, J., & Shore, J. H. (2021). Telemental health and the management of psychosis. *Current Psychiatry Reports*, *23*, 1-6.

Dusseldorp, L. V., Goossens, P., & Achterberg, T. V. (2011). Mental health nursing and first episode psychosis. *Issues in mental health nursing*, *32*(1), 2-19.

Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues in clinical neuroscience*, *17*(1), 9-18.

Julayanont, P., & Suryadevara, U. (2021). Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, *27*(6), 1682-1711.

Łoś, K., Kulikowska, J., & Waszkiewicz, N. (2021). First-time psychotic symptoms in a patient after COVID-19 infection—a case report. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 726059.

Odeyemi, C., Morrissey, J., & Donohue, G. (2018). Factors affecting mental health nurses working with clients with first-episode psychosis: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *25*(7), 423-431.

Salazar de Pablo, G., Woods, S. W., Drymonitou, G., de Diego, H., & Fusar-Poli, P. (2021). Prevalence of individuals at clinical high-risk of psychosis in the general population and clinical samples: systematic review and meta-analysis. *Brain Sciences*, *11*(11), 1544.

Townsend, MC.(2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları Çeviren: Özcan C. T., Duman Ç.Z. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 6. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; s: 351-370.

BÖLÜM 3

ADLİ PSİKİYATRİK HASTALARDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Yeter ÇUVADAR BAŞ

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431234

[1] İstanbul Gedik Üniversitesi, İlk ve Acil Yardım Programı, İstanbul, Türkiye, yetercuvadar1@outlook.com, Orcıd ID:0000-0001-9020-1655

GİRİŞ

Adli psikiyatri, hukuk ve psikiyatri biliminin kesiştiği bir disiplindir. Adli psikiyatrinin birinci alanı olan psikiyatrik bilirkişilik, hukuki bir vakayı inceleyerek kişinin iradesinin, bağımsızlığının ve sorumluluğunun belirlenmesine yardımcı olarak yargı organlarına açıklık sağlamayı amaçlar. İkinci alan ise hasta olarak tanımlanan bireylerin tedavi edilmesini, rehabilite edilmesini, topluma yeniden kazandırılmasını ve medeni haklarının korunmasını içerir (Atik Tosunlar & Albal, 2020). Bu çift rol etik ikilemleri de beraberinde getirmektedir (Völlm ve ark., 2016). Adli psikiyatri hastaları ciddi ruhsal bozukluklar yaşarlar ve çoğu suç işlemiştir. Genellikle yüksek güvenlik seviyesine sahip bir kurumsal çevrede uzun süreli bakım alırlar (Hörberg, 2014; Askola ve ark., 2016). Bu nedenle, bu alanda çalışan profesyoneller ruhsal ve mental bozuklukların tedavisi konusundaki deneyimin yanı sıra hukuk ve kriminoloji bilgisine de sahip olmalıdırlar (Carrol ve ark, 2014; Völlm ve ark., 2016).

Adli psikiyatri bakımına yönlendirilmek, bireyin hayatına uygulanabilecek en kapsamlı müdahalelerden biri olarak görülmektedir. Adli psikiyatri personeli, hastaların sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirmek, aynı zamanda hastayı gözetlemek ve kontrol altında tutmak gibi kapsamlı birçok görevi yerine getirir. Adli psikiyatri bakımının genel amacı, hastanın bağımsız bir yaşama dönmesini sağlayarak, toplumsal entegrasyonunu sağlamaktır (Hörberg, 2014).

Adli psikiyatri hemşireliği ise, suçla ilişkilendirilen psikiyatri hastalarının tedavi, bakım, rehabilitasyon ve haklarının korunmasıyla ilgilenen psikiyatri hemşireliğinin bir alt uzmanlık dalıdır (Atik Tosunlar & Albal, 2020).

Adli psikiyatri hemşiresinin görev tanımı, hukuki sistemle ilişkilendirilen ve ruh sağlığıyla ilgili sorunları incelemek ve tedavi etmekle görevli bir sağlık profesyonelini tanımlamaktadır (Martin, 2008). Bu profesyonel, genellikle adli psikiyatristlerle ve diğer adli uzmanlarla işbirliği içinde çalışır. Aşağıda adli psikiyatri hemşiresinin tipik görevlerini içeren bir özet bulunmaktadır:

1. Değerlendirme ve Teşhis: Adli psikiyatri hemşiresi, mahkeme tarafından gönderilen bireylerin ruh sağlığı durumlarını değerlendirir. Bu değerlendirmeler, zihinsel hastalıkların teşhisini, tedavi gereksinimlerini ve potansiyel tehlikeleri içerebilir.

2. Raporlama: Hemşireler, değerlendirmelerini ve teşhislerini yazılı raporlar halinde sunarlar. Bu raporlar, mahkemelerin ve hukuki mercilerin kararlarını desteklemelerine yardımcı olur.
3. Tedavi ve İlaç Yönetimi: Adli psikiyatri hemşiresi, gerektiğinde hastalara tedavi sağlar. Bu tedaviler, psikoterapi, ilaç yönetimi ve kriz müdahaleleri gibi çeşitli yöntemleri içerebilir.
4. Danışmanlık: Mahkeme veya avukatlarla işbirliği yaparak adli psikiyatri hemşiresi, adli davalarda ruh sağlığına ilişkin uzman görüşler sağlayabilir.
5. Şahitlik: Hemşireler, mahkemelerde tanık olarak ifade verebilirler. Bu ifadeler, davaların sonuçlarını etkileyebilir.
6. Hukuki Süreç Destek: Adli psikiyatri hemşiresi, bireylerin ruh sağlığı ihtiyaçlarının hukuki süreç içinde nasıl ele alınması gerektiği konusunda rehberlik yapabilir. Aynı zamanda, hukuki sistemle ilgili bilgileri ve becerileri artırarak bireylerin adil bir yargı süreci geçirmelerine yardımcı olabilir.
7. Risk Değerlendirmesi: Hemşireler, bireylerin toplum için oluşturabileceği tehlikeleri değerlendirebilirler. Bu, potansiyel tehlikeleri azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını gerektirebilir.
8. Eğitim: Adli psikiyatri hemşiresi, hukuki sistemde çalışan diğer profesyonelleri ve toplumu ruh sağlığı sorunları hakkında bilinçlendirmek için eğitim ve seminerler düzenleyebilir.
9. İşbirliği: Adli psikiyatri hemşiresi, adli psikiyatristler, avukatlar, ceza adaleti profesyonelleri ve diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yaparak bireylere en iyi bakımı sağlar.

Bu görevler, adli psikiyatri hemşiresinin temel sorumluluklarıdır. Ancak, yasal düzenlemelere ve kurum politikalarına bağlı olarak görevler değişebilmektedir. Ayrıca, adli psikiyatri hemşiresi, güncel bilgilere ve eğitime sahip olmalıdır, çünkü bu alandaki uygulamalar ve gereksinimler zaman içinde değişebilmektedir (Martin, 2008; Doyle ve ark., 2014; Barnao & Ward, 2015; Berring ve ark., 2015; Atik Tosunlar & Albal, 2020).

Bu temel özelliklere sahip olmak, adli psikiyatri hemşiresinin hastaların ruh sağlığı ihtiyaçlarını etkili bir şekilde karşılamasına ve adli süreçlerde başarılı bir şekilde çalışmasına yardımcı olacaktır.

1. **Empati ve İletişim Becerileri:** Hastaların ve ailelerinin duygusal ihtiyaçlarını anlama, onlarla etkili iletişim kurma ve empati gösterme yeteneği, adli psikiyatri hemşiresi için kritik önem taşır.
2. **Duyarlılık ve Sabır:** Adli psikiyatri hastaları sık sık zorlu ve travmatik deneyimler yaşar. Bu nedenle, sabırlı olmak ve hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlamak önemlidir.
3. **Etik ve Hukuki Bilgi:** Adli psikiyatri hemşiresi, etik kurallara ve hukuki gerekliliklere uygun olarak hareket etmelidir. Hastanın gizliliğini koruma ve adil bir hukuki süreç sağlama konusunda hassas olmalıdır.
4. **Ruh Sağlığı ve Kriminoloji Bilgisi:** Psikiyatrik teşhisler, tedavi seçenekleri ve psikolojik süreçler hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir. Ayrıca, ceza adalet sistemi ve adli süreçler hakkında bilgi sahibi olmak da gerekir.
5. **Krize Müdahale Yeteneği:** Ruh sağlığı krizlerine hızlı ve etkili bir şekilde müdahale etme yeteneği, adli psikiyatri hemşiresi için önemlidir. Bu, hastaların güvenliğini sağlama ve kriz durumlarını kontrol altına alma becerilerini içerir.
6. **Çok Disiplinli İşbirliği:** Adli psikiyatri hemşiresi, adli psikiyatristler, avukatlar, ceza adaleti profesyonelleri ve diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yapmalıdır. Bu, hastaların en iyi bakımı almasını sağlar.
7. **Stresle Başa Çıkma Yeteneği:** Adli psikiyatri hemşiresi, sık sık stresli ve duygusal olarak zorlayıcı durumlarla karşılaşabilir. Bu nedenle, stresle başa çıkma becerilerine sahip olmak önemlidir.
8. **Profesyonellik:** Profesyonellik, güvendiğiniz ve saygı duyduğunuz bir sağlık uzmanı olmanızı sağlar. Hastalar ve diğer sağlık profesyonelleri arasında saygı ve güveni sürdürmek için önemlidir.
9. **Sürekli Eğitim:** Ruh sağlığı ve adli psikiyatri alanları sürekli değişiyor. Bu nedenle, adli psikiyatri hemşiresinin sürekli eğitim alması ve güncel bilgilere sahip olması önemlidir.
10. **Toplumsal Duyarlılık:** Toplumun çeşitli kesimlerine saygılı olmak ve kültürel farklılıkları anlamak önemlidir. Toplumun her üyesine adil ve etik bir bakış açısıyla yaklaşmak gerekir.

VAKA

CD, 35 yaşında bir erkek hastadır. Kendisi, suçlu olduğu iddia edilen bir cinsel saldırı vakasıyla ilgili hukuki süreçte yer almaktadır. Adli psikiyatri ekibi, CD'nin ruh sağlığına yönelik bir değerlendirme yapma göreviyle görevlendirilmiştir. Adli psikiyatri ekibi, CD ile bireysel görüşmeler gerçekleştirerek; zihinsel ve ruhsal sağlığı, tıbbi öyküsü ve olayla ilgili duygu ve düşünceleri hakkında ayrıntılı bilgi edinmiştir. Değerlendirmeler sonucunda bir ruh sağlığı raporu hazırlanmıştır. Bu rapor, CD'nin mental sağlığı, tehlikelilik durumu ve cinsel suçla ilişkilendirilip ilişkilendirilmediği hakkında bilgi içermektedir. Adli psikiyatri hemşiresi tarafından CD için diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapılarak bir tedavi ve bakım planı hazırlanmıştır. Ayrıca, hukuki süreçle ilgili avukatlarla iletişim kurarak CD'nin hukuki hakları korunmuştur. CD'nin duygusal durumu değişkenlik göstermektedir. Adli psikiyatri hemşiresi acil kriz durumlarında hızlı müdahalede bulunup, hastanın güvenliğini sağlamıştır. CD'ye suçlu olduğu iddialar ve mahkeme süreci hakkında bilgi verilmiş ve duygusal ihtiyaçları ve endişeleri ele almıştır. CD'nin topluma geri dönüşünü desteklemek ve toplum içinde daha sağlıklı bir şekilde yaşamasına yardımcı olmak amacıyla hemşireler, toplumsal entegrasyonu destekleyici kaynakları sağlamıştır.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bu vakada adli psikiyatri hemşiresinin rolü nedir?
2. Hemşire, bu tür adli psikiyatri vakalarında hastanın duygusal ihtiyaçlarını nasıl ele alabilir?
3. Hukuki süreçle ilgili avukatlar ve adli psikiyatri hemşireleri arasındaki işbirliği neden önemlidir?
4. Adli psikiyatri hemşiresinin bu tür bir vaka sırasında hastanın güvenliğini nasıl sağlayabilir?
5. Toplumsal entegrasyon destek süreci neden önemlidir ve adli psikiyatri hemşiresinin bu konuda nasıl yardımcı olabilir?
6. CD'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?

Vaka Sorularının Cevapları

1. Adli psikiyatri hemşiresinin rolü, CD'nin ruh sağlığını değerlendirmek, tedaviye katılmak, hukuki süreçte destek sağlamak, hasta eğitimi, kriz müdahalesi ve toplumsal entegrasyonu desteklemeyi sağlamaktır.

2. Hemşireler, hastanın duygusal ihtiyaçlarını anlamak için empati ve etkili iletişim kullanabilirler. Hastayı dinlemeli, endişelerini ve korkularını anlamaya çalışmalı ve gerektiğinde destekleyici psikoterapi sağlamalıdırlar.
3. Hukuki süreçte avukatlar, hastanın hukuki haklarını korurken, adli psikiyatri hemşireleri de hastanın ruh sağlığına odaklanır. İki profesyonel arasındaki işbirliği, adil bir yargı süreci sağlamak ve hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için gereklidir.
4. Hemşireler, hastanın güvenliğini sağlamak için kriz müdahalesi yapabilirler. Özellikle hastanın kendine veya başkalarına zarar verebileceği durumlarda hızlı ve etkili müdahale gereklidir.

   Psikiyatri hemşireliğinde krize müdahale aşağıdaki adımları içermektedir:

   Güvenliği Sağlama: İlk adım, hastanın ve diğerlerinin güvenliğini sağlamaktır. Potansiyel tehlikeleri belirlemek ve ortadan kaldırmak, hastanın kendine veya başkalarına zarar verme riskini azaltmak için kritik öneme sahiptir.

   Dinleme ve Empati: Kriz anında hastanın duygusal durumunu anlamak için empatiyle yaklaşmak çok önemlidir. Hastanın hislerini ve düşüncelerini dinlemek, onunla bağ kurmanıza yardımcı olabilir.

   Sakinleştirme: Hastanın sakinleşmesine yardımcı olmak için sakin ve anlayışlı bir tutum sergilemek önemlidir. Sessiz bir ortam sağlamak, rahatlatıcı nefes tekniklerini öğretmek veya müzik gibi rahatlatıcı yöntemleri kullanmak, hastanın kendini daha iyi hissetmesine yardımcı olabilir.

   Değerlendirme: Krizin nedenlerini ve şiddetini değerlendirmek, uygun müdahale stratejilerini belirlemek için önemlidir. Psikiyatri hemşiresi, hastanın zihinsel sağlığını ve mevcut durumunu değerlendirebilir.

   İlaç Yönetimi: Psikiyatrik krizlerde ilaçların kullanılması gerekebilir.

   Destek ve Danışmanlık: Psikiyatri hemşiresi, hastanın kriz sonrası duygusal olarak iyileşmesine yardımcı olabilir. Danışmanlık ve terapi kaynaklarına yönlendirebilir ve hastanın destek sistemlerini güçlendirmesine yardımcı olabilir.

   İzleme ve Değerlendirme: Kriz müdahalesinin ardından hastanın durumunu izlemek ve ilerlemenin takibini yapmak önemlidir. Gerekirse tedavi planını revize etmek veya yeni müdahale stratejileri uygulamak gerekebilir.

5. Toplumsal entegrasyon, hastanın topluma dönüşünü ve sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürmesini kolaylaştırır. Hemşireler, kaynakları sağlayarak, hastanın topluma dönüşünü destekleyebilirler. Bu kaynaklar, iş bulma yardımı, konut desteği ve toplum hizmetleri gibi çeşitli alanları içerebilir.
6. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.

- Bireysel baş etmede yetersizlik
- Bilgi eksikliği
- Düşük benlik saygısı
- Anksiyete
- Kendine ve çevresine zarar verme riski (Simmons& Grandfield, 2013; Barnao ve ark., 2015; Schmitt ve ark., 2017; Colbert & Donley, 2018).

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Etiyoloji**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
○ Bireysel baş etmede yetersizlik	Krize neden olabilecek durumların meydana gelmesi	Fiziksel/ psikolojik/ davranışsal/ kaynakların yetersizliğinden dolayı içsel ya da çevresel stresörleri yönetememe	Hastanın stresle daha etkin ve sağlıklı olarak başedebilmesi	Hasta güvene dayalı bir ilişki içinde dikkatle dinlenmelidir. Yargılayıcı olunmamalıdır. Bedensel belirtileri ile stresli yaşam olayları arasındaki ilişkiyi tanımlayabilmesi sağlanmalıdır. Daha önceki başa yöntemleri araştırılmalı, yeni baş etme yöntemleri öğretilmelidir. Hastanın belirtileri ne zaman ortaya çıkıyor ya da azalıyor fark etmesi sağlanmalıdır. Hastanın fiziksel belirtilerin ona sağladığı kazancın ne olduğu ortaya	Hasta kendini ifade edebildi. Hasta belirtileri ile yüzleşti. Hastanın belirtileri kontrol altına alınarak anksiyetesi azaltıldı.

				koyulmalıdır. Hastanın belirtilerini kontrol altına almayı sağlayacak aktiviteler konusunda bilgilendirilmelidir. Hastanın ailesi bakıma dahil edilmelidir.	
○ Bilgi Eksikliği	Hukuki süreç hakkında, tedavi ve bakım hakkında bilgi eksikliği	Hukuki süreç hakkında bilgi eksikliği, Tedavi seçenekleri hakkında bilgi eksikliği	Hastayı ruhsal ve fiziksel olarak desteklemek ve ve topluma dönüşünü kolaylaştırmak	Hastanın varsa soruları yanıtlanmalıdır. Hastaya kaynaklar sunulmalıdır. Hastaya eğitim planlanmalıdır. Hastaya yapılan her işlem öncesinde bilgilendirme yapılmalıdır.	Hasta hukuki süreçleri tanımlayabildi. Hasta tedaviler ve bakımı hakkında bilgilendirildi.
○ Düşük benlik saygısı	Kendini suçlama, özbakım	Yaşanan travmatik olay			

	sorumluluğunu yerine getirememe, sosyal ilişkilerde azalma		Hastanın benlik değerini yansıtan duygularıyla kendine, geçmişe ve geleceğe dair düşüncelerinin olumlu olması	Hasta duygularını tanıması ve ifade edebilmesi için cesaretlendirilmelidir. Hastaya zaman ayrılmalıdır. Olumlu yetenekleri ve özellikleri pekiştirilmelidir. Semptom yönetimi konusunda cesaretlendirilmelidir. Hasta yakınları ile bilgi paylaşımı yapılmalıdır. Hastanın yakınlarının belirtilere verdiği tepkinin abartılı olmaması sağlanmalıdır. Fiziksel muayenesi yapılmalıdır. Hasta ile ölçülebilir verilerini (BT, laboratuvar vs.) tartışmaktan ve inatlaşmaktan kaçınılmalıdır. Hastanın ve yakınlarının stresörlerinin ve baş etmelerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.	Hasta fiziksel bir hastalığı olmadığı gerçeği ile yüzleşti. Hasta ve yakınları yeni baş etme yöntemleri geliştirdi.
○ Anksiyete	Etkisiz problem çözme becerisi, huzursuzluk	Düşünce süreçlerinde bozulma	Düşünce süreçleri ve problem çözmedeki gelişimle ilişkili anksiyetede azalma	Gerçekçi düşünmeyi güçlendiren görüşmeler gerçekleştirilmelidir.	Hasta anksiyete uyandıran düşünce ve durumları tanımlayabildi. Gerçekçi düşünme becerisinde artış gösterdi.

				Hastanın deneyimiyle ilgili yorum doğrulanmalıdır. Gerçekçi olmayan şeyi tartışma konusuna sınır koyulmalıdır. Hastanın etrafında konuşulmamalı veya fısıldanılmamalıdır.	
○ Kendine ve çevresine zarar verme riski	Çevredeki kişi/objelere zarar vermeye yönelik davranışlar Kendine zarar verici davranışlar Anksiyete düzeyinde artma	Aşırı stres Çaresizlik duygusu	Kişinin kendisine ve başkalarına zarar vermesini önlemek.	Hastaya kendi davranışlarına sınır koymada yardımcı olunmalıdır. Anksiyete ile baş etmede alternatif yollar önerilmelidir. Hastanın anksiyetesini tetikleyen durumlarda kontrol kazanması için izin verilmelidir İlgili risk faktörleri belirlenmelidir. Hastanın doğruyu değerlendirme yetisi ölçülmeli ve şiddet potansiyelinin düzeyi değerlendirilmelidir. Hastanın kendisine ve diğer kişilere zarar vermesine neden olacak uyaranlar çevreden uzaklaştırılmalı/ kontrol altına alınmalıdır. Pozitif düşünme, meditasyon, gevşeme teknikleri ve diğer egzersizleri	Hasta çevresine veya kendisine zarar vermedi.

				kullanması için cesaretlendirilmeli dir. Düşme riski açısından hasta değerlendirilmelidi r. Hastanın güven duygusunu arttıran gereksinimleri belirlenmelidir.(en yakını, en sevdiği vb) Hekim tarafından order edilen ilaçlar uygulanmalıdır.	

SONUÇ

Adli psikiyatri hastaları genellikle ciddi ruhsal bozukluklar yaşayan ve çoğu suç işleyen, yüksek güvenlik seviyesine sahip bir kurumsal çevrede uzun süreli bakım ihtiyacı olan hasta grubudur. Adli psikiyatrik bakım, hastanın bağımsız bir yaşama dönmesini sağlayarak, toplumsal entegrasyonu sağlamayı amaçlar. Adli psikiyatri hemşireleri ise, suçla ilişkilendirilen psikiyatri hastalarının tedavi, bakım, rehabilitasyon ve haklarının korunmasında görevli psikiyatri hemşireleridir. Adli psikiyatri hemşireleri, alandaki uygulamalar ve gereksinimlerin zaman içinde değişmesine bağlı olarak hem yasal hem de tıbbi anlamda güncel bilgilere sahip olmalıdır. Bu nedenle adli psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının güncelliğinin korunması ve geliştirilmesi için eğitim programlarının düzenlenmesi ve belirli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Askola, R., Nikkonen, M., Paavilainen, E., Soininen, P., Putkonen, H., Louheranta, O. (2016). Forensic Psychiatric Patients' Perspectives on Their Care: A Narrative View. *Perspectives in Psychiatric Care,* 00, 1-10. doi: 10.1111/ppc.12201.

Atik Tosunlar, H.E. & Albal, E. (2020). Adli Vakalara Ait Psikiyatrik Süreçler. Ed.: Oflaz, F. & Yıldırım, N. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları içinde. Ankara Nobel Tıp Kitabevi, Ankara. s: 383-396.

Barnao, M. & Ward, T. (2015). Sailing uncharted seas without a compass: A review of interventions in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 22, 77–86.

Barnao, M.,Ward, T., & Casey, S. (2015). Looking beyond the illness: Forensic service users' perceptions of rehabilitation. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(6), 1025−1045.

Berring, L.L., Pederson, L., Buus, N. (2015). Discourses of aggression in forensic mental health: a critical discourse analysis of mental health nursing staff records. *Nursing Inquiry,* 22(4), 296–305. Doi: 10.1111/nin.12113.

Carrol, A., Lyall, M., Forrester, A. (2014). Clinical hopes and publicfears in forensic mental health. *J Forensic Psychiatry Psychol*, 15, 407-25.

Colbert, A. M., & Donley, S. R. (2018). Social justice and forensic nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 14(2), 51–52.

Doyle, M., Power, L.A., Coid. J., Konstantinos, K., Ullrich, S., Shaw, J. (2014). Predicting post-discharge community violence in Englandand Wales using the HCR-20V3. *Int J Forensic Ment Health,* 13, 140-7.

Hörberg, U. (2014). Caring Science and the Development of Forensic Psychiatric Caring. *Perspectives in Psychiatric Care,* 51, 277–284. doi: 10.1111/ppc.12092

Martin, T. (2008). Something special: forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* 8, 25–32.

Schmitt, T., Cross T. P., Alderden, M. (2017). Qualitative analysis of prosecutors' perspectives on sexual assault nurse examiners and the criminal justice response to sexual assault. *Journal of Forensic Nursing*, 13(2), 62–68.

Simmons, B. & Grandfield, K. (2013). Focus on forensic nursing education. *J Emerg Nurs.,* 39,633–4.

Völlm, B., Bartlett, P., McDonald, R. (2016). Ethical issues of long-term forensicpsychiatric care. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1-9. http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2016.01.005

BÖLÜM 4

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Dr. Kübra GÜLIRMAK GÜLER[1]

Arş. Gör. Dr. Elif Güzide EMİRZA[2]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431240

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Samsun, Türkiye, kubra.gulirmak@omu.edu.tr, Orcid ID: 0000-0003-4450-3737

[2] Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Samsun, Türkiye. guzzide@hotmail.com, Orcid ID: 0000-0003-3652-2428

GİRİŞ

Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB) modern psikiyatri literatüründe ilk olarak 19. yüzyılın sonlarında tanımlanmaya başlanmıştır. Ancak, bu tür davranışsal özellikler tarihte farklı terimlerle ifade edilmiştir. 1891 yılında, İtalyan psikiyatrist Cesare Lombroso, "doğuştan suçlu" olarak adlandırdığı bireyleri tanımlamaya çalışmıştır. Lombroso, bu bireylerin fiziksel özelliklerinin, antisosyal davranışlara işaret ettiğini iddia etmiştir (Augstein, 1996). Bununla birlikte, Lombroso'nun teorileri daha sonra eleştiriye uğramış ve bilimsel olarak kabul görmemiştir. 19. yüzyılın başlarına gelindiğinde, psikodinamik yaklaşımın etkisiyle, Sigmund Freud'un çalışmalarıyla birlikte kişilik bozukluklarına dair anlayışlar gelişmeye başlanmıştır. Freud'un "id, ego, süper ego" kuramı, bireylerin içsel çatışmalarını anlamaya yönelik bir çerçeve sunmaktadır (Felthouse ve SaB, 2007). ASKB terimi özellikle 20. yüzyılın ortalarında yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu dönemde, psikologlar ve psikiyatristler, toplumsal normlara aykırı davranışları sergileyen bireylerin incelenmesi ve sınıflandırılması konusundaki çalışmalarını derinleştirmiştir (Black, 2015). Günümüzde ASKB'nın tanımı ve teşhis kriterleri, psikiyatrik ve psikolojik araştırmaların sonuçlarına dayanarak belirlenmiş durumdadır. ASKB' nin genel popülasyondaki ömür boyu prevalansı %1 ila %4 arasında değişmektedir (Fisher ve Hany, 2023). 15 yaşından önceki ilk davranış bozukluğu teşhisi konması kolay değildir, çünkü birey kişilik bozukluğu tanısı konacak kadar yeterli düzeyde değerlendirilemez (Weiner ve ark., 2015). ASKB'nun cinsiyetler açısından farklılığına bakıldığında ASKB teşhisi alma olasılığı 3 ila 5 kat daha fazladır; genel popülasyon içinde %6 erkek ve %2 kadındır (Compton ve ark., 2015). Madde kötüye kullanımının ASKB teşhisiyle önemli bir ilişkisi olduğu bulunmuştur; eğitim ve zeka negatif bir ilişki gösterirken, daha düşük IQ seviyeleri ve okuma seviyelerine sahip bireyler arasında ASKB prevalansının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Fisher ve Hany, 2023; Demir ve ark., 2023). Araştırmalar, suçlu popülasyonlarda yaşla birlikte prevalans oranlarında azalma olduğunu göstermiştir; bunun nedeni olarak, yaşla birlikte kişilik özelliklerindeki değişiklikler ve artan ölüm oranları olduğu öne sürülmüştür (Fragkaki ve ark., 2018; Yanık ve Ediz, 2022; Fisher ve Hany, 2023). ASKB, oluşumuna yol açan faktörlerin kompleks bir kombinasyonunu içermektedir. Bu faktörler genellikle genetik ve çevresel etmenler olarak sınıflandırılmaktadır (DeLisi ve ark., 2019). Ailesinde antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerde, bu bozukluğa sahip olma olasılığı daha yüksek

olabilmektedir. Ayrıca, nörolojik ve genetik faktörlerin, bilişsel işlevlerin düzenlenmesindeki farklılıkların da bu bozuklukla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Brazil ve ark. 2018). Çevresel faktörler de ASKB ortaya çıkmasında önemli bir rol oynar. Özellikle çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler, aile içi istismar, ihmal veya şiddet gibi durumlar, antisosyal kişilik özelliklerinin ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (Yarayan ve ark., 2020; Fisher ve Hany, 2023). Ayrıca, düşük sosyoekonomik seviye, suçla yoğunlaşmış bölgelerde büyüme, ebeveynlerin antisosyal davranışları veya tutarsız disiplin yaklaşımları da risk faktörleri arasında yer alabilir. Bu faktörler, bireyin sosyal etkileşimlerini, duygusal gelişimini ve davranışsal tepkilerini etkileyerek antisosyal kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir (Falcus ve Johnson, 2018). Genel olarak ASKB olan kişilerde gözlemlenen belirtiler şunlardır;

- ***Yasaları Çiğneme ve Hukuki Sorunlar:*** ASKB olan bireyler, yasalara uymama eğilimindedirler. Bu durum, hırsızlık, dolandırıcılık, saldırı, hatta cinayet gibi suçlara karışma potansiyelini içerir. Bu bireyler sıklıkla tutuklanır ve yargılanır.
- ***Empati Eksikliği ve Duyarsızlık*:** ASKB olan bireyler, diğer insanların duygularına ve haklarına saygı göstermezler. Empati eksikliği gösterirler ve başkalarının acı çekmesi ya da zarar görmesi onları pek etkilemez.
- ***Manipülasyon ve Aldatma:*** Bu bireyler, kişisel kazanç elde etmek için manipülatif davranışlara başvurabilirler. Yalan söyleme, başkalarını kandırma ve çıkar sağlama konusunda yeteneklidirler.
- ***Sorumluluk Alma Zorluğu*:** ASKB olan bireyler genellikle kendi davranışlarından sorumlu tutulmayı reddederler. Hatalarını kabullenmek ve sonuçlarıyla yüzleşmek konusunda direnç gösterirler.
- ***İş Sürdürme Problemleri:*** Uzun süreli iş ilişkileri kurmakta zorlanırlar. İşyerinde sürekli sorunlar yaşarlar, kurallara uymakta zorlanır ve iş yerinde istikrar sağlayamazlar.
- ***İmpulsivite:*** Ani, düşünmeden hareket etme eğilimindedirler. Sonuçları düşünmeden kararlar alabilirler.
- ***Kendini Tehditkâr Davranışlar:*** ASKB olan bireyler, kendilerini ve çevresindekileri tehlikeye atacak şekilde davranabilirler. Bu, kavga etme, silah kullanma veya şiddet eğilimini içerebilir.

- ***Stabil İlişki Kuramama:*** ASKB bireyler, sağlam ve stabil ilişkiler kurmakta zorlanırlar. İlişkileri genellikle çalkantılı, manipülatif ve kısa ömürlü olabilir.

VAKA

Bay E., 32 yaşında, orta büyüklükte bir şehirde yaşayan bir bireydir. Dışarıdan bakıldığında, enerjik ve sosyal bir birey olarak görünmektedir. Ancak, yakın ilişkileri ve iş hayatı, onun gerçek kişiliğinin ardındaki karmaşık tabloyu yansıtmaktadır. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, sürekli olarak okul kurallarını çiğneyen ve hukuki sorunlar yaşayan bir kişi olarak tanınmıştır. Hırsızlık gibi suçlara karışmış, birkaç kez tutuklanmıştır. Bu dönemde, empati eksikliği ve duyarsızlık belirgin bir şekilde göze çarpmaktadır. Diğer öğrencilerin ve öğretmenlerin duygularını anlamakta zorlanmaktadır. Gençliğinde, okulda disiplin sorunları yaşamış ve sık sık dışlanmıştır. Zamanla, Bay E.'nin antisosyal davranışları artmaya başlamıştır. Okulun kütüphanesinde yangın çıkarmaktan, saldırıya kadar çeşitli suçlara karışmıştır. Bay E., anne ve babasına karşı da oldukça ilgisiz ve saygısız davranmaktadır. Ailenin desteğe ihtiyacı olduğu kriz dönemlerinde Bay E. evden uzaklaşmakta, eve uğramamaktadır. Anne babası her ne kadar Bay E. ile iletişim kurmak istese de bunu başaramamışlardır. Yetişkinlik döneminde de Bay E.'nin iş hayatı oldukça istikrarsızdır. Çeşitli işlerde çalışsa da genellikle kurallara uymakta güçlük çekmekte ve sürekli olarak iş yerinde sorunlar yaşamaktadır. Patronları ve iş arkadaşları, Bay E.'nin manipülatif davranışlarından ve sorumsuzluğundan şikayetçi olmaktadır. Uzun süreli iş ilişkileri kurmakta güçlük çektiği için iş değiştirmesi sıkça olmaktadır. Bay E., partnerleriyle ilişkilerinde de sık sık kandırmacalı davranışlara başvurmakta ve duygusal istikrarsızlık yaşamaktadır. Bu nedenle, ilişkileri genellikle çalkantılı ve uzun ömürlü olmamaktadır. Aile üyeleri ve arkadaşları, Bay E.' nin sık sık kendini tehlikeye attığını gözlemlemektedir. Özellikle kızgın olduğu zamanlarda, agresif ve tehditkâr olabilmektedir. Bay E.'ye işlediği adli suçlardan dolayı psikiyatri hastanesine zorunlu yatış kararı verilmiştir. Adli Psikiyatri servisinde yatan hastaya farmakolojik ve psikoterapötik müdahale planı oluşturulmuştur. Servis doktoru Risperidon, Sitalopram ve Okskarbazepin başlamıştır. Klinikte yapılan ilk görüşmede kendisinin hayata ilişkin umutları, beklentileri konuşulmuştur. Ayrıca psikoterapi seansında bazı yerlerde davranışçı terapi ve ortam terapisi kullanılmasına karar verilmiştir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bay E.'nin tıbbi tanısı nedir?
2. Bay E.'nin aldığı Risperidon, Sitalopram ve Pregabalin hangi ilaç gruplarına aittir?
3. Pregabalin'in bağımlılık yapma riski var mıdır?
4. Risperidon, Sitalopram ve Pregabalin ilaçları kullanırken nelere dikkat edilmesi gerekir?
5. Risperidon, Sitalopram ve Pregabalin ilaçların antidotu olan ilaçların ismi nedir?
6. Risperidon, Sitalopram ve Pregabalin ilaçların yan etkileri nelerdir? Hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
7. Bay E.'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
8. Başkalarına zarar verme riski olan hastaya ekip olarak yaklaşım nasıl olmalıdır?
9. Başkalarına zarar verme riski olan hastaya yapılabilecek hemşirelik girişimleri nelerdir?
10. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka Sorularının Cevapları

1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu
2. Risperidon, antipsikotik ilaç grubundan; Sitalopram, Seçici serotonin gerialım inhibitörü (SSRI); Pregabalin ise antikonvülsan ilaç grubuna girmektedir.
3. Uzun süre ve yüksek dozda alındığında bağımlılık riski olabilir.
4. *Pregabalin: Bu* ilaç aniden bırakılmamalıdır. En az bir hafta süre ile kademeli olarak azaltılarak sonlandırılmalıdır. İlacı bıraktıktan sonra bazı yan etkiler görülebilir. Bunlar, uyuma zorluğu, baş ağrısı, mide bulantısı, kaygı, ishal, nezle benzeri belirtiler, havale, sinirlilik, depresyon, ağrı, terleme, sersemlik ve anlamlı fiziksel bağımlılıktır. *Risperidon:* Uzamış QT sendromu (kalpte ciddi aritmilere ve ani ölümlere yol açabilen bir durum) olan kişilerde kullanılmamalıdır. Risperdal kan basıncında düşüklüğüne sebep olabilir. İlaç dozunuzun ayarlanması gerekebilir. *Sitalopram:* Kullanan kişilerde ilk iki hafta içerisinde kendine zarar verme veya kendini öldürme düşünceleri olabilir.

Yüksek ateş, aşırı huzursuzluk, zihin bulanıklığı, titreme ve ani kas kasılması olabilir. Bu durum, değişik antidepresanların birlikte kullanımı ile bildirilen ve serotonin sendromu adı verilen ve nadiren görülen bir durumun işareti olabilir. Bu nedenle dikkatli olunmalıdır.

5. Antikolinerjik zehirlenmenin antidotu, fizostigmin olarak adlandırılır. Fizostigmin, beyin ile kan arasındaki bariyeri geçerek antikolinerjik enzimleri geçici olarak engeller. Fizostigmin, koma, nöbetler, şiddetli kas hareketleri, halüsinasyonlar, huzursuzluk ve solunumun yavaşlaması gibi önemli merkezi belirtiler konusunda büyük bir öneme sahiptir.
6. *Pregabalin* kullanımının yaygın yan etkileri arasında baş dönmesi, yorgunluk hissi, bulanık görme, konsantrasyon sorunları, kilo alma, el ve ayaklarda şişlik, sindirim problemleri (örneğin mide bulantısı, kabızlık), ruh halinde değişiklikler (depresyon veya sinirlilik) yer alır. *Risperidon,* antipsikotik bir ilaç olup kullanımının yaygın yan etkileri arasında baş ağrısı, baş dönmesi, uyku hali, ajitasyon, iştah artışı, kilo alma, sindirim sorunları (örneğin, mide bulantısı, kabızlık veya ishal), kas hareketlerinde kontrol kaybı, titreme ve cinsel işlev bozuklukları yer alır. Seçici serotonin geri alım inhibitörü olan *sitolapramın* yaygın yan etkileri ise şunlardır: baş ağrısı, baş dönmesi, mide bulantısı, kabızlık veya ishal, iştah değişiklikleri, uyku bozuklukları (uykusuzluk veya aşırı uyuma), cinsel işlev bozuklukları, titreme, terleme ve kas zayıflığı. Nadir durumlarda, ruh halinde veya davranışlarda değişiklikler, ajitasyon veya düşünce/duygusal değişiklikler gözlenebilir.

   Hemşire olarak yapılması gerekenlerden bazıları aşağıda verilmiştir.

   I. Her ilacın hastalığı veya semptomları nasıl tedavi ettiği, ne kadar süre kullanılması gerektiği ve nasıl alınması gerektiği hakkında açıklamalar yapılmalıdır.
   II. İlaçların potansiyel yan etkileri ve bunların nasıl yönetilebileceği hakkında bilgi verilmelidir. Özellikle dikkat edilmesi gereken yan etkiler ve bunların doktora bildirilmesi gereken durumlar vurgulanmalıdır.
   III. Diğer ilaçlarla etkileşime girebilecekleri veya besinlerle etkileşebilecekleri konusunda bilgilendirme

yapılmalıdır. Özellikle alkol veya belirli gıdalarla etkileşebilecek ilaçlar varsa bunlar açıklanmalıdır.

IV. İlacın birden bırakılmaması veya doz değişikliklerinin doktor kontrolünde yapılması gerektiği vurgulanmalıdır. Özellikle ani kesilmenin veya doz değişikliklerinin yan etkilere yol açabileceği belirtilmelidir.

V. Eğer hasta hamile ise veya hamilelik planlıyorsa, ilaçların potansiyel etkileri ve bu durumda yapılması gerekenler hakkında doktorla görüşme gerektiği belirtilmelidir.

VI. İlaçların etkinliği ve yan etkilerinin takibi için düzenli doktor kontrollerinin önemi vurgulanmalıdır.

VII. Acil durumlarda ne yapılması gerektiği ve hangi durumlarda tıbbi yardım alınması gerektiği konusunda hasta ve aile bilgilendirilmelidir.

VIII. Herhangi bir sorun, yan etki veya endişe durumunda doktorla iletişime geçilmesi gerektiği vurgulanmalıdır.

7. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.
   - Etkisiz baş etme
   - Anksiyete
   - Disfonksiyonel aile içi süreçler
   - Dürtü kontrolünde eksiklik
   - Emosyonel kontrolde değişkenlik
   - Yalnızlık riski
   - Başkalarına zarar verme riski
   - Etkisiz inkâr

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Anksiyete	1.Yüzde kızarma 2.Huzursuzluk 3.Çok sinirli ve gergin olma 4.Endişe 5.Öfke patlamaları	1.Başkaları tarafından kabul edilmeme 2.Mesleki değişimler 3.Duygusal istikrarsızlık	1.Kendi anksiyetesi ve baş etme örüntülerini tanımlaması 2.Anksiyeteyi azaltacak en az iki strateji belirlemesi	1.Hastanın anksiyete düzeyi değerlendirilir. 2.Rahatlık ve güvence sağlanır. 3.Bireyin yanında olunur. 3.Mevcut baş etme mekanizmaları desteklenir. 4.Kısa basit cümleler kurulur. 5. Kişisel alana saygı gösterilir. 6.Empatik davranılır. 7.Yönetilebilir problemlere odaklanılır. 8.Karşılanmamış gereksinimler değerlendirilir, 9.Anksiyeteyi hissetmeden hemen önce bireyin yaşadıklarını anımsaması ve tanımlaması için cesaretlendirilir. 10. Bireye atılganlık eğitimi verilebilir. 11.Gevşeme tekniklerinin öğretimi yapılır.	1.Hasta anksiyetesinin azaldığını ifade etti. 2.Hasta anksiyeteli hissettiğinde bunu azaltmak için hangi baş etme mekanizmalarını kullanacağını ifade etti.

Hemşireli k tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Etkisiz Başetme	1.Bireysel ve toplumsal kaynaklara ilişkin bilgi eksikliği, 2.Kaynakları kullanmada yetersizlik, 3.Stresörleri gerçekçi anlamlandırmad a yetersizlik. 4.Düşük engellenme toleransı 5.Dürtüsel davranış 6.Hazzı ertelemede yetersizlik 7.Kuralları takip etme ve yasalara uymada zorluk 8.Pişmanlık duygularının eksikliği 9.Sosyal olarak kabul edilemeyen davranış 10.Dürüst olmama 11.Etkisiz kişilerarası ilişkiler	İçgörü eksikliği nedeniyle yardım arama davranışını n olmayışı	1.Mevcut uygunsuz baş etme davranışlarını bilmesi ve tanımlaması, 2.Kişinin güçlü yönlerini tanıması ve etkili baş etme yöntemleri edinebilmesi 3.Hastaneye yatışı boyunca kendine ya da başkalarına zarar vermekten kaçınması 4.24 ila 48 saat içinde hastanede yatmaya öncülük eden davranışları tanımlaması. 6.Terapötik çevre sınırları içinde faaliyette bulunabilmesi . Örneğin, 2 ila 3 gün içerisinde sigara içmeme kurallarına uyma, grup aktivitelerine katılım gibi.	1.Hasta, çevresel unsurların güvenli bir ortamda başkaları için potansiyel bir risk oluşturabileceği göz önünde bulundurularak, etrafındakilerin emniyetinin sağlanması. 2.Antisosyal kişilik bozukluğu teşhisi konulan bireylerin genellikle başkalarına zarar verme eğilimlerinin değerlendirilmes i ve sürekli olarak bu potansiyel riskin göz önünde bulundurulması. 3.Hasta, çevresiyle etkileşime girdiğinde gösterebileceği tepki yeteneğindeki değişiklikler nedeniyle, yeni etkileşimlerin kısıtlanması ve aynı personel ile çalışılması. 4.Hasta ile	Bireyin klinik içinde basit problemlerle baş etmede zorlanmadığ ı gözlendi.

				iletişim, net ve öz olmalı, kısa cevaplar teşvik edilerek iletişim kurulmalı ve fazla soru sormaktan kaçınılmalıdır.	

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Dürtü Kontrolünde Eksiklik	1.Düşünmeden hareket etme 2.Öfke patlamaları 3.Heyecan arama 4.Bağımlılıklar. 5.Başkasına zarar verme 6.Madde kullanma	1.Kişilik bozukluğu 2.Madde bağımlılığı 3.Etkisiz başetme 4.İnkâr 5.Strese yatkınlık	1.Dürtüsel davranışların sonuçlarını tanımlar 2.Dürtüsel davranışın öncül duygularını tanımlar 3.Dürtüsel davranışı kontrol eder	1.Saygılı, tarafsız bir şekilde beklenen davranışlar, sınırlar ve sorumluluklar bireye açıklanır. 2.Grup terapisine katılım için birey cesaretlendirilir.	Hasta dürtüsel davranışlarından bazılarını tanımladı ve bunları düşünmeden yaptığını kabul etti.

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Emosyonel Kontrolde Değişkenlik	1.Ruhhalinde değişkenlik/dalgalanma 2.Öfkepatlamaları tehditler/objeleri fırlatma 3.Duygusal istikrarsızlık 4. Benlik saygısında değişimler	1.Kişilik bozukluğu 2.Benlik saygısında değişimler 3.Stresörler	Duygu durumu istikrarının korunması	1. Emosyonel değişikliğin fizyolojik ve psikolojik nedenleri açıklanır. 2.Tetikleyiciler gözlemlenir 3.Bireyin kontrolsüz patlamasına tanık olanlara bilgi ve danışmanlık verilir. 5.Aileye ve kişiye gerekirse danışmanlık verilir.	Hasta emosyonel tepkilerindeki uyumsuzlukları tanımlayabildi.

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Disfonksiyonel aile içi süreçler	1.Öfkenin uygunsuz ifadesi 2.Problemi inkâr etme 3.Yardım almayı reddetme 4.İletişim yetersizliği 5.Rasyonalizasyon 6.Anksiyete 7.Güvensizlk	Durumsal krizler	1.Yıkıcı olan tepki örüntülerini tanıması 2.Bireysel ve aile terapisi için sağlanabilecek kaynakları tanıması	1.Aile yapısının değerlendirilmesi 2.Ailenin içinde bulunduğu durum hakkındaki inançlarını ve amaçlarının ortaya konması	Hasta ailesine karşı daha olumlu ifadelerde bulundu.

	8.Aile dinamiklerinde rahatsızlık 9.Çelişkili, tutarsız/paradoksal iletişim 10.Sevgi ve acımada belirsizlik				

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Yalnızlık Riski	-	1.Saldırgan ve agresif davranışlar 2.Duygusal istikrarsızlık 3.Empati eksikliği ve duyarsızlık 4.Maniplatif ve kandırmacalı davranışlar 5.Sorumluluk almama 6.İletişim kurmama	1.İzoloasyon duygularının nedenlerini tanımlaması 2.Anlamlı ilişkileri artırma yolları tartışması.	1.Hastanın yalnız kalmasına neden olabilecek olumsuz davranışlarını fark etmesi sağlanır. 2.İlişkilerinde istikrarsızlığın nedenleri ve sonuçları hakkında konuşulur. 3.Empati yapabilme becerisi kazanabilmesi için gerekli bilgiler verilir, rol play uygulamaları yapılır. 4.Diğer insanlar için zararlı olabilecek davranışları fark ettirilerek, neden-sonuç ilişkisi	Hasta ilişkilerindeki sorunlar üzerinde düşüneceğini ve bu konuda daha fazla sorumluluk almak istediğini ifade etti.

				kurması sağlanır. 5.İlişkilerinde yapıcı ve sorumluluk alıcı bir tavır sergilemesinin yalnızlık riskini azaltabileceği hakkında konuşulur.	

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Etkisiz İnkâr	1.Belirtileri göz ardı etmek. 2.Durumun yaşam üzerindeki etkilerini inkâr etmek. 3.Tedaviyi reddetmek veya ertelemek. 4.Sıkıntılı durumlarda duyarsız bir tavır sergilemek.	1.Sağlık sorununu kabulleneme me. 2.Geçmişteki olumsuz deneyimlerle ilişkili hastalıkla ilgili anılar. 3.Hastalıkla bağlantılı endişe ve korku. 4.Sağlık sorununun yarattığı kayıplar.	1.Kişi mevcut durumun ciddiyetini gerçekçi bir şekilde vurgular. 2.Semptomlarla ilişkili korku, endişe, kaygı ve anksiyeteyi ifade eder. 3.Karşılaştığı zorluklarla ilgili umutlarını ifade eder. 4.Yardım talebini kabul eder	1.Hastanın durumla ilgili algısı tanımlanır. 2.İnkarın derecesi tespit edilir. 3.Semptomlara dair yorumların gerçeklik seviyesi belirlenir. 4.Hastalığın yaşam üzerindeki etkisi değerlendirilir. 5.Güvenli ve rahat bir ortam sağlanır, tehdit unsuru oluşturulmaz. 6.Hastanın duygularını ifade etmesine olanak sağlanır. 7.Hastanın görüşleri önyargısız dinlenir. 8.Davranışların mevcut duruma etkisi değerlendirilir. 9.Hastanın güçlü yanları üzerinde durulur. 10.Farkında olmadığı güçlü yönleri ortaya çıkarmak için çalışılır.	Hasta hastaneye yatış nedeninin başkasına verdiği zarardan dolayı olduğunu ifade etti.

8. Hasta başkalarına zarar verebilecek potansiyel bir durumdaysa, multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir. Öncelik, herkesin güvenliği sağlamaktır. Psikiyatrik acil durumlar için mental sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekip devreye girmelidir. Hasta ile empati ve anlayış içinde iletişim kurularak durumu değerlendirilmeli ve olası riskler belirlenmelidir. Planlama aşamasında hasta yakınları veya bakıcıları da sürece dahil edilmeli ve gerektiğinde destek vermeleri sağlanmalıdır. Hasta sürekli gözlem altında tutulmalı ve gerekli olabilecek acil durum müdahaleleri için eğitimli personel hazır bulundurulmalıdır. Bu yaklaşım hem hastanın güvenliğini sağlamak hem de çevresindekilerin emniyetini garanti altına almak için kritik önem taşımaktadır.
9. Başkasına zarar verme riski olan hastaya uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır;
   - Hasta veya başkalarının güvenliğini sağlamak için acil durum protokolleri uygulanmalıdır. Özellikle kesici, delici veya diğer zarar verebilecek nesneler hastadan uzaklaştırılmalı veya güvenli bir yerde tutulmalıdır.
   - Hasta sürekli gözlem altında tutulmalıdır. Davranışlarını, sözel ifadelerini ve genel durumunu sürekli izlemek önemlidir. Hangi durumlarda riskin arttığı veya azaldığı belirlenmeye çalışılmalıdır.
   - Hasta ile empati ve anlayış içinde iletişim kurulmalıdır. Hastanın duygularını anlamak ve sakinleşmesine yardımcı olmak önemlidir.
   - Hasta, güvenli bir ortamda tutulmalı ve gerektiğinde izole edilmelidir. Bu, hasta ve çevresindekilerin güvenliğini sağlamak için önemlidir.
   - Hemşire, hastanın olası zarar verme durumlarına karşı acil durum müdahale planları oluşturmalıdır. Bu planlar, hızlı ve etkili müdahale için talimatlar içermelidir. Durum ciddiyse veya risk artarsa, acil durumlar için psikiyatrik danışmanlık veya uzman desteği alınmalıdır. Hasta durumunu

değerlendirmek ve uygun tedavi planlarını belirlemek için ekiple iş birliği yapılmalıdır.

10. Hastaya hemşire olarak verilebilecek eğitimlerden örnekler verilmiştir.
    - Empati ve İletişim Becerileri Geliştirme
    - Sınırların Belirlenmesi ve Korunması
    - Kriz Yönetimi ve Müdahale Becerileri
    - Grup Terapisi Yönetimi
    - Zorlayıcı Davranışların Yönetimi
    - Duygusal Düzenleme ve Stres Yönetimi
    - Tedavi Uyumunu Artırma

SONUÇ

Antisosyal kişilik bozukluğu, karmaşık ve uzun vadeli tedavi gerektiren bir durumdur. Psikiyatrik bakım, bireyin sosyal becerilerini geliştirerek empati yeteneğini artırma, olumsuz davranışları kontrol etme ve suç eğilimini azaltma üzerine odaklanır. Terapi süreci, bireyin düşünce kalıplarını değiştirme ve farkındalık artırma yoluyla olumsuz davranışları anlama ve değiştirme amacı taşır. Tedavi, bireyin motivasyonunu koruması, düzenli terapiye katılımı ve destekleyici bir çevre oluşturması açısından önemlidir. İlaç tedavisi bazen semptomları hafifletmeye yardımcı olabilir, ancak tedavinin başarısı bireyin terapi sürecine aktif katılımına ve değişime olan istekliliğine bağlıdır. Özellikle kişiselleştirilmiş bir yaklaşımla, uzun süreli ve sabırlı bir çaba gerektiren bu süreçte, bireyin kendi iyiliği için çaba göstermesi önemlidir.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 91-112.

Augstein, H. F. (1996). JC Prichard's concept of moral insanity—A medical theory of the corruption of human nature. Medical History, 40(3), 311-343.

Black, D. W. (2015). The natural history of antisocial personality disorder. The Canadian Journal of Psychiatry, 60(7), 309-314.

Brazil, I. A., van Dongen, J. D., Maes, J. H., Mars, R. B., & Baskin-Sommers, A. R. (2018). Classification and treatment of antisocial individuals: From behavior to biocognition. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 91, 259-277.

Carpento, J.L. (2022). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. eds. Erdemir, F. Türk, G. 15 th ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., Colliver, J. D., & Grant, B. F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Journal of Clinical Psychiatry, 66(6), 677-685.

DeLisi, M., Drury, A. J., & Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. Comprehensive psychiatry, 92, 1-6.

Demir, G. T., Cicioğlu, H. İ., & Yarayan, Y. E. (2023). Algılanan Fiziksel ve Bilişsel Yorgunluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi (AFBYÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi, 6(3), 715-726.

Engin, E., Ergün, G. (2014). Depresyon. In: Çam O, Engin E, eds. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; p: 335-366.

Falcus, C., & Johnson, D. (2018). The violent accounts of men diagnosed with comorbid antisocial and borderline personality disorders. International journal of offender therapy and comparative criminology, 62(9), 2817-2830.

Felthouse, A., & Saß, H. (2007). The international handbook of psychopathic disorders and the law: Laws and policies, vol II.

Fisher, K. A., & Hany, M. (2019). Antisocial personality disorder.

Fragkaki, I., Cima, M., Verhagen, M., Maciejewski, D. F., Boks, M. P., Van Lier, P. A., ... & Meeus, W. H. (2019). Oxytocin receptor gene (OXTR) and deviant peer affiliation: a gene–environment interaction in adolescent antisocial behavior. Journal of youth and adolescence, 48, 86-101.

Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: Bireyselleştirilmiş bakım. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1), 46-59.

Yanık, D., Ediz, Ç. (2022). Determining the attitudes and behaviors of university students towards dating violence, and the levels of psychological resilience and burnout. Anatolian Journal of Health Research, 3(3), 119-125. https://dx.doi.org/10.29228/anatoljhr.64192

Yarayan, Y. E., Yıldız, A. B., Gülşen, D. B. A., & İlhan, L. (2020). Futbolculuk Seviyesi Prososyal ve Antisosyal Davranışların Bir Belirleyicisi Midir? Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 18(4), 125-133. https://doi.org/10.33689/spormetre.679950

Werner, K. B., Few, L. R., & Bucholz, K. K. (2015). Epidemiology, comorbidity, and behavioral genetics of antisocial personality disorder and psychopathy. Psychiatric annals, 45(4), 195-199.

BÖLÜM 5

BAĞIMLI KİŞİLİK BOZUKLUĞU VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Büşra KARAYUMAK

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431248

[1] Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Reşadiye MYO,Yaşlı Bakımı Programı,Tokat, Türkiye busra.altintas@gop.edu.tr, Orcıd ID: 0000-0001-5041-9043.

GİRİŞ

Bağımlılık; cinsiyet, kültür ve etnik kökenden bağımsız olarak her birey tarafından paylaşılan evrensel bir deneyim olmasının yanı sıra, çocukluk yaşantılarında ve yetişkinlik döneminde de insan ilişkilerinde önemli bir rol oynamaktadır (Bornstein, 1992). Fakat, aşırı düzeye ulaşan bağımlılık durumu patolojik hale gelmekte işlevsellikte ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalara sebep olabilmektedir. Bu yönden bakıldığında, aşırı bağımlılık ve itaatkar davranışlar "Bağımlı kişilik bozukluğu" ile ilişkilendirilmektedir (Beck, Freeman, ve Davis, 2003; Sperry, 2003).

Bağımlı kişilik bozukluğu, temel olarak bireyin kendisine dair çaresizlik/yetersizlik hissi hissetmesi ve başkalarının güçlü ve becerikli olduğu inancını taşıması ile ilişkisel davranışları etkileyen bir kişilik bozukluğu olarak karşımıza çıkmaktadır (Disney, 2013; Gudjonsson ve Main, 2008).

Ruh sağlığı uzmanlarının başvurduğu Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısına (DSM-5) göre bağımlı kişilik bozukluğu kaygılı ve korkulu tip olarak kabul edilen C kümesi kişilik bozuklukları arasında yer almaktadır. Teşhisi için aşağıdaki maddelerden beşi veya daha fazlasının genç yetişkinlikten itibaren mevcut olması beklenmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014);

- Başkalarından güvence almadıkça gündelik kararlarını vermekte zorlanma
- Yaşamının çoğu alanında, başkalarının kendisinin yerine sorumluluk almasını isteme
- Başkalarıyla farklı veya zıt görüşte olduğunu, desteklerini çekecekleri veya kabul görmeyeceği endişesiyle söyleyememe
- Kendi yargılarına güvenememe veya yapabileceğine inanmama durumundan kaynaklı kendi başına bir işe girişmekte veya bir iş yapmakta zorlanma
- Başkalarından destek alabilmek için hoşlanmadığı işleri yapmaya, kişiliklerinden ve kurallarından taviz vermeye kadar gidecek ölçüde aşırı uçlara yönelme
- Yakın bir ilişkisi sonlandığında bir bakım veya destek kaynağı olması için doğrudan başka bir ilişki arayışı içine girme

- Kendi başının çaresine bakma durumunda bırakılacağı korkusuyla gerçekçi olmayan bir biçimde uğraşma
- Kendisine bakamayacağına ilişkin aşırı endişelerinden dolayı yalnız kaldığında kendisini rahatsız ya da çaresiz hissetme

Bağımlı örüntü sergileyen kişiler doğru kararlar veremeyeceklerine inanırlar. Bu yüzden, hayatlarını etkili sürdürebilmek için kendilerinden güçlü bir kişinin varlığına ve ona güvenmeye ihtiyaç duyarlar. Bu güçlü kişinin onlara yanlış davranışlarda bulunduğunu düşünseler dahi, reddedilme yahut terkedilme ihtimalinin oluşturacağı ciddi kaygıdan uzaklaşmak için tam bir itaat içerisinde bulunurlar ve yapışkan tavırlar sergileyebilirler. Hissettikleri en temel duygular yetersizlik, güvensizlik, özgüven eksikliğidir (Beck ve ark., 2003; Arntz, 2012; Yanık ve Arslan, 2023).

Bağımlı kişilik bozukluğuna literatürde diğer kişilik bozukluklarına kıyasla (örneğin; paranoid, narsistik kişilik bozukluğu) daha az rastlanıyor olsa da, literatür ışığında toplumdaki bireylerin her 100'ünün 1 ila 3'ün de bağımlı kişilik bozukluğunun var olduğunu ve bu oranların klinik tanılamaya gidildiğinde 5 ila 10 bireye kadar yükseldiğini ortaya koymaktadır (Trull ve ark., 2010; Bornstein, 2012). Kadınlarda %40 oranında erkeklere göre daha sık rastlandığı bildirilmektedir (Simonelli ve Parolin, 2017). Kişilik bozukluklarının ise yaklaşık yüzde %2,5'ini oluşturmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

İlgili araştırmalara bakıldığında bağımlı kişilik bozukluğu, depresyon, kaygı, yeme bozukluğu, somatizasyona yönelik riskle ilişkilendirilmiştir. Bireyler bağımlı kişilik bozukluğu şikayetinden çok genel olarak bu durumla birlikte görülen kaygı, depresif belirtiler ya da alkol kullanım bozukluğu gibi problemler için bir uzmana başvurmaktalardır (Borstein, 2004).

Literatürde yer alan çalışmalar bağımlı kişilik bozukluğuna farklı faktörlerin etkileri hakkında bilgi vermektedir. Bu faktörler arasında genetik faktörler, ebeveyn davranışları, kültür, hastalık geçmişi ve erken dönemde cinsel istismar da görülmektedir (Bornstein, 2007).

Bağımlı kişilik bozukluğu, kişilik bozuklukları sınıflandırmasına göre C kümesi içerisinde yer almaktadır ve bu kümede yer alan kişilik bozukluklarının diğer kümelere oranla bakıldığında tedavi edilebilirliği daha

yüksek olarak görülmektedir. BKB tedavisi sürecinde ilişkili bozukluklar ve alt semptomlarının tedavisinde belirli dönemlerde ilaç tedavisi kullanılabildiği gibi bazı psikoterapi yaklaşımlarından olan Sorun-Çözme Terapisi, Bilişsel Davranışçı Terapi gibi yaklaşımlar da literatürde yer almaktadır. Doğrudan BKB tedavisi amacıyla onaylanmış bir ilaç bulunmamakla birlikte ilaçların bağımlılık yaratma ihtimalleri de BKB için özellikle risklidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014; Bender, 2005).

Bağımlı kişilik bozukluğu olan bireylerle çalışmak, sabır, anlayış ve duyarlılık gerektiren bir süreçtir. Hemşirelik bakımı, bireyin bütüncül sağlığını desteklemek ve yaşam kalitesini artırmak için bu özel ihtiyaçlara uygun bir şekilde uyarlanmalıdır. Yatan hastalara uygulanacak bakım planları, hastanın duygu-düşünce-davranış ilişkisi örüntülerini, tutumlarını kapsamlı olarak ele almak için yerinde bir yöntem olarak kullanılmalıdır (Woods ve Richards, 2003). Bunun yanı sıra hemşireler, kişilik bozukluğu olan bireylerin tedavisine yardımcı olmak için bilişsel-davranışçı terapi, bilişsel ve davranışsal yaklaşımlar, problem çözme eğitimi ve bilişsel beceriler yöntemlerini kullanmaktadırlar (Tennant ve ark., 1999; Donnelly ve Scott, 1999).

VAKA

Bayan S., 41 yaşında, altı yıllık evli, bir çocuklu, özel bir şirkette çalışmaktadır. Kliniğe yaşadığı depresif belirtiler sebebiyle endişelenen eşi tarafından getirilmiştir. Depresif belirtileri, sürekli halsizlik, uyku sorunları ve düşük özsaygı ile kendini göstermektedir. Bayan S.'nin eşiyle iletişim problemleri yaşadığı bu durumun varlığının uzunca bir süredir olduğu, eşiyle boşanmanın kıyısına yaklaştığı ve bu durumdan oldukça korktuğu öğrenilmiştir. Görüşmeler süresince oldukça gergin gözüktüğü, sıklıkla duygusallaşıp ağlamaya başladığı gözlenmiştir. Bayan S. kendisini beceriksiz ve rollerini yerine getiremeyen biri olarak nitelendirmektedir. En basit kararları dahi eşine sormak istediği ve eşinin onu yalnız bırakması ihtimalinden çok korktuğu öğrenilmiştir. Eşiyle ilgili düşüncelerini "Ben o olmadan ne yaparım? Bana kim bakar? Onsuz terapiye bile gelemem!" olarak ifade etmiştir. Aile ilişkisinde, sürekli olarak onay arayışında olması ve eşinin isteklerini öncelikli hale getirmesi ve kendi ihtiyaçlarına duyarsızlık eşini de rahatsız etmekte ve ilişkisinin dengesini bozmaktadır. Öte yandan, uzun yıllardır aynı yerde çalışmasına rağmen başlangıç pozisyonunda çalışmaktadır. Kendisinin yüksek olasılıkla yöneticilik yapamayacağı ya da

diğer insanlarla ilgili kararlar alamayacağı gerekçeleriyle gelen yükselme tekliflerini geri çevirmiştir. Kişisel hedeflerini sürekli olarak başkalarının istekleri üzerine ertelemektedir. Bu durum, hem iş hem de sosyal ilişkilerinde sık sık gerginliklere ve memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Bayan S.'nin ebeveynlerine bakıldığında annesinin katı kuralları olan duygusal anlamda donuk, kuralları fazla olan bir kadın olduğu, Bayan S.'nin tek başına bir iş yürütebilecek kadar yeterli olmadığını düşündüğünden, kendinin bir şeyleri öğrenmesine fırsat vermemiş, onun için herşeyi hazır olarak sunmuş ve küçük bir hatasında dahi ona cezalar verdiği öğrenilmiştir. Babasının ise duygularını göstermekten hoşlanmayan, hırslı, çalışkan ve özellikle çocuklarının başarılarıyla yakından ilgilenen bir adam olduğu bilgisi alınmıştır. Çocukluğundan bu yana birilerinin ona hep göz kulak olduğunu ve reddedilmeye yönelik bir işaret algıladığı herhangi bir anda başka bir ilişkiye yöneldiğini ifade etmiştir. Bayan S.'nin yaşanmış ya da yaşanma ihtimali olan bir terk edilme durumundan kaçmak için onu istismar edebilecek bağlarında dahi itaat içinde davranış sergilediği gözlenmiştir. Duygu ve düşüncelerini açıklamaya yönelik ifade zorlanmasında kusma, baş ağrısı, burunda kanama gibi bedensel yakınmalarının olduğunu belirtmiştir. Psikiyatrist, Bayan S'nin depresif belirtilerini hafifletmeye yönelik olarak sertralin isimli selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) antidepresan ilaç başlar. Ancak, sadece ilaçla tedavi yeterli değildir. Psikiyatrist, Bayan S'nin bağımlı kişilik özellikleri üzerinde de çalışılması gerektiğini belirtir ardından psikiyatri hemşiresine yönlendirilen Bayan S ile detaylı bir görüşme yapılır, bakım planı hazırlanır ve bilişsel davranışçı terapi programı düzenlenir. BDT, Bayan S'nin düşünce kalıplarını tanımasına, olumsuz düşüncelerle baş etmesine ve sağlıklı başa çıkma becerileri geliştirmesine yardımcı olabilir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bayan S'nin muhtemel tanısı nedir?
2. Bağımlı kişilik bozukluğuna farklı faktörlerin etkileri olduğu bilimsel çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Bu faktörler neler olabilmektedir?
3. Bağımlı Kişilik Bozukluğu'nu tedavi etmek için kullanılan belirgin ilaçlar var mıdır?
4. Bayan S'nin aldığı "Sertralin" hangi ilaç grubuna girmektedir?
5. Bayan S için psikiyatri hemşiresinin uygulayabileceği terapi ve eğitimler neler olabilir?
6. Bağımlı kişilik bozukluğunun tedavi sürecindeki amaçlar nelerdir?

7. Bayan S'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?

Vaka sorularının cevapları

1. Bağımlı kişilik bozukluğu

2. Genetik faktörler, ebeveyn davranışları, kültür, hastalık geçmişi ve erken dönemde cinsel istismar gibi faktörlerin etkisi olabilmektedir.

3. Özellikle belirgin bir ilaç tedavisi yoktur, ancak eşlik eden durumlar (örneğin, depresyon veya anksiyete) için antidepresanlar veya anksiyolitikler reçete edilebilir.

4. Sertralin isimli ilaç, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ismi verilen bir ilaç grubundandır.

5. Bilişsel davranışçı terapi, kendini ifade etme eğitimi, aile terapisi, grup terapisi ve iç görü yönelimli terapilerin işe yaradığı kanıtlanmıştır.

6. Bağımlı kişilik bozukluğunun tedavi sürecindeki amaçların neler olduğuna baktığımızda; sergilenen davranışların dengelemek, yaşanabilecek krizleri yatıştırmak, rehabilite etmek ve ruhsal yönden iyi hale geçebilmeyi sağlamaktır.

7. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından verilebilecek örnekler aşağıda verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.

Anksiyete
Korku
Düşük benlik saygısı
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma riski
Rol performansında etkisizlik
Etkisiz bireysel baş etme

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Anksiyete	Bireyin kendini gergin hissetmesi, eşinin onu bırakma ihtimali ve yalnız kalacağı düşüncelerine çok fazla miktarda odaklanma	Etkisiz baş etme örüntülerinin var olması, "ben çaresizim" temel inanç ve tutumlarının varlığı	Kısa dönem: bireyin gergin hislerini, genel anksiyetesini ve baş etme durumlarını fark edip tanımlayabilmesi, anksiyeteyle etkin bir şekilde baş edebilme yollarını öğrenmesi Uzun dönem: Etkili baş edebilme yollarının gündelik hayatına uyum sağlaması	1.Bireyde var olan anksiyetenin seviyesi değerlendirilecek, 2.Var olan anksiyete ile ilgili duygularını tanımlaması ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanacak, 3.Anksiyetesini hangi durumlar artırıyor bunlara yönelik risk faktörleri tanımlanacak, 4.Var olan baş etme mekanizmaları konuşulup saptanacak, 5.Uygunsuz baş etme stratejileri yerine alternatifleri düşünülecek olumlu stratejiler güçlendirilecek,	Bayan S'nin etkili baş etme yollarından bazılarını günlük yaşamına adapte edebildiği gözlendi. Anksiyete ile ilgili düşüncelerinin azaldığı belirlendi.

				6.Zaman zaman anksiyete hissetmesinin doğal olduğu ancak bunu engelleyebilmek için bazı davranışçı metotları uygulayabileceği (gevşeme egzersizi) öğretilecek, 7.Anksiyetesi çok yoğun olduğunda ve bununla baş edemeyeceğini anladığında yardım araması desteklenecek.	

Hemşireli k tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Rol performan sında etkisizlik	Bireyin eşiyle olan ilişkisinde, sürekli olarak onay arayışında olması, eşinin isteklerini öncelikli hale getirmesi ve kendi	Bireyin kendine olan güveninin eksikliği veya olumsuz düşünce kalıpları	Kısa dönem: bireyin mevcut rollerini ve sorumluluklarını bilmesi, yerine getirmesi için cesaretlendirilme si	1.Bireyin aile içi rollerine yönelik duygu ve düşüncelerini belirtmesi sağlanacak, 2.Bireyin rollerini yerine	Bayan S'nin kendi ihtiyaçlarının ve aile içi rollerinin farkındalığının arttığı gözlendi. Bireyin karar

	ihtiyaçlarına duyarsızlık		Uzun dönem: Bireyin kendine güven ve otonomisinin gelişmesi	getirdiğinde neler olacağı kendisi ile tartışılacak. 3.Kişinin kapasitesi belirlenecek ve ona göre rolleri tekrar konuşulacak, 4.Bireyin rollerini yerine getirebilmesi için aktivite planları yapılacak ve gerçekleştirdiğin de olumlu geribildirim verilecek.	verme becerilerinin bir miktar arttığı gözlendi

SONUÇ

Psikiyatri hemşireleri acil servislerde, polikliniklerde, yatan ve ayaktan tedavi veren servislerde kişilik bozukluğu hastalarıyla karşılaşabilmektedirler. Bu bozukluğun tedavisinde, ekibin bir kolu olan psikiyatri hemşiresi, psikiyatri hemşireliğinin temel uygulamasının yanı sıra alacağı özel eğitimler ve deneyimlerle, bireysel-grup psikoterapi uygulaması ve diğer bazı terapötik uygulamaları yürütme yetkisine sahiptir. Bu grup hastalarla çalışmak görünürde kolay olsa da oldukça zorlayıcı olabilmekte engellenmişlik ve çaresizlik duygularının deneyimlenebileceği gözlenmekte, bu durumda ortamı terapötik kullanabilme ve özel teknikler konusunda deneyimli olunması gerektiği bilinmelidir. Bu sebeple terapiyi gerçekleştiren hemşire iletişimde var

olduğunu gördüğü sağlam uyuşmaya güvenip altında yatmakta olan bağımlı özellikleri göz ardı etmemelidir.

Sonuç olarak, bu hastalarla çalışırken kararlı bir yaklaşımda bulunulması, “şimdi ve burada” ilkesine odaklı olunması, karşı-aktarım duygularının kontrol edilmesi ve ekip süpervizyonu sağlanması oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 91-112.

Arntz, A.(2012). Schema therapy for cluster C personality disorders. The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice, 397-414

Beck, A. T., Freeman, A., ve Davis, D. D. (2007). Cognitive therapy of personality disorders: Guilford Press.

Bender, D. S. (2005). The Therapeutic Alliance in the Treatment of Personality Disorders. Journal Of Psychiatric Practice, 11(2), 73-87.

Bornstein, R. F. (1992). The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. Psychological Bulletin, 112(1), 3

Bornstein, R. F. (2007). Dependent personality disorder. In W. O'Donohue, K. A. Fowler, & S. O. Lilienfeld (Eds.), Personality disorders: Toward the DSM-V (pp. 307– 324). Sage Publications, Inc.

Bornstein, R. F. (2012). Dependent Personality Disorder. In T. A. Widiger (Ed.), The Oxford Handbook of Personality Disorders (pp. 505–526). Oxford University Press.

Disney, K. L. (2013). Dependent personality disorder: a critical review. Clinical Psychology Review, 33(8), 1184-1196.

Donnelly J.P. & Scott M.F. (1999) Evaluation of an offending behaviour programme with a mentally disordered offender population. The British Journal of Forensic Practice 1, 25–32.

Gudjonsson, G. H., & Main, N. (2008). How are personality disorders related to compliance? The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 19(2), 180-190.

Simonelli, A., & Parolin, M. (2017). Dependent personality disorder. In V. Zeigler-Hill & T.K. Shackelford (Ed.). Encyclopedia of personality and individual differences. Springer.

Sperry, L. (2003). Handbook of diagnosis and treatment of the DSM-IV-TR personality disorders: Routledge

Tennant A., Davies C. & Tennant I. (1999) Working with the personality disordered offender. In Forensic Mental Health Nursing: Current

Approaches. (Chaloner C. & Coffey M., eds). Blackwell Science, Oxford. pp. 94–117.

Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. Journal of Personality Disorders, 24(4), 412–426.

Yanık, D., Arslan, R. (2023). Efficacy of technology addiction awareness training given to high school students: Randomized controlled experimental study. OPUS– Journal of Society Research, 20(54), 516-526.

Woods, P. and Richards, D. (2003). Effectiveness of nursing interventions in people with personality disorders. J Adv Nurs, 44:154-72.

BÖLÜM 6

BİPOLAR BOZUKLUKTA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

[1]Dr. Öğr. Üyesi Derya YANIK

[2]Dr. Öğr. Üyesi Çiçek EDİZ

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431260

[1] Batman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Batman, Türkiye, d.oruclu@hotmail.com, Orcid: 0000-0001-8004-6786

[2] Hakkari Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hakkari, TÜRKİYE. cicekediz@hotmail.com, ORCİD ID: 0000-0002-9717-1839

GİRİŞ

Bipolar bozukluk; manik depresif hastalık olarak bilinen, bir tarafında aşırı neşe bir tarafında çökkünlük olan, duygu durum dalgalanmalarının görüldüğü, dönemler arasında remisyon veya minimal belirti ile seyreden ve bireyin tüm alanlarda işlevsellik kaybı yaşamasına yol açan kronik psikiyatrik bir bozukluktur (Bal ve Özsan, 2023; Engin ve Çuhadar 2014; Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017). Bipolar bozuklukta; bireylerin yüksek riskli davranışlar sergileme eğilimleri, intihar riski, mortalite oranları, hastalığın meydana getirdiği ciddi sosyal ve ekonomik kayıplar göz önüne alındığında Bipolar bozukluk önemsenmesi gereken ciddi bir heterojen sağlık sorunudur (Engin ve Durmuş, 2023; Gümüş ve Buzlu, 2018).

Bipolar Spektrum Bozuklukları, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanı ve İstatistik El Kitabının son sürümünde (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-V); Bipolar Bozukluk I, Bipolar Bozukluk II, Siklotimi Bozukluğu, Madde ve/veya İlacın Yol Açtığın Bipolar Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar Bozukluk ve Tanımlanmış/Tanımlanmamış Bipolar Bozukluk gibi alt başlıklarda yer almakla birlikte tanı kriterleri çeşitli farklılıklar göstermektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014; Atagün ve Oral, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2019 yılında 40 milyon kişinin Bipolar Bozukluk yaşadığını bildirmiştir (WHO, 2022). Bipolar Bozukluğun yaşam boyu görülme prevelansı %1 olarak bilinse de son çalışmalara bu oranın arttığı ve % 5-7.8 civarına yükseldiği belirtilmiştir (Gümüş, Buzlu ve Çakır, 2016; Miller ve Black, 2020; Özdel, Kart ve Türkçapar, 2021). Bipolar Bozukluklarda etyoloji kesin olarak bilinmemekle birlikte biyolojik (kalıtım, biyokimyasal faktörler, beyin görüntüleme çalışmaları, nörofizyolojik faktörler vs.) ve psikososyal etkenlerin bozukluğa yol açtığı düşünülmektedir (Koç, 2016; Rowland ve Marwaha, 2018 Yükseloğlu, Uğraş ve Karamustafalıoğlu, 2019). Bipolar bozukluğun erkeklere oranla kadınlarda daha fazla görüldüğü ve her iki cinsiyet için de ortalama başlangıç yaşının 20-30 yaş olduğu bildirilmektedir (Aktaş, 2022).

Bipolar bozukluk tedavisinde; farmakoterapi (duygu durum düzenleyiciler, antikonvülzanlar, antipsikotikler, benzodiyazepinler), Elektrokonvülsif tedavi (EKT), çeşitli psikoterapi yöntemleri ve psikoeğitim uygulamaları kullanılmaktadır (Engin ve Çuhadar 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bipolar bozukluk tedavisinde asıl amaç akut dönemleri yatıştırmak,

atakları önlemek ve bireyin işlevselliğini artırmaktır (Başkaya ve Demir, 2023). Çünkü Bipolar bozuklukta tekrarlayan her atak hastalığın yineleme riskini artırmanın yanında hastalığın yıkıcı etkilerinin de belirginleşmesine yol açmaktadır (Hastürk, 2023). Yapılan çalışmalar, özellikle hasta ve yakınlarının hastalık hakkındaki bilgi eksikliğinin ve tedaviye uyumsuzluğun atakları artırdığını ortaya koymuştur (Başkaya ve Demir, 2023; Sajedianfard, Salehi ve Zarshenas, 2019). Bu nedenle, hasta ile sürekli etkileşim halinde olan hemşirelerin hastanın tıbbi tedavisini gerçekleştirmenin yanında hastayı ve ailesini bakıma katarak tedavi uyumunu artırması önemlidir (Kızılkaya, Kocairi, Yüksel ve Şahin, 2022). Bu bağlamda, özellikle hasta ve yakınlarının iş birliğine dayalı, bütüncül ve iyileşmeye odaklı bakım uygulamalarının belirlenmesi, planlanması ve uygulanmasında psikiyatri hemşireleri kilit rol oynamaktadır (Akbaş ve Taşdemir Yiğitoğlu, 2019; Goossens ve ark., 2020). Bipolar bozukluğu bulunan hastanın hemşirelik bakımında temel olarak; terapötik ortam içerisinde bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi, stresle baş etme ve problem çözme becerilerini geliştirebilmesi, hastalık yönetimi hakkında bilgi sahibi olabilmesi, iyilik hali, yaşam kalitesi, tedavi uyumu ve işlevselliğin artırılması amaçlanmalıdır (Bayrak, Geniş ve Gürhan, 2022; Bilkay ve ark., 2023; Körpe, İnangil ve Irmak Vural, 2019; Özel, 2023).

VAKA

Bay O. 32 yaşında iki çocuk babası bir öğretmendir. 7 çocuklu memur bir babanın en küçük çocuğu olarak maddi yetersizlikler içerisinde büyümüştür. Annesi ev hanımı olup Obsesif Kompülsif Bozukluk tanısı almış baskıcı, uyumsuz ve aşırı dindar bir kadındır. Bay O. anne ve babasının kendisine uygun olduğunu düşündükleri ilkokul mezunu bir kadınla görücü usulü olarak evlenmiş, eşi ve çocuklarıyla birlikte anne ve babasının evinde yaşamaktadır.

Bay O. 19 yaşında üniversite ikinci sınıf öğrencisi iken yurtta arkadaşları ile yaşadığı bir tartışma sonrasında aşırı ve anlamsız konuşmalar, taşkınlık, uykusuzluk, agresyon, büyüklük sanrıları nedeniyle okuduğu üniversitenin Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine ailesi tarafından götürülmüş ve Bipolar Bozukluk tanısı almıştır. Yaklaşık bir ay yatarak tedavi gördükten sonra taburcu olmuş, düzenli aralıklarla rutin kontrollerine devam etmiş ve o zamandan beri Lithuril 300 mg tb. 3x2 şeklinde kullanıyormuş.

Bay O., evliliğinin ilk aylarından beri annesi ve eşinin tartışmalarından kaynaklı yoğun stres yaşamaktadır ancak bu duruma herhangi bir çözüm bulamamıştır. Bay O. eşinin ayrı eve çıkma isteğini, anne ve babasına nasıl açıklayacağını bilemediği için her seferinde reddetmiştir.

Bay O, yaklaşık bir ay önce artık iyileştiğini düşündüğü gerekçesiyle ilacını içmeyi bırakmış ancak bunu kimseye söylememiştir. Üç gün önce çalıştığı okuldaki bazı öğretmen arkadaşları ile birlikte bir sertifika programı için şehir dışına çıkan Bay O, eşiyle yaptığı telefon görüşmesinde, annesinin eşi ile yine kavga ettiğini, eşine çocuklarının yanında hakaret ve küfür ettiğini, onu evden kovduğunu öğrenmiştir. Bu konuşmadan sonra Bay O, o günkü eğitimine devam etmemiş ve tüm gün otelde kalarak alkol kullanmaya başlamıştır. Akşam arkadaşları eğitimden döndükten sonra onlarla alkollü bir eğlence mekanına gitmek istediğini belirtmiş ancak arkadaşları bu isteğini yerine getirmemiştir. Bay O., bütün gece uyumamış, sabahında eğitim programına gayet enerjik ve neşeli bir şekilde katılmıştır. Eğitim sırasında eğitmenin öğrettiklerinin anlamsız ve yetersiz olduğunu, kimsenin kendisinden daha iyi bir eğitimci olmadığını söyleyerek eğitimi terk etmiştir. Otele döndükten sonra lobide yüksek sesle şarkı söyleyip dans etmeye başlayan Bay O., resepsiyon görevlisi kendisini uyarınca küfretmeye başlamış ve görevliye saldırmaya çalışmıştır. Otel görevlilerinin arkadaşlarını araması sonucunda oda arkadaşı gelip Bay O'yu otelden almış ve evine getirerek ailesine teslim emiştir. Eve geldikten sonra Bay O, anne ve babasının yanında eşini çok özlediğini ve onunla cinsel birliktelik yaşamak istediğini belirtmiştir. Eşinin bu istediğini yerine getirmemesi üzerine sinirlenen Bay O, evdeki televizyonu kırmıştır. Bu olaydan sonra babası ve polis eşliğinde hastaneye getirilen Bay O'nun psikiyatri servisine yatışı yapılmıştır.

Bay O'nun farmakolojik tedavisi doktoru tarafından Lithuril 300 mg tablet 3x2, Risperdal 2 mg Tablet 2x1 ve Luzüm halinde; Nörodol 5 mg ampul 2x1 IM, Largactil 5 mg ampul 1x1 IM ve Akineton 5 mg ampul 1x1 IM şekilde oluşturulmuştur. Klinikte yapılan ilk görüşmede Bay O'nun kendisini nasıl hissettiği, hastalığı hakkında bilgisi ve gelecek beklentileri konuşulmuştur.

Bay O kendini hasta hissetmediğini, eşini sevdiğini ve onunla birlikte olmak istediğini, annesinin eşine ve kendisine çok müdahale ettiğini, artık iyileştiğini düşündüğü için ilaç içmek istemediğini belirtmiştir. Bay O. kliniğin günaydın toplantılarına, iş-uğraşı etkinliklerine düzenli olarak katılmaktadır. Klinikte kendisini başöğretmen diğer hastaları öğrenci ilan

etmiştir. Çay saatinde çay demleme sırası kendisine geldiğinde bunun kendine hakaret olduğunu, bir başöğretmen olarak çay demlememesi gerektiğini, diğer hastaların ona hizmet etmesi gerektiğini savunmuştur. Yemek saatlerinde yemeğini yerken defalarca yerinden kalktığı, hastalara yüksek sesle demeçler verdiği gözlemlenmiştir. Ziyaret saatleri dışında eşini ve çocuklarını görmek istediğini ve eşiyle klinikte cinsel birliktelik yaşamak istediğini belirtmiş, isteği gerçekleşmeyince klinik hemşirelerini onlara zarar vermekle tehdit etmiştir. Bay O, kliniğe geldiğinden beri banyo yapmamış, gözleri kızarık, yorgun, dış görünüşü bakımsız ve dağınık görünmektedir. Gece uyumakta zorluk çektiği, sabaha kadar defalarca uyandığı hemşireler tarafından gözlem formuna kaydedilmiştir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bay O'nun tanısı nedir?
2. Bay O'nun aldığı Lithuril ve Risperdal hangi ilaç grubuna girmektedir?
3. Lithuril ve Risperdal'in bağımlılık yapma riski var mıdır?
4. Lithuril ve Risperdal kullanırken nelere dikkat edilmesi gerekir?
5. Lithuril ve Risperdal'in antidotu olan ilaç var mıdır?
6. Bay O'nun kullandığı ilaçların yan etkileri nelerdir? Hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
7. Bay O'ya konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
8. Manik atak geçiren hastaya ekip olarak yaklaşım nasıl olmalıdır?
9. Kendine ve/veya çevreye zarar verme riski olan hastaya yapılabilecek hemşirelik girişimleri nelerdir?
10. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka sorularının cevapları

1. Bipolar Bozukluk I

2. Lithuril Duygudurum Düzenleyici ilaç grubuna, Risperdal Antipsikotik ilaç grubuna girmektedir.

3. Lithuril ve Risperdal'in bağımlılık yapma riski bulunmamaktadır.

4. Dikkat edilmesi gereken noktalardan bazıları şunlardır;

- Lithuril (lityum)'in tedavi edici doz aralığı sınırlıdır. Lityumun tedavi edici dozu ile toksik doz aralığı birbirine yakın olduğu için tedavi süresince düzenli olarak serum lityum düzeyi bakılmalıdır (Özdin ve Sarısoy, 2013) . Serum lityum düzeyine ek olarak tiroid fonksiyon testleri, EKG ve idrar tetkikinin de düzenli olarak bakılması gerekmektedir. Düşük sodyum düzeyi vücuttaki lityum düzeyini artırır bu nedenle diyetle alınan sodyum miktarının değiştirilmemesi konusunda dikkatli olunmalıdır. Lityum zehirlenme belirtileri açısından hasta yakından takip edilmelidir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).
- Risperdon sıklıkla prolaktin düzeyini artırır, ağızda kuruluk ve iştahta artmaya yol açar (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bu nedenle hastanın kilo alımı yakından kontrol edilmelidir.
- Lityum ve antipsikotik ilaçlar sıklıkla birlikte kullanılmasına rağmen ilaç etkileşimi açısından dikkatli olunmalıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

5. Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan lityumun terapötik indeksi çok dar, toksisite potansiyeli ise yüksektir. Lityumun spesifik bir antidotu bulunmayıp lityum intoksikasyonunda toksinin hızla vücuttan uzaklaştırılması amaçlanmalıdır. Lityum zehirlenmesinde; sıvı tedavisi ile lityumun renal yollardan atılması sağlanmalı, ciddi zehirlenme bulgusu varlığında ise hemodiyaliz seçeneği düşünülmelidir (Aydın, Alparslan ve Gençay, 2019; Çalışkan, Türker ve Katı, 2022).

Risperdal (Risperidon), serotonin 5-hidroksitriptamin (5HT2) ve dopamin D2 reseptör antagonist özelliği olan antipsikotik bir ilaç olup istenmeyen etkileri arasında anksiyete, letarji, ekstrapiramidal semptomlar, taşikardi ve hipertansiyon bulunmaktadır. En ciddi yan etkisi ekstrapiramidal semptomların gelişmesidir. Bu semptomların kontrol altına alınabilmesi amacıyla birperiden kullanılmaktadır (Uysalol, Oral Cebeci ve Güneş Özinal, 2016).

6. Lityum kullanan kişilerde; nörolojik (teremor, ataksi, akatizi konvülsiyon, konfüzyon, deliryum, parkinsonizm, nörolojik maling sendrom vb.), gastrointestinal (ağızda metalik tat, bulantı, kusma, karın ağrısı), kardiyovasküler (hipotansiyon, taşikardi, ritim bozukluğu), dematolojik (saç dökülmesi, kızarıklık) yan etkilerin yanında özelikle tiroid fonksiyon bozukluğu, ağız kuruluğu, susama, tükürük artışı, seksüel fonksiyonlarda değişim görülebilmektedir.

Antipsikotik ilaçların; uyku hali, konfüzyon, ağız kuruluğu, amenore, infertilite, istemsiz hareketler, akatizi, iştah değişiklikleri, kardiyovasküler yan etikiler, pnömoni, diyabet, baş ağrısı, kulak çınlaması, idarar retansiyonu, alerjik reaksiyonlar, hematolojik bozukluklar, kesilme diskinezisi, akut distonik reaksiyon ve çeşitli dermatitler gibi farklı yan etkileri olabileceği bildirilmiştir. Risperdal kullanımı erkeklerde uzun süreli ağrılı sertleşmeye yol açabilmektedir.

Hemşire olarak yapılması gerekenlerden bazıları aşağıda verilmiştir.

- Hemşire, tedavide kullanılan ilaçlar, yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimleri hakkında hasta ve ailesine bilgi vermelidir. İlaç yan etkileri görüldüğünde doktora veya sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği belirtilmelidir.
- Bipolar bozukluk ataklarının önlenmesinde ilaçların düzenli kullanımının önemi hakkında hasta ve aileye eğitim verilmelidir.
- Tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yapmadığı, ilaç yanıtının oluşmasının zaman alacağı bu nedenle doktor kontrolü dışında ilaç dozunun değiştirilmemesi ve ilaç kullanımının bırakılmaması konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır.
- Serum lityum düzeyinin düzenli aralıklarla kontrol edilmesi gerektiği, antipsikotiklerin ise iştah açarak kilo alımına neden olabileceği konusunda açıklama yapılmalıdır.

- İlaç kullanımı sırasında alkol kullanılmaması gerektiği ve antipsikotik ilaçların uykuya eğilim yapmasından dolayı araç kullanılmaması konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Bipolar bozukluğun depresif döneminde hastanın intihar düşüncelerinin olup olmadığının yakından takip edilmesi, hasta yakınlarının bu konuda dikkatli olması ve ilaçların öz kıyım amaçlı kullanılmasının önüne geçilmesi için gerekli önlemlerin alınması hususunda hastanın ailesi bilgilendirilmelidir (Engin ve Çuhadar 2014; Koç, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

7. Bay O'ya konulabilecek bazı hemşirelik tanıları aşağıda verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.

- Başkalarına yönelik şiddet riski
- Yaralanma riski
- Uyku örüntüsünde rahatsızlık
- Yorgunluk
- Etkisiz baş etme
- Cinsel işlevde bozulma
- Etkisiz İnkar
- Öz bakım eksikliği
- Düşünce sürecinde değişim
- Aile baş etmesinde yetersizlik
- Ebeveynlikte yetersizlik riski
- Bilgi eksikliği (Ackley ve ark., 2022; Engin ve Çuhadar 2014; Koç, 2016)

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Başkalarına Yönelik Şiddet Riski	Klinik hemşirelerini tehdit etmesi	Düşünce içeriğinde bozulma ve dürtüsellik	Kısa dönem: bireyin öfke duygusunu tanıması ve dile	1.Çevresel uyaranlar azaltılarak güvenli çevrenin sağlanması,	Birey başkasına zarar verici herhan

			getirebilmesi Uzun dönem: Başkalarına zarara vermesini önlemek, öfke duygusu ve dürtüselliği ile baş edebilmesini sağlamak	2. Bireyin riskli olabilecek davranışları ile ilgili sınır konulması, 3.Bireyin öfkesini eylemle değil sözel olarak ifade edebilmesi için cesaretlendirilmesi, 4.Hemşirenin bireye sakin ve güvenli bir şekilde yaklaşması, 5.Birey sınırlamalara uyduğunda ve kendini kontrol edebildiğinde olumlu geri bildirim verilmesi	gi bir eylemde bulunmadı. Öfkesinin azaldığı belirlendi.

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Uyku örüntüsünde rahatsızlık	Gözlerinin kızarık olması, uyumakta zorluk çekmesi ve gece sabaha kadar defalarca	Aşırı hareketlilik, düşünce sürecinde bozulma, biyokimyasal değişiklikler	Kısa dönem: Uyumayı engelleyen faktörleri tanıması, uyku hijyeni ve uykuya dalmayı kolaylaştıracak davranış örüntülerini	1.Uyku kalitesini bozabilecek ışık, gürültü gibi dış faktörlerin kontrol altına alınması, 2.Bireyin	Bireyin yorgun ve uykusuz görüntüsünün azaldığı, gece uykularındaki bölünme sayısının azaldığı gözlendi.

	uyanması,		öğrenmesi Uzun dönem: Uyku hijyeni davranışlarının süreklilik kazanması, bireyin uykusunun sürekliliğinin sağlanması, uykudan dinlenmiş olarak kalktığını ifade etmesi	gün içinde uyumasının engellenmesi, 3.Uyumaya hazırlık için gevşemeyi sağlayacak rutinlerin (bitki çayı, ılık duş alma vs.) öğretilmesi, 4.Bireyin uyumasını engelleyen düşüncelerden uzaklaşmasını sağlayan baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, 5.Gerekiyorsa farmakolojik desteğin sağlanması	

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Düşünce sürecinde değişim	Kendini baş öğretmen ilan etmesi, diğer hastaların ona hizmet etmesi gerektiğini savunması	Benlik saygısında artma, uyku yoksunluğu, biyokimyasal değişiklikler	Kısa dönem: bireyin gerçeğe oryante olması Uzun dönem: Bireyin kendiyle ilgili gerçekçi düşüncelere sahip olması	1.Sakin ve destekleyici bir yaklaşımla bireyin gerçek düşüncelere yoğunlaşmasının sağlanması, 2. Sanrısal ifadeleri tekrarlamasına sınır konulması, 3.Bireyin sansısal düşüncelerine katılmadığımızın ifade edilmesi, 4.Gerçekçi beklentiler belirlemesi konusunda bireyin cesaretlendirilmesi	Bireyin sanrısal düşünce ve söylemlerinin azaldığı gözlendi.

8. Sağlık ekibi üyeleri, manik atak geçiren hastanın yaralanma ve başkasına zarar verme riskini göz önünde bulundurarak hastaya uygun tedavi ve bakım planı yapmalıdır. Hastanın öfke, ajitasyon ve agresyonu arttığında gerekli görüldüğünde mekanik kısıtlama veya tecrit uygulanmalı, bu uygulamaların hastanın tedavisinin bir parçası olduğu ve hastayı cezalandırma amacı taşımadığı bilgisi hastaya verilmelidir. Hastanın riskli

davranışları tüm ekip tarafından gözlenmeli, hastanın güncel durumu hakkında ekip üyeleri arasında bilgi akışı sağlanmalıdır. Manik hastanın aşırı hareketlilik ve uykusuzluktan kaynaklı yorgunluğu yakından takip edilmeli, hastanın dinlenmesi sağlanmalıdır.

9. Kendine veya çevresine zarar verme riski olan hastaya yapılacak hemşirelik girişimleri şunladır:

- Çevresel uyaranların azaltılması, tehlikeli olabilecek nesne veya maddelerin ortamdan uzaklaştırılarak güvenli bir çevresinin sağlanmalı,
- Hasta yakından gözlenmeli, şiddet uygulayabileceğini gösteren belirtilerin (yüz kaslarında seyirme, öfke, ses tonunun yükselmesi, psikomotor aktivitede hızlanma, yerinde duramama vs.) farkında olunmalı,
- Ajitasyonu azalıncaya kadar hastanın grup etkinliklerine katılımı sınırlandırılmalı,
- Dürtü kontrolü yapamayan hastaların uygun olmayan sosyal davranışları sınırlandırılmalı,
- Hastaya uygun fiziksel aktiviteler planlanmalı,
- Güven verici ilişki gelişmedikçe hastaya dokunmaktan kaçınılmalı,
- Bireyin öfkesini uygun şekilde, sözel olarak ifade edebilmesi sağlanmalı,
- Hasta saldırgan davranışlar sergilediğinde hastaya yalnız yaklaşılmamalı,
- Gerekli durumlarda tecrit veya tespit uygulaması yapılmalı, hasta 15 dakikada bir düzenli olarak izlenmeli,
- Hasta sınırlamalara uyduğunda veya kendini kontrol edebildiğinde olumlu geri bildirim verilmeli (Engin ve Çuhadar 2014; Koç, 2016).

10. Bay O'ya hemşire olarak yapılandırılmış bir psikoeğitim programı hazırlanmalıdır. Program içeriğinde;

- Bipolar bozukluğun ne olduğu ve tedavi sürecinin nasıl olması gerektiği,

- Ataklar için haberci olan belirtilerin neler olduğu, bu belirtiler fark edildiğinde ne yapılması gerektiği,
- Hastalığı tetikleyen durumlar ve yaşam stilinin önemi,
- Düzenli ilaç kullanımının önemi, ilaçların yan etkileri ve rutin kontrollerin önemi,
- Stresle baş etme yöntemleri,
- Gevşeme egzersizlerinin nasıl yapılacağı,
- Problem çözme basamakları,
- Öz bakım ve kişisel hijyen uygulamalı hakkında eğitim verilmelidir (Engin ve Çuhadar 2014; Gümüş ve Buzlu, 2018; Koç, 2016).

SONUÇ

Bipolar bozukluk; tekrarlayan ataklarla seyreden, işlevselliği bozan, birey ve ailesi açısından zorlayıcı olan kronik ruhsal bir bozukluktur. Bu nedenle, Bipolar bozukluk tanılı bireylere yönelik bütüncül bakım hizmetinin planlaması ve uygulanmasında psikiyatri hemşirelerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin rutin tedavi hizmetlerine ek olarak psikoterapötik girişimler planlaması, birey ve ailenin hastalık hakkında bilgi düzeyini artırarak baş etme kapasitesini güçlendirmesi, ruhsal hastalıklara karşı gelişen damgalamayla mücadele etme konusunda toplumun bilgi düzeyini artırabilmesi için eğitim, danışmanlık ve liderlik rolünü yerine getirmesi oldukça önem kazanmaktadır. Bu bağlamda psikiyatri hemşirelerinin sunmuş olduğu hizmetin etkinliğinin artırılabilmesi için hemşirelerin çeşitli eğitimlerle güçlendirilmesi, psikoterapötik girişim uygulayabilme yetkinliği kazanması ve yapılan bakım uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik bilimsel araştırmaların gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Ackley, B.J, Ladwig G.B., Makic, M.B.F, Martinez-Kratz, M. & Zanotti, M. (2022). Hemşirelik Tanıları El Kitabı Bakım Planlamasında Kanıta Dayalı Rehber. Çeviri Editörü: Gürhan, N. 12. Basım, Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Akbaş, E., Taşdemir Yiğitoğlu, G.(2020).. Nursing care for a patient with bipolar disorder (mixed attack) based on the Neuman Systems Model: A case report. J Psy Nurs, 11(2), 154-162. DOI: 10.14744/phd.2019.80774

Aktaş, Y.(2022). Kişilerarası İlişkiler - Sosyal Ritm Terapisinin Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Biyolojik Ritm ve Nüksler Üzerine Etkisi (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, İzmir.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5™) Çeviren: Köroğlu E. İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 63-89.

Atagün, M.İ., Oral, T.(2021). Bipolar Bozukluk-Manik Dönemin Akut ve İdame Tedavisi. *Arch Neuropsychiatry*, 58(Ek 1),24-30. https://doi.org/10.29399/npa.27411

Aydın, G., Alparslan, M., Gençay, İ. (2019). Lityum İntoksikasyonu: Tek İlaç-Üç Komplikasyon. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21 (2), 273-275. DOI: 10.24938/kutfd.502972

Bal, N.B., Özsan, H.H. (2023). Tip 1 Bipolar Bozuklukta Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 45(5), 696-708.

Başkaya, E., Demir, S. (2023). The problems and information needs of patients with bipolar disorder during the treatment process: A qualitative study in Turkey. Arch Psychiatr Nurs, 42, 45-54. doi: 10.1016/j.apnu.2022.12.007

Bayrak, N. G., Geniş, B., Gürhan, N. (2022). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden Hizmet Alan Şizofreni ve Bipolar Affektif Tanılı Hastaların Profillerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(3), 289-297. DOI: 10.46483/deuhfed.953666

Bilkay, H.İ., Türkmen, E., Yılmaz-Bingöl, T. Gürhan, N. (2023). Psikiyatri kliniğinde yatan bir bireyin Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

modeline göre değerlendirilmesi: Olgu sunumu. *Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry,* 3(1), 109- 118.

Çalışkan, F., Türker, O.U., Katı, C. (2022). Lityum Zehirlenmesinde Ekstrakorporeal Tedavi: 10 Yıllık Klinik Tecrübe. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (1), 136-143. DOI: 10.24938/kutfd.1021474

Engin, E., Durmuş, T. (2023). Bipolar Bozuklutka Öz Yönetim ve Psikiyatri Hemşireliği. *EGEHFD,* 39(2), 271-277. https://doi.org/10.53490/egehemsire.1053360

Engin, E.. Çuhadar, D. (2014). Bipolar bozukluk. Çam, O., Engin, E. (Ed.), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (s. 367- 389) içinde. İstanbul:Medikal Yayıncılık.

Goossens, P.J.J., de Velde Harsenhorst, R., van Lankeren, J.E., Testerink, A.E., Daggenvoorde, T.H. (2022). Nursing Care for Patients With Acute Mania: Exploring Experiential Knowledge and Developing a Standard of Good Care-Results of the Delphi Study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc,* 28(5), 366-381. doi: 10.1177/1078390320960519

Gümüş, F., Buzlu, S. (2018). Bipolar bozuklukta psikoeğitim. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 131-139. https://doi.org/10.26650/FNJN427814

Gümüş, F., Buzlu, S., Çakır, S. (2016). Bipolar bozukluk için örnek bir bireysel psikoeğitim modeli. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 7(3), 142–147.Doi: 10.5505/phd.2016.27928

Hastürk, D.N. (2023). Bipolar Tanılı Bireylerde Aleksitiminin İşlevsellik ve Algılanan Sosyal Desteğe Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Kızılkaya, M., Kocairi, C., Yüksel, R., Şahin, M. (2022). Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Majör Depresyon Tanılı Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38 (1), 71-79. DOI: 10.53490/egehemsire.939895

Koç, M. (2016). Bipolar (İkiuçlu) ve İlişkili Bozukluklar. Gürhan, N. (Ed.), Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği (s. 433- 474) içinde. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Körpe, G., İnangil, D., Vural, P.I.(2019). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Klinik Uygulamasında Öğrencilerin Belirledikleri NANDA-I Tanılarının Değerlendirilmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 51-66.

Miller, J.N., Black, D.W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Curr Psychiatry Rep*, 22(2):6. doi: 10.1007/s11920-020-1130-0

Özdel, K., Kart, A., Türkçapar, M.H.(2021). Bipolar Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi. Arch Neuropsychiatry, 58:(Ek 1), 66-76.

Özdin, S., Sarısoy, G. (2013). Lityumun nörolojik yan etkileri. *Journal of Mood Disorders,* 3(3), 119-27. DOI: 10.5455/jmood.20130521121833

Özel, Y. (2023). Akut mani krizinde bipolar bozukluk hastalarının bakımı: Psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılan yaklaşımlar. *EJONS Journal,* 7(2), 146-154. DOI:https://doi.org/10.5281/zenodo.8265739

Öztürk, M.O., Uluşahin, N.A.(2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Baskı, 261-334.

Rowland, T.A., Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Ther Adv Psychopharmacol, 8(9), 251–269. https://doi.org/10.1177/2045125318769235

Sajedianfard, F., Salehi, S., Zarshenas, L.(2019). Comparison of the effect of postdischarge education with multimedia and group discussion methods on family caregiving for patients with bipolar disorder in Shiraz Psychiatric Hospitals. *J Family Med Prim Care,* 8(12), 3840-3844. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_664_19

Uysalol, M., Oral Cebeci, S., Güneş Özinal, Z. (2016). Farklı İki Hasta Aynı Genetik Özellikler, Monozigotik İkizlerde Risperidon İntoksikasyonu: Olgu Sunumu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 79(3), 133-135.

WHO, 2022. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders. Erişim tarihi: 17 Kasım 2023.

Yeloğlu, Ç.H., Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg*, 8(30), 41-54. Doi: 10.17944/mkutfd.323344

Yükseloğlu, E.H., Uğraş, S., Karamustafalıoğlu, K.O. (2019). Duygudurum bozuklukları ve genetik. Karamustafalıoğlu K.O. (Ed.), Bipolar Bozukluk (s.17-21) içinde. Ankara: Türkiye Klinikleri.

BÖLÜM 7

BORDELİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Dr. Elif Güzide EMİRZA[1]

Arş. Gör. Dr. Kübra GÜLIRMAK GÜLER[2]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431270

[1] Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Samsun, Türkiye. guzzide@hotmail.com, Orcid ID: 0000-0003-3652-2428

[2] Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Samsun, Türkiye, kubra.gulirmak@omu.edu.tr, Orcid ID: 0000-0003-4450-3737

GİRİŞ

Borderline kişilik bozukluğunda (BKB), genç yetişkinlikte başlayan, yoğun dürtüsellik, kişiler arası ilişkilerde ve duygulanımda değişkenlik, düşük benlik saygısı ve terkedilmeye yönelik aşırı hassasiyet ile görülen bir bozukluktur (APA, 2013; Guha, 2014). DSM 5 tanı kriterlerine göre BKB'yi teşhis edebilmek için erken ergenliğin başından itibaren gösteren aşağıdaki 9 kriterden 5'inin ya da daha fazlasının var olması gerekmektedir (APA, 2013): 1) Terk edilmemek için yoğun çaba gösterme 2) Bir kişiyi ya da olayı aşırı büyütme ve yerin dibine sokma uçları arasında giden, tutarsız ve gergin ilişkiler 3) Kendine zarar verecek en az iki dürtüsel davranışın olması (para harcama, cinsellik, güvensiz araç kullanma, madde kötüye kullanımı gibi) 4) Kimlik karmaşası 5) Tekrarlayıcı intihar davranışları, girişimleri ya da sözleri 6) Tutarsızlık gösteren duygulanım 7) Kronik boşluk duygusu 8) Uygunsuz aşırı öfke, öfke denetiminde zorluk 9) Zorlanmayla ilişkili geçici şüpheci düşünceler ya da ciddi çözülme belirtileridir (APA, 2013; Guha, 2014; Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-5, 2016).

BKB bireyin kimlik duygusu, ilişkileri ve duygulanımı yaygın ve süreğen değişkenlik göstermektedir. Bu bireyler cinsel, mesleksel ve toplumsal kimliklerinde derin güvensizlik ve dengesizlik göstermektedirler. Sağlam bir kimlik duygusu gelişmemesi ile birlikte çabuk düş kırıklığına uğramakta, bunaltı, çökkünlük belirtileri görülmektedir. Bazı dönemlerde antisosyal atak davranışlar, psikoaktif maddelere yönelme, hızlı yaşama çabası, kendine zarar verme eğilimi de söz konusudur. Boşluk ve anlamsızlık duygusundan yakınmaktadırlar (Gunderson ve ark., 2018). Borderline kişilik bozukluğu olan bireyler için karşıdaki kişi ya hep iyi ya hep kötüdür. Bu bireylere göre iyiler sevilir, yüceltilir, kötüler değersizleştirilir. Kişi sevgi-nefret, yüceleştirme-değersizleştirme duyguları arasında bocalamaktadır. Rastgele cinsel ilişkide bulunma eğilimleri de göstermektedirler. Özellikle yalnız kalma korkusu, yalnız kalmaya dayanamama kişinin davranışlarında belirgin olarak görülmektedir. Bu bozukluğu olan bireylerin ayrıca duygudurum ve yeme bozuklukları, madde kullanımı ve diğer kişilik bozuklukları da dahil olmak üzere başka ruhsal problemleri de olabilmektedir (Cía, 2013).

Borderline kişilik bozukluğu, yaygın bir duygu düzensizliği, tutarsız kimlik ve bozulmuş kişilerarası işlevlerle karakterize edilen ciddi bir zihinsel bozukluktur. Bu terim, bozukluğun psikoz ve nevroz arasındaki sınırda olduğunu düşünen Adolf Stern tarafından 1938'de ortaya atılmıştır (Álvarez-

Tomás, Ruiz, & Guilera, 2018). Bados Borderline kişilik bozukluğu ilk kez 1980'de Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 3. Baskısında (DSM-III) bir zihinsel bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (APA, 2013; Guha,2014; DSM-5, 2016). Sonrasında bu bozukluğun anlaşılması ve yönetilmesinde bazı gelişmeler olmuştur. Duygu düzensizliğinin diğer BKB semptomlarıyla yakından bağlantılı merkezi bir mekanizma olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Bireyler, genellikle bunaltıcı ve öngörülemez olarak deneyimlenen yoğun, uzun süreli ve güçlü değişken duygulanım göstermektedirler. Duygusal sıkıntı ve ayrışma, yürütücü işlevleri ve hedefe yönelik davranışları engellemektedir. BKB semptomları gösteren birçok birey, güçlü duygularla mücadele ederken dürtüsel olarak kendine zarar verme veya madde bağımlılığı gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerine yönelmektedirler (Kramer ve ark., 2023). BKB' de dürtüsel davranış yüksek düzeyde duygusal sıkıntıyla yakından bağlantılıdır. Bireylerin büyük bir çoğunluğu, de realizasyon, duyarsızlaşma, analjezi ve uyuşma gibi strese bağlı dissosiyatif deneyimler yaşamaktadırlar. Ortaya çıkan gerilimi azaltmak ve ayrışmayı sağlayabilmek, BKB' de kendine zarar vermenin ana nedenlerindendir. Kendine zarar verme işlevsiz davranışının özel bir biçimi olarak intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme ya da yardım arama davranışı olarak kendini göstermektedir (Álvarez-Tomás ve ark., 2018).

BKB olan bireyler kimliklerinde istikrarsızlık ve sorunlar yaşamaktadırlar. Öznel tutarlılık eksikliğinin yanı sıra düşünceler, duygular ve davranışlardaki nesnel tutarsızlığın olması ampirik araştırmalarla BKB'nin diğer zihinsel bozukluklardan farklı olduğunu göstermektedir. Benlik saygısı genellikle çok düşüktür ve günlük yaşamlarında benlik saygısında da dalgalanmalar görülmektedir (Bohus ve ark., 2021). Deneysel araştırmalar, BKB tanılı bireylerin olumsuz bir beden algısına sahip olduklarını ve kendi kararlarına güvenme konusunda sorunlar yaşadıklarını göstermektedir. Kendini doğru ifade edebilme güçlüğü yaşamakla birlikte bu durum mevcut ruh halinden etkilenmektedir (Gunderson ve ark., 2018; Bohus ve ark., 2021).

BKB' de sosyal bilgi işleme ve sosyal bilişteki değişiklikler, bu bireylerin kişilerarası sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. BKB'de bireyler yalnızca olumsuz sosyal ilişkilere karşı aşırı duyarlılık göstermekle kalmaz, aynı zamanda olumlu sosyal sinyalleri tespit etme, işlemede ve olumlu olayları hatırlamada da belirgin zorluklar yaşamaktadırlar. Güvensizlik ve ikna etmedeki sorunlar temel klinik özelliklerdendir (Doenges, Moorhouse & Murr, 2016).

BKB'nin nörobiyolojisinde amigdala, hipokampus, insula, anterior singulat, orbitofrontal korteks ve medial prefrontal korteksi içeren kortikolimbik devrelerdeki bozuklukların duygu düzenleme, kişilerarası rahatsızlıklar ve tutarsız kimlik sorunlarına neden olduğu görülmektedir (Stuart, 2014; Doenges ve ark., 2016).

Tehditle ilişkili uyaranlara karşı amigdalanın hiperaktivitesi, birkaç farklı teşhiste duygusal duyarlılığın artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Ağrılı uyaranlar yoluyla stres düzeylerinin ve amigdala aktivitesinin normalleşmesi BKB'de intihar amaçlı olmayan kendine zarar vermenin nedeni olabilmektedir (Stuart, 2014).

Etiyolojisi

BKB'nin olası nedenleri hakkında birçok teori vardır. En çok biyopsikososyal model kabul edilmektedir. Psikolojik boyutta; çocuklukta yaşanılan önemli bir kayıp, anne-baba ile olan bağın yetersiz olması, travma, kötü muamele ya da duygusal olarak yoksun kalmak gibi deneyimlere dayandığı kabul edilmektedir. Genetik faktörlerin borderline kişilik bozukluğunda önemli yeri olduğu vurgulanmıştır. Etiyolojide, tek bir faktörün yerine, her üç faktörün karmaşık ve büyük olasılıkla iç içe olduğu kabul edilmektedir (Videbeck ve Videbeck, 2013).

Olumsuz çocukluk deneyimleri, klinik ve toplumsal olarak BKB ile ilişkilendirilmiştir. Aslında çocukluk çağı travması, BKB gelişimi için gerekli bir önkoşul olmasa da, BKB için en önemli çevresel risk faktörüdür. Her ne kadar BKB'ye özgü olmasa da, fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmali de içeren çocuklukta kötü muamele, ileriye dönük toplum çalışmalarında çocuklarda BKB riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Fortinash, Worret, 2011). Tutarsız ebeveynlik, annenin aşırı katılımı, rahatsız edici ebeveyn davranışları ve düşük ebeveyn sevgisi de BKB'nin ortaya çıkmasıyla ilişkilidir. Ayrıca çocukları 5 yaşından önce annelerinden ayırmak yetişkinlikte BKB için zemin hazırlayabilmektedir (Ediz ve Kartal, 2023). Kötü muameleye maruz kalan çocukların kişilik profilleri, yüksek nevrotiklik, düşük uyumluluk, düşük vicdanlılık ve düşük deneyime açıklık ile karakterize edilir; bunlar devam etme eğilimindedir ve BKB olan yetişkinlerin kişilik özelliklerine benzerlik göstermektedir (Videbeck ve Videbeck, 2013; Stuart, 2014; Yanık ve Arslan, 2023).

Epidemiyolojisi

BKB'nin toplumda görülme sıklığı %1,2 ile %6 arasında değişmektedir. Aynı zamanda nüfusun %1 ila %2' sinde bulunmaktadır ve kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülmektedir. Psikiyatri kliniklerindeki kişilik bozukluklarının %30-60'ını borderline kişilik bozuklukları oluşturur. Ayaktan psikiyatri hastaları arasında %10, yatan psikiyatri hastaları arasında %20 civarındadır (Bohus ve ark., 2021). Farklı ülkelerden, tüm kişilik bozuklukları türleri hakkında rapor edilen genel nüfusla yapılan ve yüz yüze görüşmelerden oluşan 13 epidemiyolojik çalışmaya ilişkin bir genel bakış sonucunda, BKB'nin 2-5 yıllık yaygınlığının %0 ila %4,5 arasında ve ortalama %1,7 olduğu belirlenmiştir. DSM-III ve DSM-IV kişilik bozuklukları arasında %1,6 ile dördüncü en yaygın görülen kişilik bozukluğunun BKB olduğu saptanmıştır.

BKB'de bireyler sıklıkla depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, travmayla ilişkili bozukluklar veya madde kullanım bozuklukları dahil olmak üzere başka bir zihinsel bozukluğun bir döneminin ortasında tedavi için başvurmaktadırlar. Ayrıca bir intihar girişiminden veya diğer dürtüsel, kendine zarar veren eylemlerden sonra veya onlara yol açan mevcut bir kişilerarası kriz (ilişkinin bozulması gibi) veya başka bir kriz (iş kaybı veya okul başarısızlığı gibi) yaşadıktan sonra da yardım isteyebilirler (As-Öztürkler, Karaaziz & Babayiğit, 2023).

Birincil tedavi seçeneği psikoterapidir. Terapi süreci en az bir yıl sürebilir. Birey ve ailesine sosyal beceri eğitimi verilmelidir. Bilişsel ve davranışçı terapiler, çözüm odaklı terapiler kullanılır. Farmakolojik tedavi semptomlara yöneliktir. BKB'li hastaların tedavisi, tanının açıklanması ve bozukluğun beklenen seyri, genetiği ve tedavisi hakkında eğitim ile başlamalıdır. Bu yaklaşım semptomları azaltabilmekte ve birey ittifak kurabilmektedir. Müdahalelerde ayrıca bireyler, tedavilerini kendilerinin yönetebildiği ve ilaçların yalnızca yardımcı bir rol oynadığı konusunda bilgilendirilmelidir (Öyekçin ve Yıldız, 2012; Kutlu, 2018).

VAKA

S. Hanım 22 yaşında üniversite öğrencisi kadın hastadır. Anne ve babası boşanmış olan S. Hanım'ın annesi 51 yaşında, üniversite mezunu, sınıf öğretmeni ve başka bir şehirde yaşamaktadır. Babası ise 56 yaşında, üniversite mezunu, mühendis ve farklı bir şehirde yaşamaktadır. S. Hanım 2 kardeştir

(kendisi dahil). S. Hanım uzun boylu, yaşından biraz büyük görünen, zayıf, öz bakımı yerinde, sarışın bir kadındır.

Hastaneye yatışı intihar girişimi nedeniyle olmuştur. İntihar girişimi sonrası ilk müdahalenin ardından yoğun bakımda 3 ay kalmıştır. S. Hanım intihar girişiminin ardından hemipleji (vücudun tek yarısının felç olması) olmuştur. S. Hanım intihar girişimiyle ilgili tek pişmanlığının beden imgesinin bozulması olduğunu ifade etmiştir. Psikiyatri servisine yatışı anne ve babasının isteği üzerine olmuştur. S. Hanım anne ve babasının kendisiyle çok ilgilenmediğini, kendi hayatlarına odaklandıklarını bu nedenle onları yanında istemediğini belirtmişti. S. Hanım'ın daha öncede 3 defa intihar girişimi olmuştur. İlki annesinden şiddet gördüğü için 10 yaşında deterjan içerek olmuştur. İkincisi 13 yaşında bileklerini keserek, üçüncüsü ise 17 yaşında annesinin ilaçlarını içerek gerçekleşmiştir. S. Hanım'ın anne ve babası 13 yaşındayken boşanmıştır. Evde huzursuzluk ve şiddet ortamı olduğunu, babasının annesini aldattığını, o nedenle anne ve babasının boşanmalarının daha iyi olduğunu belirtmiştir. S. Hanım 19 yaşına kadar annesi ile yaşamıştır. Şimdi ise üniversite okuduğu şehirde yalnız yaşamaktadır. 13 yaşında teyzesinin oğlu tarafından elle taciz edilerek ve sözel olarak cinsel istismara uğramıştır. Bu durumu babası ile paylaşamayan S. Hanım annesine söylediğinde annesinin inanmadığını hatta annesinin bu sebeple fiziksel şiddet uyguladığını belirtmiştir. 17 yaşında erkek arkadaşı tarafından cinsel istismara uğraması sonucunda intihar girişimi olmuştur. Bu istismarın kendisini derinden etkilediğini, kendisini suçlu hissettiğini ve ailesiyle paylaşmaktan korktuğunu belirtmiştir.

S. Hanım'ın yineleyici intihar girişimleri olmakla birlikte sürekli erkek arkadaşı edinme çabası ve beraberinde cinsel deneyimleri olmuştur. Alkol kullanımının yanında bazen madde kullanımı da olduğunu belirtmektedir. Çok fazla yakın arkadaşı olmayan S. Hanım ilişkilerinde birini ya ölesiye sevdiğini ya da ondan öldüresiye nefret ettiğini ifade etmiştir. Bu nedenle sosyal ilişkilerini zayıf olduğu görülmüştür. Alkol kullanımından kendisi ve özellikle de çevresi şikâyet ettiği için ve hayattan zevk alamama, sevgi ve nefret duygularını aynı anda yaşama gerekçesiyle okuldaki psikolojik danışmandan destek aldığını söylemiştir. Daha sonra psikiyatriye başvuran S. Hanım'a majör depresyon tanısı konmuştur.

S. Hanım çocukluk döneminde annesiyle iyi anlaşamadığını, annesinin ona karşı suçluluk hissettiği için yaklaşık 3 yıldır iyi anlaşmaya başladıklarını iletmiştir. Babasına karşı yoğun bir öfke ve nefret duygusu

hissettiğini ifade etmiştir. Babası ziyaretine geldiği dönemlerde öfkesini kontrol edemediği ve bağırıp çağırdığı gözlemlenmiştir.

S. Hanım erkek arkadaşı tarafından sürekli olarak ve aşağılayıcı şekilde cinsel istismara uğramıştır. Ancak bir süre sonra alkol ve madde ulaşımına kolaylaştırdığı için bu duruma kendisinin izin verdiğini belirtmiştir. İlişkisinde erkek arkadaşını bazen yüceltip bazen yerin dibine sokma uçları arasında değişkenlik gösteren bir örüntü mevcuttur. S. Hanım zekâ, görünüm ve para konularına takıntı derecesinde önem verdiğini belirtmiştir. Çocukluk döneminde kendisini yetersiz ve çirkin hissederek büyüdüğünü, şimdi de çoğu zaman böyle hissettiğini belirtmiştir. Dini inancı konusunda sürekli değişkenlik gösteren S. Hanım geçmişte ibadetlerini yoğun bir şekilde gerçekleştirdiğini ancak daha sonra dine karşı isteksizlik ve aykırılık başladığını belirtmiştir.

S. Hanım sayısını hatırlamayacak kadar çok kişiyle cinsel birliktelik yaşadığını söylemiştir. Yaşadığı her cinsel ilişkinin ona anne ve babasından, hayattan intikam almak gibi duygular hissettirdiğini ifade etmiştir. Son birliktelik yaşadığı erkek arkadaşı ile aynı evde yaşayan S. Hanım, erkek arkadaşının kendisine fiziksel şiddet uygulaması ve terk etmesi sonucu nedeniyle 5. kattan atlayarak intihar etmiştir. S. Hanım bu zamana kadar yapmış olduğu tüm uygunsuz davranışlarını kendisini değerli hissetmek ve sorunlarla baş edemediği için yaptığını belirtmiştir. 3 ay yoğun bakımda kalan ve bir süre serviste tedavi gören S. Hanım'ın yanında çoğunlukla annesi refakatçi olarak kalmıştır. Anne ve babasının artık kendisinden bıktığını belirten S. Hanım babasının kendisini alkol aldığı için uygunsuz ortamlardan topladığını, annesinin de çok kederlendiğini belirtmiştir.

İntihar girişimi nedeniyle S. Hanım'ın yoğun bakım ve serviste tedavisi tamamlandıktan sonra psikiyatri kliniğine yatışına karar verilmiştir. S. Hanım için psikofarmakolojik ve psikoterapötik müdahale planı oluşturulmuştur. S. Hanım 1x75 mg Efexor (venlafaksin) tablet, 1x100 mg Seroquel (ketiapin) başlamıştır.

Klinikte yapılan görüşmede S. Hanım hayata, annesine, babasına, erkek arkadaşına öfkeli olduğunu, onlardan ve kendisinden nefret ettiğini, cinselliğe yönelik isteğinin bazı zamanlarda çok yoğun olduğunu, yalnız kalmak istediğini belirtmiştir. S. Hanım kliniğin günaydın toplantılarına, jimnastik saati, çay saati, sosyal etkinlik saati, uğraşı saatleri ve diğer etkinliklerine isteksiz de olsa katılmıştır. S. Hanım, intihar girişimiyle servise

yatırılan bir erkek hasta ve bipolar affektif bozukluk (BAB) tanısı alan başka bir erkek hasta ile duygusal olarak yakınlaşmıştır. Sonrasında bu iki erkek hasta S. Hanım'dan dolayı serviste kavga etmişlerdir. S. Hanım'da kimlik karmaşası belirgin olmakla birlikte, tutarsız bir benlik algısı da vardır.

S. Hanım iki defa kliniğin sorunlarının ele alındığı olağan toplantılara katılmıştır. Toplantılarda diğer hastalara ve kliniğin işleyişine yönelik manipülatif konuşmaları olmuştur. Anne ve babasının kendisine refakat etmesini istemeyen S. Hanım onları görmek istemediğini söylemiştir. Saçları dağınık, bakımsız ve kirli görünmektedir. Hemşire ile yaptığı bir görüşmede felç nedeniyle intihar ettiği için pişman olduğunu, bunun yerine ölmeyi dilediğini ifade etmiştir. Hemşire intihar (özkıyım) riski açısından ekip üyelerini uyararak o günkü gözlem formuna S. Hanım'ın sözel ifadesini kaydetmiştir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. S. Hanım'ın tıbbi tanısı nedir?
2. S. Hanım'ın aldığı Efexor ve Seroquel hangi ilaç grubuna girmektedir?
3. Efexor ve Seroquel'in bağımlılık yapma riski var mıdır?
4. Antidepresan ilaçların yan etkileri nelerdir?
5. Hemşire olarak antidepresan ilaç kullanan hasta ve yakınlarına verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
6. Antipsikotik ilaçların yan etkileri nelerdir?
7. Hemşire olarak antipsikotik ilaç kullanan hasta ve yakınlarına verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
8. S. Hanım'a konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
9. İntihar riski olan hastaya yapılabilecek hemşirelik girişimleri nelerdir?
10. Manipülatif hastaya hemşirelik yaklaşımları nasıl olmalıdır?
11. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka sorularının cevapları

1. Borderline (sınırda) kişilik bozukluğu
2. Efexor etken maddesi venlafaksin olan ve antidepresan ilaç grubundan Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) ilaç

grubunda yer alan bir ilaçtır. Seroquel etken maddesi ketiapin olan ve özellikle düşünce, öfke/düşmanlık ve dürtüsellik belirtileri üzerine etki gösteren antipsikotik bir ilaçtır.

3. Efexor antidepresan, Seroquel antipsikotik ilaç grubuna girdiği için bağımlılık yapma riski yoktur.

4. Antidepresan ilaçların yan etkileri;

Antidepresan ilaçların alt gruplarına göre yan etkileri farklılıklar göstermektedir. Bu grup ilaçların bulantı, ishal, kusma, stres, rahatsızlık hissi, uykusuzluk, cinsel işlev bozuklukları yapıcı yan etkileri ve ilaç etkileşimleri ön plandadır. SSRI grubu antidepresan ilaçların en önemli ve hayati tehdit taşıyan yan etkisi Serotonin Sendromu'dur.

- Serotonin Sendromu şu belirtilerin en azından üçünün birlikte olması ile kendini gösterir. Huzursuzluk, istemsiz kas hareketleri, terleme, ateş, reflekslerde artış, istemsiz kas kasılmaları, titreme ve zihinsel bozukluklar.
- Kasılmalar ve kalp-damar işlevlerinde yıkılmalar görülebilir. Bu durumu önlemek için, birinden diğerine geçmeden önce en az 2 hafta beklenilmelidir.

5. Hemşire olarak yapılması gerekenlerden bazıları şunlardır;

- ✓ Etki etmeye 2 hafta sonrasında başlar.
- ✓ Etkileyip etkilemediğine 6. haftadan önce karar verilmez.
- ✓ İlk dönemde kaygı düzeyini arttırabilirler.
- ✓ Kaygı durumu ön planda ise sakinleştirici tipler tercih edilmelidir.
- ✓ Kullanma süresi hasta iyileştikten sonra 6 aydır.
- ✓ Yaşlılarda düşük doz kullanılmalıdır.
- ✓ Alkolle kullanılmamalıdır.
- ✓ Gebelikte ve emzirenlerde kullanılmamalıdır.
- ✓ Dikkat gerektiren işlerin yapılmaması gerekir.
- ✓ Mide irritasyonundan dolayı yemek sonrasında alınmalıdır.
- ✓ Ağız kuruluğu yaptığı için bireyin ağız hijyeni sağlanmalıdır.
- ✓ Antidepresan kullanan bireylerde ağız kontrolü daha dikkatli yapılmalıdır. İntihar düşüncesi olan bireyler ağızlarında biriktirdikleri için toksik etkisi olabilir.
- ✓ Serotonin hareketini değiştiren iki ilacın birlikte alınması ya da serotonin geri alım inhibitörleri ile MAO inhibitörlerinin

birlikte kullanılmasıyla ortaya çıkan ve hayati tehlike oluşturan Serotonin Sendromu yönünden birey bilgilendirilmelidir.

6. Antipsikotik ilaçların yan etkileri;

En ciddi ve hayati tehlike taşıyabilecek yan etkiler Ektrapiramidal yan etkilerdir (EPS). EPS belirtileri;

- **Akut distoni**: Baş, boyun, dil, ense ve sırt kaslarında kasılmalarda kendisini gösterir. Özellikle boynun yana doğru kasılması şeklindedir. Tedaviye başladıktan sonra ilk 3 günde ortaya çıkar.
- **İlaca bağlı parkinsonizm:** Tremor, kas katılığı maske yüz gibi, tükürük salgısı artması, tekdüze konuşmalar, ciltte yağlanma şeklindedir. Bu belirtide bir defa Akineton yapılabilir.
- **Geç diskinezi/tardiv dizkinezi:** Kafa bölgesinde özellikle yanak içleri, ağız, dudak, dilde istemsiz kasılmalar, göz kırpması, yüzde kasılmalar olabilir. Yanak içi, dudak hareketleri vardır. Diğer yan etkilere göre daha geç başlar.
- **Kesilme diskinezi:** İlaçlar birden bırakılınca ortaya çıkar. MSS ile ilgili sersemlik, uyuşukluk hali belirtileri görülebilir.
- **Diğer MSS yan etkileri:** Tremor gibi.
- **Malign Nöroleptik Sendrom (MNS):** Taşikardi, yüksek ateş, kaslarda katılık, kan basıncında artış belirtileri ortaya çıkar. Otonomik dengeyi bozar. Kreatin, fosfokinaz değeri değişir. Bilinç bulanıklığı, lökositoz da ortaya çıkar. Acil müdahale gerekir. Yaşam boyu ilaç kullanımında herhangi bir dönemde ortaya çıkabilir. Tedavide; ilaç kesilir, sıvı-elektrolit dengesi sağlanır, ateş düşürülür, yaşam bulguları kontrol edilir. Dantrolen ya da Parlodel bu durumun tedavisinde kullanılır.
- **Akatizi:** Motor hareketlerde hızlılık olur. Sürekli ayakta olma, oturmama, sürekli yorulmadan gezinme belirtileridir.
- **Otonomik/periferik antikolinerjik yan etkiler:** En yaygını ağız kuruluğu, ortostatik hipotansiyon, konstipasyon, görme bulanıklığı, taşikardi, pupil dilatasyonu, BPH olan hastalarda klinik belirti gözlenir.
- **Kalple ilgili yan etkiler:** EKG'de özgün olmayan değişiklikler, aritmi, kalp hastalarında prognoz kötüleşir.
- **Deri ile ilgili yan etkiler:** Güneş ışığına karşı duyarlılık, pigmentasyon, deri döküntüsü.

- **Kanla ilgili yan etkiler:** Lökopeni, hemolitik anemi.
- **Endokrin ile ilgili yan etkiler:** Genç erkeklerde jinekomasti, libidoda azalma, iştahta artma, kilo artışı, prolaktin hormon düzeyinde artış görülür.
- **Fetüs ve yenidoğana yan etkiler:** Bu ilaçlar plasentaya geçer, sütle salınır. Bu nedenle gebelikte kullanılmaz.

7. Hemşire olarak yapılması gerekenlerden bazıları şunlardır;

- ✓ Ekstrapiramidal yan etkiler (EPS) hakkında bilgilendirilir.
- ✓ İlaç yan etkileri hakkında bilgi verilir.
- ✓ Yan etkilerden dolayı oluşabilecek sersemlik gibi durumlarda travmalardan korunması gerektiği konusunda bilgi verilir.
- ✓ Alkol kullanımının olmaması gerektiği açıklanır.
- ✓ İlacını unuttuğunda ertesi günkü dozu az ya da çok değil, aynı miktarda alınması gerekir.
- ✓ Bağımlılık yapmazlar, ancak uzun süre kullananlarda birden bırakılınca; baş dönmesi, bulantı, kusma gibi Rebaund Belirtileri olabileceği için azaltılarak bırakılmalıdır. Ağız kuruluğu için önlem alınmalıdır.
- ✓ Yan etkiler olduğunda araba kullanmaması konusunda bilgilendirilir.
- ✓ İlaçları bol su ile alması gerektiği konusunda (ilacın mideye ulaşmasını desteklemek, ağız kuruluğu, normal sıvı alımının olması için) bilgilendirilir.
- ✓ Kilo artışı konusunda (iştahta artma, ilaçların sedatize etkisi, aktivitenin azalmasına neden olduğu için kilo artışı olur) aktivite arttırılması gerektiği konusunda bilgilendirilir.

8. Bireye konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri arttırılabilir.

- Kendine zarar verme riski
- Başkalarına yönelik şiddet riski
- Anksiyete
- Güçsüzlük
- Savunucu baş etme
- Uyumsuzluk
- Aile içi süreçlerde bozulma
- Kronik düşük benlik saygısı
- Etkisiz bireysel baş etme (bireysel baş etmede yetersizlik)
- Öz bakım eksikliği

- Sosyal etkileşimde bozulma
- Yalnızlık riski

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
✓ Kendine Zarar Verme Riski Tanım: Gerginliğinde rahatlama sağlamak için ölümcül olmayan yaralanmaya neden olan bir maksatla doku hasarına neden olan kasten kendini yaralama davranışı için risk.	✓ İntiharla ilgili sözel ifadelerinin olması	✓ Dürtüsel davranış ✓ Öfke ✓ Duygularını sözel olarak ifade etmede yetersizlik ✓ Fiziksel olarak kendine zarar verme eylemleri ✓ Dikkat çekme davranışı ✓ Etkisiz baş etme becerileri	Kısa dönem: Bireyin kendisine zarar vermesi önlenecek Uzun dönem: Kendine zarar verme davranışı için bağımsız bir biçimde dürtülerini kontrol edecek	1. Bireyin intihar düşüncesi ya da planları varsa değerlendirilmesi, 2. Bireyin merdiven boşluğu ya da çıkışın yakınında vb. bir oda yerine hemşire odası yakınında ya da kolaylıkla gözlenebilen bir odaya yerleştirilmesi, 3. Kendine zarar verme dürtülerinin bulunması ve ilaç içme, kesme ya da kendini atma davranışları geçmişi için bireyin	Birey kendine zarar verici herhangi bir eylemde bulunmadı. İntihar ile ilgili düşünceleri nin azaldığı belirlendi. Kendine zarar vermek yerine sorunlarla baş edebileceğini ifade etti.

				değerlendirilmesi, 4. Bireyin kesici ya da başka potansiyel tehlikeli nesneleri kullanımının yakından denetlenmesi, 5. Bireye tutarlı olunup, davranışa, sorumluluklara, kurallara vb. ilişkin sınırlar belirlenmesi ve devamlılığının sağlanması, 6. Bireyin kendine zarar verme davranışı açısından bireye fark ettirmeden sık sık gözlenmesi, 7. Eğer birey davranışlarıyla ortaya koyarsa (hastanın güvenliği tehlikede	

				değilse) mümkün olduğu kadar birey üzerindeki dikkatin azaltılmas ı, 8. Bireyin kendini yaralama ya da kendine zarar verme davranışla rına ilişkin duyguları nı tanımlama ya teşvik edilmesi, 9. Bireyin öfke, nefret, korku gibi duyguları nı doğrudan ifade etmesi için cesaretlen dirilmesi, 10. Alternatif baş etme becerilerin i öğrenmesi , 11. Bireye doğrudan "kendini öldürmeyi hiç düşündün mü?"	

				sorusu sorularak intihar planının öğrenilmesi, 12. Bireyin intihar girişimi için risk faktörlerinin değerlendirilmesi, 13. Bireye güvenli bir çevre sağlanmasıdır (kesici, delici, zarar verici vb. alet ve eşyaların ortadan kaldırılması gibi).	
Hemşireli k tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
✓ Etkisiz Bireysel Baş Etme <u>Tanım:</u> Stresörlere mantıklı bir değerlendirme oluşturmada yetersizlik	✓ Tutarsız davranış ✓ Kimliği hakkında belirsizlik (örneğin, rol, beden imajı, kariyer seçimleri, bağlılıklar) ✓ Zayıf dürtü kontrolü ✓ Başkaları	✓ Kontrol duygusunda yetersizlik ✓ Öfke ✓ Yetersiz kaynaklar ✓ Bir durumla başa çıkabilme becerisi	Etkili baş etme stratejileri kullanacak Stresi azaltacak davranışları yapacak Kendine veya başkalarına karşı yıkıcı davranışlardan uzak duracak Psikolojik rahatlıkta artış	1. Sağlık personeli, belirli bir süre içinde ya da yapılandırılmış bir zamanda her bir fiziksel şikayetin değerlendirilmesi, 2. Bireye doğrudan	Bireyin klinik içerisinde stresle ve sorunlarla etkili bir şekilde baş edebildiği gözlemlendi. Stresle baş etmede zorlandığı durumlarda sağlık personelinde yardım isteme davranışları

, uygulanan yanıtların yetersiz seçimleri ve/veya ulaşılabilir kaynakları kullanmada yetersizlik.	na karşı yıkıcı davranış ✓ Kendine karşı yıkıcı davranış ✓ Anksiyete ✓ Yaşama olan tatminsizlik ✓ Duygudurum dalgalanmaları ✓ Alkol ve madde kullanımı ✓ Etkisiz baş etme stratejileri	ne yetersiz güvenme	olduğunu söyleyecek Sağlık çalışanlarından uygun şekilde yardım isteyecek	iletişim ve sorumlulukları yerine getirmesi için destek verilmesi, 3. Bireyin madde kullanımının ölçüsünün değerlendirilmesi ve gerekirse yakınları ile görüşülmesi, 4. Bireyle konuşurken, alabileceği öz-sorumluluk ve aktif yaklaşımlara odaklanılması, 5. Bireyin pasifliğini, umutsuzluk duygularını vb. güçlendirmekten kaçınılması, 6. Bireyin duygularını ya da endişelerini, kimlik sorunları ve belirsizlikl	oldu. Birey psikolojik rahatlığında artışı olduğunu ifade etti.

				er de dahil ifade etmesi için cesaretlendirilmesi, 7. Yargılayıcı olmadan yaklaşılması, 8. Bireyi hastaneye yatışına zemin hazırlayan bir problem ya da yaşam durumunu (durum içinde onun rolü de dahil olmak üzere) tanımlama ya teşvik edilmesi, 9. Bireye problem çözme sürecinin öğretilmesi: Problemi tanımlama, alternatifler bulma, bir karar verme ve başarısını değerlendirme, 10. Bireyin farkındalık	

				kazanabilmesi için becerilerinin, işlevsellik düzeyinin ve bağımsızlığının değerlendirilmesi, 11. Bireyin geçmişte kullandığı güçlü yönlerini ve etkili baş etme davranışlarını tanımlamasına yardımcı olunması, Bunu yapabilmek için bireyin yazılı bir liste yapmasına, mevcut ve gelecekteki durumlarda bu baş etme davranışlarını denemesi için cesaretlendirilmesi, 12. Bireye ek olarak olumlu baş etme	

				stratejileri ve fiziksel egzersizin arttırılması, duyguların sözel olarak ya da bir günlüğe ifade etmek ya da meditasyon teknikleri gibi stres yönetimi becerilerin öğretilmesi, 13. Çeşitli durumlarda bireyin işlevselliğinin gözlemlenmesi. Grup üyeleriyle etkileşimi nasıl? Ya da otorite figürleriyle? Hasta yapılandırılmış etkinlikler boyunca nasıl işlev görüyor? Gibi konularda değerlendirmeler yapılması, 14. Bireyin gerçekçi	

				hedefleri tanımlamasını ve yetersiz alanları ya da güçlü yönlerini kullanmak ya da arttırmak üzerine çalışma planlamasına yönelik gözlemlere ilişkin geri bildirim verilmesi, 15. Bireyin deneme ve özel eğitim (örneğin, iş görüşmesi) için diğer disiplinlerdeki profesyoneller ile (mesleki rehabilitasyon, eğitim-öğretim, psikoloji) çalışılması, 16. Bireyin sosyal hizmetler ya da mesleki rehabilitasyon gibi	

				kaynakları uygun şekilde elde etmesine yardımcı olunması, 17. Eğer bireyin yasal problemleri varsa, diğer disiplinlerdeki profesyonellere (örneğin, sosyal hizmet ya da hukuk) yönlendirilmesi, 18. Bireyin otonomisine katkıda bulunmaya dikkat edilmesi, 19. İlk görüşmeyle başlayarak hastaneye yatışı boyunca olumlu bir tavır içinde taburculuk planlamasının görüşülmesi, 20. Bireye içinde bulunduğu durumun	

				anlamını tartışabilmesi için fırsat verilmesi, 21. Bireye gerçekçi hedefler koyma ve kişisel beceri ve bilgileri belirleme konusunda yardımcı olunması, 22. Yetenekleri ve ilgileri ölçüsünde (örneğin, okuma, televizyon, radyo, el sanatları, geziler, filmler, egzersiz gibi) zihinsel ve fiziksel aktiviteler yönlendirilmesi, 23. Sosyal destek kaynaklarının kullanımına teşvik edilmesidir.	
Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme

✓ Sosyal Etkileşimde Bozulma Tanım: Sosyal değişimim kalitesinin etkisiz veya niceliğinin yetersiz ya da aşırı miktarda olması	✓ Sosyal ortamlardan rahatsızlık ✓ Sosyal bağlılıktan memnuniyetsizlik (örneğin; aidiyet, bakım, ilgi, paylaşılmış anılar) ✓ Başkalarıyla fonksiyonel olmayan etkileşim ✓ Bozulmuş sosyal işlevsellik	✓ Sosyal destek kaynaklarının yokluğunu hissetme ✓ Benlik kavramında bozulma ✓ İlişkilerde aşırı bağımlılık gereksinimleri ✓ Karışıklığı gidermek için etkisiz baş etme becerileri ✓ Düşünce süreçlerinde bozulma ✓ Kendi ihtiyaçları için başkalarını manipüle etme ✓ İç görü eksikliği	Aşırı bağlılık ya da aşırı kaçınma olmadan sağlıklı ilişkiler geliştirecek Bozulmuş sosyal etkileşimlere neden olan engelleri tanımlayacak Bozulmuş ve başarılı sosyal etkileşimlere eşlik eden duyguları tartışacak Başarılı sosyal etkileşim davranışlarını kullanacak	1. Bireyle birlikte, ilişkilerde kabul edilebilir sınırlar belirlenmesi; eğer birey bunu yapmakta yetersizse, onun için sınırları oluşturmada yardımcı olunması, 2. Bireyin etkileşimlerinin farkında olunması ve gerektiğinde personeli, diğer hastaları ya da ziyaretçileri manipüle etmesini önlemek için müdahale edilmesi, 3. Birey, sağlık personellerinin kendisine bir insan olarak değer verdiğini	Bireyin klinik içerisinde diğer hastalarla ve sağlık personelleriyle uygun etkileşim kurduğu gözlemlendi. Birey sosyal etkileşimin günlük hayattaki olumlu etkilerini ifade etti. Bireyin olumlu geri bildirimler verildikçe ve sosyal aktivitelere katıldıkça daha çok yapıcı sosyal etkileşime girdiği gözlemlendi.

				(tedavi edici bir şekilde) hissetmesinin gerekliliğine rağmen, personele ya da kuruluşa bağımlı olmaya teşvik etme yoluyla hastanın bağımsızlığına zarar verilmeden desteklenmesi, 4. Bireyin sıkıntı verici duygularını tanımasına ve bu duyguları azaltan faaliyetleri tanımlaması için yazılı bir çizelge kullanarak yardımcı olunması, 5. Bireyin arkadaş çevrelerinin kaybının,	

				bıkkınlık ve yalnızlığın başkalarını kendi çıkarları doğrultusunda yönlendirmenin sonuçları olduğunu görmesinin sağlanması, 6. Bireyin kişisel sorunları tartışması için uygun insanlar ve zamanlar belirlemesine yardım edilmesi, 7. Bireyle etkileşimleri hakkında konuşulması ve bireye kişilerarası dinamikler hakkında geri bildirim verilmesi, 8. Bireyin savunma mekaniz	

				malarını kullanmasının izlenmesi ve sağlıklı savunma sistemlerinin desteklenmesi, 9. Jimnastik, gevşeme egzersizleri gibi fiziksel aktivitelere teşvik edilmesi, 10. Grup ortamında grup üyelerinin birbirini destekle mesinin sağlanması, 11. Uygun sosyal etkileşimlerin örneklendirilmesi ve odaklanmış müdahalelerin kullanılması. Uygun davranış için olumlu sözel ve	

				sözel olmayan geri bildirim verilmesidir (örneğin; "zamanında çalışmaya başladığınız ve tüm görevlerinizi size verildiği gibi yaptığınız için gurur duyuyorum" gibi ifadeler kullanın ve iletişimde mutlaka göz teması kurun).	

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
✓ Kronik Düşük Benlik Saygısı Tanım: Benlik ya da öz-yeterlilikler ilgili, eskiden beri süregelen olumsuz öz-	✓ Başkaların görüşlerine bağımlı olma ✓ Kendisiyle ilgili olumsuz geri bildiriml	✓ Travmatik duruma maruz kalma ✓ Yetersiz ait olma ✓ Başkalarından beklediği değeri görememe	Başkalarıyla etkileşim becerilerinde artış sergileyecek (örneğin, göz iletişimini sürdürmesi gibi)	1. Aktif bir şekilde dinleyip bireye saygı gösterilmesi, 2. Bireyin fiziksel sağlık sorunlarını ve istismar edici ilişkiler	Bireyin kendisiyle ilgili olumlu ifadeleri olduğu gözlemlendi. Bireysel güçlerinin ve becerilerinin olduğunu

değerlendirmeler/ duygular	eri abartma ✓ Yaşam olaylarında tekrarlı biçimde başarısız olma ✓ Durumla mücadele etme becerisini olduğundan az değerlendirme	✓ Yetersiz sevgi görme ✓ Tekrarlı başarısızlıklar ✓ Düşünce sürecinde bozulma ✓ Spiritüel uyumsuzluk	Bireysel güçlerini, başarılarını ve değerlerini tanımlayacak Başarılabilir hedefler tanımlayacak ve onların üzerinde çalışacak Bağımsız karar verme ve problem çözme becerileri gelişecek	açısından potansiyelini içeren çevresel ve günlük stresörlerinin değerlendirilmesi, 3. Var olan güçleri ve baş etme becerilerinin değerlendirilmesi ve bunların fark edilmesi ve ifade edilmesi için imkan sağlanması, 4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği gibi geçerli ve yapılandırılmış araçlar kullanarak bireyin özsaygının değerlendirilmesi, 5. Bireyin olumsuz öz değerlendirilmelerinin tanımlanması, 6. Gerçekçi ve uygulanabilir hedef ve kaynaklarım belirlenmesine teşvik edilmesi ve başarının önündeki engellerin	ifade etti. Serviste küçük sorunları çözme becerilerinin geliştiği gözlemlendi.

				tanımlanmas ı, 7. Bireyle birlikte seçenekleri ve onların olası sonuçlarını gözden geçirerek bağımsız karar vermeye teşvik edilmesi, 8. Bireye olumsuz benlik ve performans algılamaları ile mücadele etmesi konusunda desteklenme si, 9. Başarısızlığı n değerli geri bildirim vermek için kullanılması, 10. Toplumda fonksiyonelli k seviyesinin korunmasına teşvik edilmesi, 11. Bireyin aile ve akran grubunun öz-değeri üzerindeki etkisini değerlendir mesi konusunda desteklenme si, 12. Duyguları	

				ifade etmenin güvenli bir yolu olarak günlük yazma gibi eylemlere teşvik edilmesi, 13. Bireylerin sanatsal becerilerini geliştirmelerine teşvik edilmesi, 14. Psikoterapötik danışmanlık için toplum kaynaklarına danışılması, 15. Stres azaltma ve baş etme becerilerine odaklı psikoeğitim gruplarına yönlendirilmesidir.	

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
✓ Aile içi Süreçlerde Bozulma Tanım: Aile biriminin psikososyal, manevi ve psikolojik	✓ Aile içi çatışmaların çözümünde yetersizlik ✓ Aile üyelerini suçlayıcı sözler ve davranışlarda	✓ Tutarsız ebeveyn ilişkileri ✓ Etkisiz baş etme becerileri ✓ Düşünce sürecinde	Birey aile içi rolleriyle ilgili doyumunda artış olduğunu ifade edecek.	1. Bireyi anlamaları ve destek olmaları açısından aile üyelerinin desteklenmesinin sağlanması, 2. Ailenin güçlü yönleri ve zayıf	Aile üyeleri bireyi anlamaya çalışarak yaklaşımda bulunacağını ifade etti. Birey ailesinin güçlü ve zayıf yönlerini tanıdığını ifade

işlevleri kronik olarak dağınıktır ki bu da çatışmaya, sorunların reddine, değişime direnme, başarısız problem çözümüne ve bir dizi kendini tekrar eden krize yol açmaktadır.	bulunma ✓ Alkol ve madde kullanımı ✓ Uygunsuz agresif tepkiler ✓ Değersizlik duyguları ✓ Kronik aile sorunları ✓ Aile dinamiklerinde bozulma ✓ Yetersiz ebeveyn desteği algısı	bozulma		yönlerinin analiz edilmesi, 3. Bir ebeveyne olarak ebeveyn-çocuk ilişkisinin neler olduğunun birey ile tartışılması, 4. Aile üyelerine bireyin hastalık süreci hakkında bilgi verilmesi, 5. Etnik kökenin önemi göz önünde bulundurularak hastalıkla ilgili açıkça konuşup aile bireylerinin motive edilmesi, 6. Aile bireylerinin sağlık durumu değiştiğinde deneyimlenebilecek çeşitli his ve duyguların farkında olunması, 7. Var olan kaynakların ve kişisel güçlü yanlarını ifade etmeleri konusunda aile	etti. Aile bireyin bazı davranışlarının hastalığından kaynaklandığını yeni fark ettiklerini ifade etti. Birey aile içi süreçlerde yaşadığı zorluklarla baş etmede olumlu baş etme yöntemlerini ifade etti ve kullanacağını belirtti. Ailenin bireyi ziyaret etme sıklığında artış olduğu gözlemlendi.

				bireylerinin desteklenmesi, 8. Birey, aile üyeleri ve sağlık profesyonelleri arasında bağlantı kurulması, 9. Ailenin bireyi ziyaret etmeye yönlendirilmesi; ailenin programına göre ziyaret saatlerinin düzenlenmesi, 10. Bireyin tedavisine katılmada aile bireylerine olanak tanınıp desteklenmesi, 11. Klinik ortamdaki duygusal ve çatışmalı durumlarda aile bireylerinin desteklenmesi, 12. Bireyin özellikle aile içi süreçlere yönelik olumlu düşünce ve duygularının kullanımının teşvik edilmesi, 13. Aile içi süreçlerde baş	

				etme becerilerinin birey ile görüşülmesi, 14. Aile içi süreçlerde baş etme becerilerine yönelik birey ile alternatif çözüm önerileri üretilmesi ve karar verilmesi, 15. Bireyin öfkeli olduğu zamanlarda öfkesini uygun şekilde ifade edebilmesi yönünde görüşme yapılmasıdır (özellikle anne ve babasına yönelik).	

Öz kıyım (intihar) riski olan hastalarda hemşirelik girişimleri şunladır:

- ✓ İntihar riskinin varlığı ve derecesi belirlenecek,
- ✓ İntihar düşüncesi ve girişimi ile ilgili aile üyelerinin sürece katılımı desteklenecek,
- ✓ Birey sık aralıklarla gözlemlenecek,
- ✓ Birey mümkünse hemen müdahale edilebilecek yakınlıkta ya da hemşire odasının yakınında bir odaya yerleştirilecek,
- ✓ Yanında bir refakatçinin bulunması sağlanacak,
- ✓ Bireyin destekleyici kişi ve kaynak ağını (örneğin; aile, bakım sağlayıcılar, din adamları gibi) tanımlamasında yardımcı olunacak,

- ✓ Yasaklanan objeler hakkında ziyaretçiler bilgilendirilecek,
- ✓ İntihar riski açısından güvenli bir çevre oluşturulacak (örneğin, kesici delici aletleri alınması, gerekirse yatak çarşafları yastık kılıflarının bile toplanıp kontrollü şekilde kullandırılması gibi),
- ✓ Toplu ortamda yemek yenilen alan iyi gözlemlenecek ve denetlenecek,
- ✓ Oral ilaçlar verildikten sonra bireyin tüm ilaçları yutup yutmadığının kontrolü yapılacak,
- ✓ Kişinin intihar etme riski ekip üyeleriyle mutlaka paylaşılacak,
- ✓ Bireyin servis dışına çıkma durumu hekim istemi doğrultusunda sağlanarak bir sağlık personelinin eşlik etmesi sağlanacak,
- ✓ Bireyin öfkesini uygun şekilde ifade edebilmesi için desteklenecek (nefes egzersizleri, sözel ifadesi gibi)
- ✓ Tedavisini planlama ve ilerlemelerini değerlendirmeye bireyin katılımı sağlanacak,
- ✓ Daha önce intihar girişimleri olan birey ve ailesi de taburculuk sonrası süreçte psikoterapi alması için yönlendirilecektir.

9. Manipülatif hastaya hemşirelik yaklaşımları şunlardır:

- ✓ Bireyin manipülatif davranışlarının önüne geçilmesi için servis içerisindeki kurallar birey ile ayrıntılı olarak görüşülmeli ve kurallara uymanın zorunluluğu vurgulanmalıdır.
- ✓ İstismara ya da yönlendirmeye açık hastalarla manipülatif hastaların etkileşimi azaltılmalı ve kontrol edilmelidir.
- ✓ Yaşam koşullarının (veya tedavi programının) belirlenmesinde bireylere gerçek bir rol verilmeli, kendilerine olan saygılarının
- ✓ artması desteklenmeli ve manipülasyonların azalması sağlanmalıdır.
- ✓ Bireysel veya grup ortamında terapide bireye iç görü odaklı bir yönlendirmeyi yapılmalıdır. Uzun vadede bu yaklaşım manipülatif davranışların azalmasını sağlamaktadır.
- ✓ İç görünün desteklenmesi, manipülatif hastanın davranışlarının gerçekliği ve sonuçlarıyla terapötik olarak yüzleştirilmesi bu davranışı anlayıp değiştirmeye çalışma yoluyla da gerçekleşebilir. Böylece manipülatif davranış ile sağlık

personeli ve hastalar arasında terapötik yönden çalışma fırsatı sağlanabilmektedir.

- ✓ Manipülatif hastalarla yapılan görüşme ve gözlemlerin sıklığı arttırılmalı, servis içerisindeki konuşma ve davranışları da sık aralıklarla gözlemlenmelidir.
- ✓ Grup etkileşimlerinde manipülatif içerikli konuşmaları baskılayıcı bir şekilde yapılıyorsa bireye grup kuralları net bir şekilde anlatılmalı, manipülasyon devam ediyorsa gerektiğinde grup etkileşimleri de sınırlandırılmalıdır.
- ✓ Manipülatif konuşma ve davranışları birey ile görüşülmeli, iç görü sağlamak için birey desteklenmelidir (Bowers, 2003; Ançel, Durmuş & Doğaner, 2010).

10. Bireye hemşire olarak verilebilecek eğitimlerden örnekler verilmiştir:

- ❖ Kişisel bakım ve hijyen eğitimi
- ❖ Stresle baş etme teknikleri
- ❖ Gevşeme ve solunum egzersizleri
- ❖ Akılcı ilaç kullanımı
- ❖ Etkili iletişim becerileri
- ❖ Problem çözme ve karar verme becerileri
- ❖

SONUÇ

Borderline kişilik bozukluğu olan bireyler sağlık çalışanları tarafından "zor hasta" olarak gruplandırılmaktadır. Özellikle hemşireler borderline kişilik bozukluğu olan bireylere bakım verirken zorlanmaktadır. Sağlık çalışanların bu bireylerle zorluk yaşamalarındaki en önemli sebepler, bağlanma/bağımlılık olması, dürtüsel davranmaları ve öfke ile kendini gösteren karmaşık duygu ve davranışların olmasıdır. Hemşireler borderline bireylere oranla depresif ya da psikotik hastalara bakım vermeyi tercih etmekte, borderline bireylerin daha tehlikeli olduğunu düşünmekte, bu nedenle bu bireylere bakım verirken öfke, engellenme ve tükenme yaşamaktadırlar. Anksiyeteye karşı dissosyatif, öfke ya da paranoid tepkiler veren borderline bireylere bakım veren psikiyatri hemşiresi bu durumun farkında olmalı ve terapötik ortamı sağlamalıdır. Çoğunlukla farmakolojik

tedaviye uyumlu olmayan borderline bireylere önerilen farmakolojik tedaviyi uygulamalı ve bireyin işlevselliğini kazanmasında destek olmalıdır. Bu nedenle bireyin tedaviye uyum sağlayabilmesinde hasta-hemşire ilişkisinin niteliği ve işlevselliği son derece önemli olarak görülmektedir.

Borderline bireylerin tedavi ve bakımında aile ve yakınlarının tedaviye etkili bir şekilde katılımı iyileşme sürecini hızlandırabilmektedir. Psikiyatri hemşiresi, bireye olduğu kadar aileye de destek olmalı ve bilgilendirmelidir. Borderline bireylerin hemşirelik bakımında psikiyatri hemşireleri istekli, sabırlı ve yetkin olmalıdır. Bu doğrultuda psikiyatri hemşireleri gerekli donanıma sahip olmak için çabalamalı, bakım vermekten kaçınmamalı, motivasyonu yüksek olmalı, hemşirelik bakımının bireyin iyileşmesinde önemli katkıları olduğunun farkında olmalıdır. Psikiyatri hemşiresinin etkili bir bakım verdiğinin en önemli göstergesi, borderline bireylerin kendilerinde gerçekleşen değişimleri fark etmeleri, taburculuk sonrası sürdürmeleri ve bu değişimden mutlu olmalıdır. Bu nedenle psikiyatri hemşirelerine, borderline bireylere bakım verirken eğitimsel girişimler ve terapötik müdahaleleri uygulayabilmeleri için gereken yetkinlikleri kazandırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G., & Bados, A. (2019). Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *European Psychiatry*, 56(1), 75-83, doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.010.

Ançel, G., Durmuş, Ö., Doğaner, G. (2010). Borderline kişilik bozukluğu: tedavi ve hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 133-138.

Aslıhan, K. (2020). Borderline kişilik bozukluğu: sınırların ötesinde koşulsuz kabul arayışında bir vaka sunumu. *Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 110-128.

As-Öztürkler, M., Karaaziz, M., Babayiğit, A. (2023). Sınırda (Borderline) Kişilik Bozukluğu: Olgu Sunumu. *MAS Journal of Applied Sciences*, 8(3), 545-552.

Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398(10310), 1528-1540, doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1.

Bowers, L. (2003). Manipulation: searching for an understanding. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(3), 329-334.

Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-psiquiatría*, *76*(4), 210-210.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2016). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care*. FA Davis.

Ediz, Ç., Kartal, S. (2023). Examination of Social Support, Burnout, and Hopelessness Levels Perceived by Mothers with Children in Need of Special Education in terms of Sociodemographic Characteristics: A Cross-Sectional Study from a Rural Region of Turkey. World Women Studıes Journal, 8(1), 107-119. https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8154961

Fortinash, K. M., Worret, P. (2011). *Psychiatric mental health nursing*. Elsevier Health Sciences.

Guha, M. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. *Reference Reviews*, 28(3), 36-37.

Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-20. doi:10.1038/nrdp.2018.29.

Kramer, U., Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Glass, I. V., & Zanarini, M. C. (2023). Course and predictors of social security disability insurance in patients with borderline personality disorder over 24 years of prospective follow-up. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1), 30, doi.org/10.1186/s40479-023-00236-x

Kutlu, M.A. (2018). Borderline kişilik bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi,* 3(5), 11-20.

Öyekçin, D.G., Yıldız, D. (2012). Kişilik bozukluklarında ilaç tedavisi. *Journal of Mood Disorders*, 2(1), 34-46, doı: 10.5455/jmood.20120328094704.

Stuart, G. W. (2012). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing-E-Book: Principles and Practice of Psychiatric Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Videbeck, S., & Videbeck, S. (2013). *Psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.

Yanık, D., Arslan, R. (2023). Efficacy of technology addiction awareness training given to high school students: Randomized controlled experimental study. OPUS– Journal of Society Research, 20(54), 516-526.

BÖLÜM 8

ÇEKİNGEN KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Uzman Hemşire Tuğba SARI

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431274

[1] Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı, Tokat, Türkiye, tubaaasari@gmail.com, Orcıd ID: 0000-0002-5172-8662

GİRİŞ

Çekingen kişilik bozukluğu, zayıf benlik saygısı ve yaygın bir sosyal geri çekilme modelinin birleşimi ile karakterize edilen ve yaygın görülen kişilik bozukluklarından biridir (Balj´e ve ark., 2023). Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, beşinci baskısında (DSMV) kavramsallaştırıldığı şekliyle, reddedilme korkusu ve kişisel yetersizlik duyguları nedeniyle sosyal etkileşimden geniş ölçüde kaçınma ile kendini gösteren kişilik bozukluğudur (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSMV).

Çekingen kişilik bozukluğunun ayırt edici özellikleri, yaygın bir şekilde sosyal engelleme, yetersizlik duygusu ve olumsuz değerlendirmeye karşı aşırı duyarlılıktır. Buna göre, bu kişiler, kendilerini istenmeyen ve diğerlerinden izole edilmiş olarak algılayarak, sosyal etkileşimlerden belirgin bir kaçınma gösterirler. Bu semptomlar günlük yaşamda belirgin bozulmalar ve toplumsal sorunların yaşanmasına neden olmaktadır (Cramer ve ark., 2006; Weinbrecht ve ark., 2016). Örneğin, son bulgular zihinsel (örneğin, düşük öz yeterlik, zihinsel sıkıntı), sosyal (örneğin, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, ücretli işte çalışmama) ve somatik (örneğin, bedensel hastalıkların varlığı) alanlarda önemli bozuklukların varlığını göstermektedir (Weinbrecht ve ark., 2016; Simonsen ve ark., 2019; Balj´e ve ark., 2023).

Bu kişiler toplum içinde konuşmak ve kendilerini göstermek istemezler. Reddedilme veya eleştiri korkusu nedeniyle kişiler arası temastan kaçınırlar ve sınırlı işlevsellik gösterirler (Eren, 2010). Ana patolojik kişilik özellikleri, sosyal durumlarda işlevsellik ile ilişkili düşük benlik saygısı, akranlarıyla karşılaştırıldığında aşağılık duygusu ve yeni insanlarla ilgili alışılmadık faaliyetlere katılma konusundaki isteksizliktir. Bazıları koruyucu bir ortamda çalışabilir. Ancak destek sistemleri başarısız olursa depresyon, kaygı ve öfke yaşayabilmektedirler. Reddedilmeye, aşağılanmaya ve başarısızlığa karşı özellikle duyarlıdırlar ve bunlarla meşgul olurlar. Eleştirilme veya onaylanmama korkusu nedeniyle sıklıkla yeni kişilerarası ilişkilerden veya etkinliklerden kaçınmaktadırlar (Gjerde ve ar., 2012; Simonsen ve ark., 2019; Balj´e ve ark., 2023). Çekingen kişilik bozukluğu düşük yaşam kalitesi, daha düşük sosyal destek düzeyleri, daha düşük eğitim düzeyi, distimi, majör depresyon ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi eşlik eden bozukluklarla ilişkilendirilmektedir (Lampe ve ark., 2003; Olsson ve Dahl, 2012; Wilberg ve ark., 2009).

Çekingen kişilik bozukluğu diğer kişilik bozuklukları ile karşılaştırıldığında günlük işlevsellikte en yüksek düzeyde bozulma ile ilişkilendirilmektedir (Wilberg ve ark., 2009). Çekingen kişilik bozukluğunun toplum örneklemlerinde ortalama yaşam boyu yaygınlığın %1,7 olduğu tahmin edilmektedir ve ayaktan psikiyatrik tedavi gören hastalarda çekingen kişilik bozukluğunun komorbid bir bozukluk olarak tahmini yaklaşık %14,7'dir (Lampe ve Malhi, 2018; Weinbrecht ve ark., 2016).

Bazı çalışmalar kadınların çekingen kişilik bozukluğu açısından daha fazla risk altında olduğunu gösterirken (Lampe ve Sunderland, 2015; Grant ve ark., 2004), bazı çalışmalarda da cinsiyet açısından ilişki bulunamamıştır (Coid ve ark., 2006; Lenzenweger ve ark., 2007). Çekingen kişilik bozukluğunun gelişimi çeşitli genetik, mizaç ve çocukluk çağı faktörlerine bağlanmaktadır. Bozukluğun erken belirtileri genellikle bebeklerde ve çocuklarda belirgindir. Bu semptomlar, yaygın utangaçlığın aksine ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde artan utangaçlık ve kaçınmayı içermektedir (Pellecchia ve ark., 2018; Ediz ve Kavak Budak, 2023).

Bireyi, aileyi ve toplumu ciddi derecede etkileyen çekinik kişilik bozukluğu hemşireler için bir zorluk teşkil etmektedir. Bu doğrultuda oluşturulacak hemşirelik bakım planları güvenliği korumaya ve uygun yapıyı sağlamaya yönelik olmanın yanı sıra birey ve aile ile sürekli iş birliği yaparak tedaviye uyumu arttırmada önemli bir rol üstlenmektedir. Hemşirelik tanıları, hastanın dürtüsel ve önceden tasarlanmış eylemlerden korunmasına ve baş etme becerilerinin geliştirilmesine odaklanması gerekmektedir. (Bo ve ark., 2019).

Çekingen kişilik bozukluğunda bakım planı hazırlarken arkadaş canlısı, kabul edici ve güven verici bir yaklaşım ile yaklaşılması ve korkularına karşı kabul edici bir tutum sergilenmesi gerekmektedir. Etkili bir iletişim ile birlikte bireye atılganlık eğitiminin verilmesi ile kişinin kendi ihtiyaçlarını fark etmesi ve ifade etmeyi öğrenmesine yardımcı olabilmektedir (Widiger, 2003).

VAKA

Bayan L 35 yaşında bekar bir kadındır ve bir bilgisayar tamir şirketinde çalışmaktadır. Bekar bir anne tarafından büyütülmüş ve ailesini terk eden babasıyla hiç tanışmamıştır. Anne ona babasının "herkes için her şeyi yapabilecek" biri olarak tanımlayarak hastanın istenmeyenlik duygusunu

içselleştirmesine yol açmıştır; baba "kendisi dışında herkes için her şeyi yapardı" düşüncesi hâkim olmuştur. Hastanın annesi de onu fiziksel ve duygusal olarak istismar etmiş, ev ödevlerinde ve ders dışı etkinliklerde hata yaptığında onu dövmüştür. Çocukken çok az arkadaşı vardı ve ders dışı etkinliklere hiç katılmamıştır. Böylelikle hasta, yetişkinlikte sosyal aktivitelerden ve mesleki risklerden nasıl kaçınacağına paralel olarak, hata yapmaktan kaçınmak için aktiviteleri bıraktı. Kendi dairesinde yalnız yaşıyor ve yetişkinlere yönelik hiçbir zaman yakın bir ilişkisi olmadı. İş yerinde iş arkadaşlarıyla nadiren konuşuyor ve yalnız çalışmayı tercih ediyor. Herhangi bir sorusu varsa amirine sorar ve talimatları dikkatle takip eder. 7 yıllık tecrübesi ve iyi bir çalışma geçmişi olmasına rağmen, müşterilerle etkileşime girmesini gerektireceği için terfi teklifini reddediyor. Bayan L. mutsuz olduğu, sürekli yalnız kalmak istediği ve insanlarla konuşursa kendisi ile alay edecekler korkusu ile yaşamak istemediği için hastaneye başvurmuştur. Başvuru şikayetleri arasında düşük benlik saygısı, yalnızlık, boşluk duygusu, 20 yaşlarında iken intihar düşüncesinin varlığı, sosyal izolasyon ve yaşamdan genel memnuniyetsizlik yer alıyordu. Mevcut şikayetler doğası gereği kronikti ve çocukluktan kalmaydı. Kaçınma davranışı, yaşadığı kaygı düzeyinden daha belirgindi. Bayan L' nin en göze çarpan özelliği, başkalarıyla etkileşimde bulunurken yaygın bir alay konusu olma korkusuydu ve kendisine çekingen kişilik bozukluğu teşhisi konulmuştur.

Bayan L. için farmakolojik ve psikoterapi uygulanması şeklinde tedavi planı oluşturulmuştur. Bayan L.'ye 2x75 mg Efexsor tablet başlanmıştır. Klinikte yapılan ilk görüşmede kendisinin hayata ve diğer insanlarla olan ilişkilerine yönelik düşünceleri, umutları ve beklentileri konuşulmuştur. Bayan L. mutsuz olduğunu, yalnız kalmak istediğin, insanlarla konuşmak istemediğini ve konuşursa kendisi ile alay edeceklerini ve kendisinde nefret ettiğini belirtmiştir. Bayan K. görüşmede babasının kendisini terk ettiğini başkaları için bir şeyler yapıp kendisini önemsemediğini, annesinin ise yaptığı yanlışlardan dolayı kendisini dövdüğünü ve hakaret ettiğini belirtti.

Bayan L. klinik toplantılarına, çay saatlerine ve uğraşı saatlerine katılmak istememiş ve sadece birebir kendisine verilen görevleri yerine getirmiştir. Psikiyatri hemşiresi ile yaptığı birebir görüşmede hemşire özkıyım yönünden hastayı değerlendirmiştir. Görüşmede şu an için bunu düşünmediğini kabul edemediği terfiyi tekrar kazanmak istediğini, insanların

kendisi ile alay etmeyeceğinden emin olmak istediğini ve aynaya baktığı zaman kendisinden nefret etmek istemediğini belirtmiştir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bayan L'nin tanısı nedir?
2. Bayan L'nin aldığı Efexsor hangi ilaç grubuna girmektedir?
3. Efexsor'un bağımlılık yapma riski var mıdır?
4. Antidepresan ilaçları kullanırken nelere dikkat edilmesi gerekir?
5. Antidepresan ilaçların yan etkileri nelerdir? Hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
6. Bayan L'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
7. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka Sorularının Cevapları

1. Çekingen Kişilik Bozukluğu
2. Seratonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) grubu içerisinde yer alan bir antidepresandır.
3. Efexsor antidepresan ilaç grubuna girdiği için bağımlılık yapma riski yoktur.
4. Dikkat edilmesi gereken bazı hususlar şunlardır;
   - Depresyon tedavisinde öncelikle bozukluğun tedavisi amaçlanırken, ilaç yan etkileri ve hasta özellikleri nedeniyle (ek medikal durumlar, yaş grupları, gebelik gibi riskli durumlar) ek sorunlara yol açılmamasına dikkat edilmelidir.
   - Efexsor doza bağımlı sistemik hipertansiyona neden olabilir. Bu nedenle Efexsor alan bütün hastaların kan basıncı tedavinin başlangıcında itibaren takip edilmelidir.
   - Antidepresanların alkol ile birlikte kullanılmaması gerekir. Alkolün antidepresan ile alındığında etkisini kaybedebilir ya da beyinde olumsuz etkiye neden olabilir.
5. Antidepresan türlerine göre yan etki profilleri farklılık göstermektedir. Serotonin norepinefrin geri alımının inhibe edilmesiyle; periferik sinir sistemi üzerinde ağız kuruluğu,

kaslarda güçsüzlük, hipertansiyon, bulantı, konstipasyon; merkezi sinir sistemi üzerinde ise libido azalması gibi cinsel problemler, baş dönmesi, sedasyon ve tremor gibi ekstrapiramidal sistem belirtileri görülebilmektedir. Hemşire olarak yapılması gerekenlerden bazıları aşağıda verilmiştir;

- Hemşire, ilaçların etkileri, kullanım şekli, terapötik dozu, yan etkileri ve bu etkiler meydana geldiği zaman uygulanacak girişimler hakkında bilgi sahibi olmalı
- Kullanılan ilaçların etki ve yan etkileri hakkında hasta ve aile bilgilendirilir
- İlacın ani bir şekilde kesilmemesi ve hekimin kontrolünde kademeli olarak azaltılarak kesilmesi gerektiği anlatılır
- İlacın reçete edildiği şekilde kullanılması gerektiği ve düzenli kullanımda bazı yan etkilerin zaman içerisinde azalabileceği söylenir
- İlaca karşı tolerans oluşana kadar tehlikeli alet ve araç kullanımından uzak durulması gerektiği anlatılır
- Hastada gelişebilecek yan etkiler hakkında bilgi verilip bu etkilerle nasıl baş edeceği anlatılır

6. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.
   - Sosyal izolasyon
   - Etkisiz baş etme
   - Korku (başarısız olmaya karşı)
   - Etkisiz rol performansı
   - Yalnızlık riski
   - Kronik düşük benlik saygısı
   - Sosyal etkileşimde bozulma

Hemşireli k tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirm e**
Sosyal İzolasyon	Destek sistemlerind en yoksun olma, yalnız kalma isteği, reddedilmekt en kaçınma, insanların beklentisini karşılamada yetersizlik hissi	Benlik saygısında bozulma ve iletişimde n kaçınma	Kısa dönem: yeteneği ve isteği doğrultusu nda aktiviteler e katılmak Uzun dönem: başkaları ile iletişim başlatacak	1.Sosyalleşmeyi destekleyecek aktivitelerin değerlendirilmesi, 2.Destek gruplarından yararlanma isteğinin değerlendirilmesi, 3.Mevcut destek sistemlerinin değerlendirilmesi, 4.Sosyal etkileşime engel olan durumların değerlendirilmesi, 5.İletişimde güçlü yönlerinin değerlendirilmesi, 6.Hastaya karşı sabırlı ve güvene dayalı ilişkinin kurulması, 7.Hastanın kendinin ifade etmesi için uygun zamanın verilmesi, 8.Sosyal aktivitelere katılması yönünde hasta hedeflerinin belirlenmesi, 9.Kendi kararlarını vermede hastanın değerlendirilmesi	Hasta kendisine uygulanan destek programı ile ilk olarak uzaktan sosyal aktivitelere katılım gösterdi. İlerleyen zaman içinde kademeli olarak grup içine katıldı ve iletişim kurmaya başladı.

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Etkisiz Başetme	Yetersiz problem çözme becerileri, yetersiz sosyal destek, hedefe yönelik davranışlarda yetersizlik	Kendisine yönelik olumsuz inançları nedeniyle mevcut kaynakları kullanamama ve stresörlere karşı uygun tepkinin verilememesi	Kısa dönem: Mevcut olan etkili ve etkisiz baş etme becerilerini değerlendirecek Uzun dönem: Etkili baş etme stratejilerini kendisi belirleyecek ve kullanacak	1.Hasta stres kaynakları ve başa çıkma yöntemlerinin değerlendirilmesi, 2.Hastanın gerçekçi ve uygulanabilir hedefler koymasına yönelik değerlendirmenin yapılması, 3.Hastanın kendi kullandığı etkili ve etkisiz başa çıkma yöntemlerinin farkına varmasının sağlanması, 4.Alternatif başa çıkma tekliflerinin sunulması ve hastanın uygun olanı seçmesinin sağlanması, 5.Sosyal destek varlıklarının desteklenmesi, 6.Manevi kaynakları kendisini rahatlatacak şekilde kullanmasının desteklenmesi,	Hasta kendisini psikolojik olarak daha iyi hissettiğini belirtti ve klinik içerisinde problem çözme becerilerini kullanmaya başladığı gözlemlendi.

				7.Bir durumu kabul etme ve bu durumu değiştirme konusunda güçlü yönlerin desteklenmesi, 8.Hastanın yetenek ve ilgisi dahilinde aktivite teşvikinin sağlanması, 9.Her uygulama öncesi hastada gerçekleşen değişimlerin tartışmasının yapılması, 10.Hastaya karşı terapötik iletişim yaklaşımlarını kullanarak öfke, üzüntü, suçluluk yetersizlik gibi duygularını ifade etmesine fırsat verilmesi	

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Yalnızlık Riski	Başkaları ile iletişime geçmede isteksizlik ve kendini sürekli geri çekme	Başkaları ile iletişim kurmada izolasyon, yetersizlik ve alay edilmekten korkma duygusu	Kısa dönem: Kendisini ifade edebilecek Uzun dönem: Bir veya daha fazla anlamlı ilişki kuracak	1.Hastanın hissettiği yalnızlığın değerlendirilmesi, 2.Etkin iletişim becerileri kullanılarak hastanın kendini anlatması ve desteklenmesi, 3.Mevcut destek sistemlerinin değerlendirilmesi, 4.Sosyal etkileşime engel olan durumların değerlendirilmesi, 5.Sosyal etkileşim isteğinin değerlendirilmesi, 6.Hastaya karşı sabırlı ve güvene dayalı ilişkinin kurulması, 7.Hastanın kendinin ifade etmesi için uygun zamanın verilmesi, 8.Kendi kararlarını vermede hastanın değerlendirilmesi	Hasta klinik içerisinde diğer hastalar ile iletişim kurmaya çalıştığı gözlendi.

7. Hastaya hemşire olarak verilebilecek eğitimlerden örnekler verilmiştir;

- Stresle baş etme
- Duyguları tanıma ve ifade etme
- Atılganlık eğitimi
- Hastalığı hakkında bilgilendirme ve ilaç kullanımı
- Sosyal beceri eğitimi
- Etkili iletişim eğitimi

SONUÇ

Çekingen kişilik bozukluğu, zayıf benlik saygısı ve yaygın bir sosyal geri çekilme modelinin birleşimi ile karakterize edilen ve yaygın görülen kişilik bozukluklarından biridir. Çekingen kişilik bozukluğunun ayırt edici özellikleri, yaygın bir şekilde sosyal engelleme, yetersizlik duygusu ve olumsuz değerlendirmeye karşı aşırı duyarlılıktır. Buna göre, bu kişiler, kendilerini istenmeyen ve diğerlerinden izole edilmiş olarak algılayarak, sosyal etkileşimlerden belirgin bir kaçınma gösterirler. Bu semptomlar günlük yaşamda belirgin bozulmalar ve toplumsal sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Reddedilmeye, aşağılanmaya ve başarısızlığa karşı özellikle duyarlıdırlar ve bunlarla meşgul olurlar. Eleştirilme veya onaylanmama korkusu nedeniyle sıklıkla yeni kişilerarası ilişkilerden veya etkinliklerden kaçınırlar. Çekingen kişilik bozukluğuna sahip bireylerde daha düşük yaşam kalitesi, daha düşük sosyal destek düzeyleri, daha düşük eğitim düzeyi, distimi, majör depresyon ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi eşlik eden bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Bireyi, aileyi ve toplumu ciddi derecede etkileyen çekinik kişilik bozukluğu hemşireler için bir zorluk teşkil etmektedir. Bu doğrultuda oluşturulacak hemşirelik bakım planları güvenliği korumaya ve uygun yapıyı sağlamaya yönelik olmanın yanı sıra birey ve aile ile sürekli iş birliği yaparak tedaviye uyumu arttırmada önemli bir rol üstlenmektedir. Hemşirelik tanıları, hastanın dürtüsel ve önceden tasarlanmış eylemlerden korunmasına ve baş etme becerilerinin geliştirilmesine odaklanması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı)* Çeviren: Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 91-112.

Balj ́e, A. E., Karch, J. D., Greeven, A., van Giezen, A. E., Muste, E. H., Arntz, A. ve Spinhoven, P. (2023). Avoidant personality disorder severity index: Dimensional structure and psychometric properties. *Personality and Individual Differences,* 213, 112268. https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112268

Bo, S., Bateman, A. ve Kongerslev, M. T. (2019) Mentalization-based group therapy for adolescents with avoidant personality disorder: Adaptations and findings from a practice-based pilot evaluation. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy,* 18(3), 249-262. doi: 10.1080/15289168.2019.1625655

Cramer, V., Torgersen, S. ve Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry,* 47(3), 178-184. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2005.06.002

Coid, J. M., Yang, M. M., Tyrer, P. M., Roberts, A.P. ve Ullrich, S. P. (2006). Prevalenceand correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry,*188(5), 423-431.

Ediz, Ç., Kavak Budak, F. (2023). Effects of psychosocial support-based psychoeducation for Turkish pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support: a randomized controlled study. *Rural and Remote Health,* 23(3), 1-13. https://doi.org/10.22605/RRH7553

Eren, N. (2010). Kişilik bozuklukları ve hemşirelik girişimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 1(1), 33-38.

Gjerde, L. C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Orstavik, R. E., Knudsen, G. P., Ostby, K., … Reichborn-Kjennerud, T. (2012). The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and questionnaire. *Acta psychiatrica Scandinavica,* 126(6), 448-457. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01862.x

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. ve Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national

epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry,* 65(7), 948-958. https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0711

Lampe, L., Slade, T., Issakidis, C. ve Andrews, G. (2003). Social phobia in the australian national survey of mental health and well-being (NSMHWB). *Psychological Medicine,* 33(4), 637–646. https://doi.org/10.1017/S0033291703007621

Lampe, L. ve Sunderland, M. (2015). Social phobia and avoidant personality disorder: Similar but different? *J Pers Disord*, 29(1), 115-130.

Lampe, L. ve Malhi, G. S. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 55-66.

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. ve Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*, 62(6), 553-564.

Pellecchia, G., Moroni, F., Colle, L., Semerari, A., Carcione, A., Fera, T., … Procacci, M. (2018). Avoidant personality disorder and social phobia: Does mindreading make the difference?. *Comprehensive psychiatry*, 80, 163-169. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.09.011)

Olsson, I., ve Dahl, A. A. (2012). Avoidant personality problems - Their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 813-821. https://doi.org/10.1016/j. comppsych.2011.10.007

Simonsen, S., Eikenæs, I. U. M., Nørgaard, N. L., Normann-Eide, E., Juul, S. ve Wilberg, T. (2019). Specialized treatment for patients with severe avoidant personality disorder: Experiences from Scandinavia. *Journal of Contemporary Psychotherapy,* 49(1), 27-38. https://doi.org/10.1007/s10879-018-9395-x

Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J. ve Renneberg B. (2016). Avoidant personality disorder: A current review. *Curr Psychiatry Rep,* 18, 29. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0665-6

Widiger, T. A. (2003). Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry,* 2, 131-135.

Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G. ve Urnes, Ø. (2009). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry,* 63(5), 390-396. https://doi.org/10.1080/08039480902831322

BÖLÜM 9

DAVRANIŞ BOZUKLUĞU OLAN ERGEN HASTADA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşire Mehmet Çağatay BOYRAZ[1]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431282

[1]Mehmet Çağatay BOYRAZ, Sivas Numune Hastanesi, Sivas, cagatay_boyraz@icloud.com, ORCID ID: 0000-0002-1337-6344

GİRİŞ

Davranış Bozukluğu, bireyin etrafındaki insanlara ve diğer canlılara yanlış ve düşmanca tutumunu, diğer insanların sahip oldukları eşyalara zarar verici davranış sergileme, toplumsal değerlere ve hukuk kurallarına sürekli karşı gelen bir ruhsal hastalıktır (Räikkönen ve ark. 2020).

Ergenlik dönemi çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçişte yer alan,12-22 yaş aralığını kapsayan ve başta fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal ve bilişsel pek çok değişimin meydana geldiği bir dönemdir (Özer ve ark. 2023; Ediz ve Kartal, 2023). Ergenlik döneminin ilk aşamasında hormon salınımındaki artış ve hızlanma fiziksel değişiklikler ile birlikte vücut enerjisinin artması, cinselliğe ilginin artması, soyut kavramları anlayabilmesi, muhakeme yeteneğinin gelişmesine yardımcı olmaktadır. Ergenlik dönemindeki zihinsel kapasitesindeki artış ergenin sentez ve yargılama yeteneklerine, soyut kavramları anlayabilmesine yardımcı olmaktadır (Siyez ve ark. 2007). Ergenlik, toplumsal katkı değerlerinin kazanılması açısından gelişimde kritik bir dönemdir, çünkü ebeveynlere ve bakıcılara güçlü bağımlılıkla karakterize edilen çocukluktan olgun, bağımsız bir birey (örneğin politik olarak) olarak işlev görmesinin beklendiği yetişkinliğe geçişi içerir (Crone ve Fuligni 2020). Ergenlik dönemi suç davranışının gerçekleştirilmesinin en yaygın ve çok olduğu dönem olarak tespit edilmiştir (Yazıcıoğlu ve ark., 2021; Yanık ve Arslan, 2023). Dolayısıyla ergenlerin ahlaktan uzak davranışlar sergilemeleri diğer dönemlerden daha çok olduğu görülmektedir. Ergenlik döneminde, ergenlerin sergiledikleri ahlaka uygun davranışlar toplumumuz tarafından beğenilirken, ahlaka aykırı olarak gerçekleştirilen davranışlar ise ayıplanmaktadır (Turan 2021).

Ergenlerde davranış bozukluğu, agresiflik, düşmanlık, isyan, dürtüsellik, yıkıcı davranışlar, kural tanımama, okul sorunları, madde kötüye kullanımı gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Bu tür davranışlar, ergenin toplumsal normlara uymama, sosyal ilişkilerde sorun yaşama, akademik başarıda düşüş gibi sorunlara yol açabilir (Yarayan ve ark., 2023; Ediz ve Kavak Budak, 2023). Does Emotional Intelligence Affect Mental Toughness in Physically Disabled Athletes?. Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 8(2), 231-242. Ergenlik döneminde ortaya çıkan sorunlu davranışların gelişiminde ise başlıca akran grupları ve düşük aile geliri gibi sosyokültürel faktörler rol almakta, ergen bireyin hem kendi çevresinde hem de kişisel zemininde yer alan unsurlar ergenlerde davranış bozukluğunun gelişimini de kolaylaştırmaktadır (Freitag ve ark. 2018).

Ergenlikte davranış bozukluğuna neden olan sebepler şu şekildedir; sosyo-kültürel etkenler, bilişsel ve sosyal beceri eksikliği, cinsel farklılıklar, aile içi iletişim beceri eksikliği, sosyal etkileşim eksikliği, ailesel etkenler gibi nedenler yer almaktadır (Tilim ve Murat 2019). Ergenlikte ortaya çıkan davranış problemleri, yaygın olması ve yetişkinlikte görülen psikolojik sorunların gelişmesine zemin oluşturması sebebi ile bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Perera, 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 verilerine göre ergenlerin nüfusun en az %20'si davranış bozukluğu sorunlarından etkilenmektedir. Davranış bozuklukları arasında en yaygın olanlar arasında, içine kapanıklık, utangaçlık ve somatik şikâyetleri de içeren içselleştirici davranış problemleri olduğu düşünülen depresyon ve kaygı; dışsallaştırıcı davranış problemlerinin yanı sıra saldırganlık ve sosyal kuralları çiğneme gibi antisosyal davranışlar olarak kabul görmektedir (Karaçayır 2023). Ergenlikte davranış bozukluğuna neden olan sebepler şu şekildedir; sosyo-kültürel etkenler, bilişsel ve sosyal beceri eksikliği, cinsel farklılıklar, aile içi iletişim beceri eksikliği, sosyal etkileşim eksikliği, ailesel etkenler gibi nedenler yer almaktadır (Tilim ve Murat 2019).

VAKA

E.Ç. 17 yaşında bir kız çocuğudur. E.Ç. lise son sınıf öğrencisidir. E.Ç. okula gitmemeye ve okula gittiği zamanda okuldan kaçma eyleminde bulunuyor, başladığı işleri yarım bırakıyor, sürekli yalan söylüyor, odaklanma sorunu yaşıyor, derslerde ve sınavlarda düşük akademik performans sergiliyordu. Annesi E.Ç. nin bu durumuna üzülüyor ve bir psikiyatri kliniğine başvuruyor. İlk olarak E.Ç. 15 yaşında okula gitmemeye, işlerinin yarım bırakmaya başladığını söylemiştir fakat süreç içerisinde sıkıntılarının kendiliğinden hafiflediğini söylemiştir. Bu sürecin ardından sosyal ilişkilerinde belirgin bir azalma başladığını söylemiştir. 2 yıl sonrasında ise okula gitmemeye, yalan söylemeye ve okul derslerinde başarısının düşmeye başladığını ifade etmiştir. Okula gitmediği süre içerisinde evde tek başına kalıyor sürekli bilgisayar başında vakit geçirdiğini ve düzenli olarak görüştüğü bir arkadaşının olmadığı öğrenilmiştir. E.Ç. ile yapılan görüşmede 10 yaşındayken babasını kalp krizi nedeniyle kaybettiği öğrenilmiştir. Annesinin babasını aratmamak için kendisiyle çok ilgilendiğini kendisinde baskı kurmak istediğini düşünmektedir. E.Ç. ile yapılan görüşme sonunda hastanın psikiyatri servisine yatışı karar verilmiştir. Hastanın servise yatışı sırasında göz temasının az olduğu izlenmiştir. Algıda bozukluk saptanmamıştır. Düşünce içeriğinde fakirleşme olduğu izlenimi edinilmiştir.

Hastanın sosyal ilişki kurmada sıkıntı yaşadığı saptanmıştır. Serviste 1 aylık bir yatış sürecinde hastaya psikoterapötik ve farmakolojik müdahale planı yapılmıştır. Selectra 50 mg/gün başlanmıştır. E.Ç. ye psikoterapötik tedavi olarak hemşirelerin serviste düzenlediği grup terapilerine katılım göstermiştir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. E.Ç. nin tanısı nedir?
2. E.Ç. için konulan tanının kriterleri nedir?
3. E.Ç. nin aldığı Selectra hangi ilaç grubuna girer?
4. Selectra'nın bağımlılık yapma riski var mıdır?
5. Antidepresan ilaçları kullanırken nelere dikkat edilmesi gerekir?
6. Antidepresan ilaçların antidotu olan ilacın ismi nedir?
7. Antidepresan ilaçların yan etkileri nelerdir? Hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
8. E.Ç. için konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir.
9. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka Sorunlarının Cevapları

1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu
2. Yalan söylemesi, okuldan kaçması, sosyal ilişkilerde belirgin azalma, sürekli bilgisayar başında zaman geçirmesi
3. Selectra antidepresan ilaç grubundan Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) ilaç grubuna girmektedir.
4. Selectra antidepresan ilaç grubuna girdiği için bağımlılık yapma riski yoktur.
5. Antidepresan ilaçları kullanırken şunlara dikkat edilmelidir;
   - ✓ İlaç dozuna ve alınma zamanına dikkat edilmelidir.
   - ✓ Antidepresan kullanımında Tiramin içeren yiyecek ve içecek tüketiminde dikkatli olunmalıdır.
   - ✓ Uzun süre kullanıldıktan sonra ani bırakılmamalıdır.
6. Antikolinerjik semptomlarda antidepresanların antidotu fizostiğmindir. Fizostiğmin etkin biçimde kan-beyin bariyerini geçerek geri dönüşümlü olarak antikolinesteraz inhibasyonu yapmaktadır.
7. Uykusuzluk, aşırı uyuma, ağız kuruluğu, iştahsızlık ya da iştah artışı, baş ağrısı, bulantı, kusma, ishal, kabızlık, cinsel işlevlerde bozukluk

   Hemşire olarak yapılması gerekenlerden bazıları aşağıda verilmişti.

I. İlaç yan etkileri hakkında bilgi verilir.
II. Hasta ve hasta yakınlarını hastalık ve ilaç tedavisi hakkında bilgilendirme yapar.
III. İlaçların bağımlılık yapmadığını ve yan etkilerinin neler olduğunu açıklayabilir.

8. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları şu şekildedir;
   Sosyal etkileşimde bozulma
   Sözel iletişimde Bozulma
   Bireysel Baş etmede yetersizlik
   Düşünce sürecinde Bozulma
   Yalnızlık Riski

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Sosyal Etkileşimde Bozulma	İçe kapanma	Bireyin yakınlarından birisini yitirmiş olması	Bireyin sosyal etkileşiminin geriye dönmesini sağlamak	1.Birey için aile ile konuşulması ve ailenin desteğinin alınması 2.Bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine olanak sağlanması 3.Bireye uzman kişiler tarafından psikolojik eğitim verilmesi 4.Bireye günlük sosyal aktiviteler planlanması ve mümkün oldukça bireyin uyması	Bireyin servis içinde bazı problemleri baş etmede zorlanmadığı gözlemlendi.

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Yalnızlık riski	Bireyin okuldan kaçması ve içine kapanması	Bireyin psikolojik durum değişimleri yaşaması	Bireyin kendisini yalnız hissetmemesi için bulunduğu süreç içerisinde, ailesi veya hemşireler tarafından yanında olduğunun kavratılması	1.Bireyin sıkıntıları, güncel durumu ve psikolojik düzeyi tanımlanmalı 2.Bireyin yalnızlığı nasıl algıladığı sorgulanmalı ve bu algılara karşı gerekli önlemler alınmalı. 3.Gerekli durumlarda psikologlarla görüşülerek bireyin durumu ile ilgili bir plan yapılmalı	Bireyin ailesi ile iletişim kurmaya başladığı görüldü

9. Hastaya hemşire olarak;
   - ✓ Stres ile baş etme teknikleri,
   - ✓ Terapötik iletişim kurma tekniklerini anlatabilir
   - ✓ Derin solunum egzersizleri hakkında bilgi verebilir.

SONUÇ

Ergenlerde davranış bozukluğu ile başa çıkmak için ergenlere destek olmak önemlidir. Bu destek uygun terapi, danışmanlık, ebeveyn eğitimi ve gerekirse ilaç tedavisi gibi çeşitli yöntemler tercih edilebilir.

Ergenlerde davranış bozuklukları maruz kaldıkları kötü yaşamın sonucunda gerçekleşmiş olabilir ve görülen bu bozukluklar onları kötü yaşam koşullarına karşı savunmasız hale getirebilir. Çözüm odaklı Multisistemik tedavi, çocuk ve ergenlerde davranış problemleri için umut vadeden bir terapist yaklaşım olarak görülmektedir

KAYNAKÇA

Alotaibi, M. F. (2019). Physiology of puberty in boys and girls and pathological disorders affecting its onset. Journal of adolescence, 71, 63-71.

Crone, E.A ve Fuligni, A.J. (2020). Ergenlikte benlik ve diğerleri. Psikolojinin yıllık incelemesi, 71, 447-469.

Ediz, C., & Budak, F. K. (2023). Effects of psychosocial support-based psychoeducation for Turkish pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support: a randomized controlled study. *Rural and Remote Health,* 23(3), 1-13. https://doi.org/10.22605/RRH7553

Ediz, Ç., & Kartal, S. (2023). Examination of Social Support, Burnout, and Hopelessness Levels Perceived by Mothers with Children in Need of Special Education in terms of Sociodemographic Characteristics: A Cross-Sectional Study from a Rural Region of Turkey. World Women Studıes Journal, 8(1), 107–119. https://doi.org/10.5281/zenodo.8154961

Freitag, C. M., Konrad, K., Stadler, C., De Brito, S. A., Popma, A., Herpertz, S. C., ... & Fairchild, G. (2018). Conduct disorder in adolescent females: current state of research and study design of the FemNAT-CD consortium. European child & adolescent psychiatry, 27, 1077-1093.

Karaçayır, S. (2023). Türkiye'den Ulus Ötesine Göç Etmiş Ailelerdeki Ergenlerin Davranış Problemleri ve Ebeveynlerin Psikolojik Sağlamlık Özellikleri.

Özer, R., & Özden Yıldırım, M. S. (2023). Ergenlik Döneminde Algılanan Ebeveyn Kabul Reddi, Duygu Dışavurum ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.

Perera, H. (2013). Childhood predictors of adult mental disorders: Implications for prevention. Journal of Psychiatry, 4, 12.

Räikkönen, K., Gissler, M., & Kajantie, E. (2020). Associations between maternal antenatal corticosteroid treatment and mental and behavioral disorders in children. Jama, 323(19), 1924-1933.

Simmons, R ve Blyth D. (2017). Moving into adolescence the ımpact of pubertal change and school context, Newyork: T&F Publishing,

Tilim, E., & Murat, M. (2019). Ergenlerde madde bağımlılığından korunmaya ilişkin özyeterlik ile akran baskısı, kendini ifade edebilme becerisi ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki. OPUS International Journal of Society Researches, 14(20), 929-955.

Turan, S. (2021). Geç ergenlik dönemi: Ahlaki uzaklaşma. Sportive, 4(2), 1-11.

Yanık, D., Arslan, R. (2023). Efficacy of technology addiction awareness training given to high school students: Randomized controlled experimental study. OPUS– Journal of Society Research, 20(54), 516-526

Yarayan, Y. E., İlhan, E. L., Esentürk, O. K., Çağrı, A. R. I., & Gülşen, D. B. A. (2023). Does Emotional Intelligence Affect Mental Toughness in Physically Disabled Athletes? Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 8(2), 231-242. Doı: 10.25307/Jssr.1228541

Yazıcıoğlu Çalışan, H., Pekel, A. Ö., Yarayan, Y. E., & İlhan, E. L. (2021). Çocuklarda dijital oyun oynama tutumu: yaz spor okuluna katılan çocuklar üzerinde araştırma. Doı: 10.54152/asujshr.1028353

BÖLÜM 10

DELİRYUMDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Reyhan GÜRÜN BETBAŞI

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431292

[1] T. C. İstanbul Şişli Meslek Yükseokulu, Anestezi Bölümü, İstanbul, Türkiye, reyhan.gurunbetbasi@sisli.edu.tr, Orcid ID: 0000-0002-2586-0408

GİRİŞ

Deliryum, hem fiziksel hem de patofizyolojik nedenlerden kaynaklı geçici ve geri dönüşlü olarak kısa süreli oryantasyon kaybıdır. Deliryumun ilk ortaya çıkışı M.S. 1.Yüzyıla dayanır. Cesus tarafından ortaya çıkan deliryum kavramı ilk olarak de-lira (yoldan çıkmak) şeklinde kullanılmıştır. Sonrasında gelişen bu kavram Hipokrat ile beraber huzursuzluk, uykusuzluk ve duygu durum bozukluğu ile karakterize olan frenisit ismini almıştır (Ergin, 2023).

Deliryumun 3 tipi bulunmaktadır. Bu tipler; hiperaktif tip, hipoaktif tip ve miks tiptir. Hiperaktif tipte ajitasyon,sanrı, hezeyan veya halüsinasyonlar söz konusudur. Hipoaktif deliryum tipi ise hiperaktif tipe göre daha sık görülür ve laterjik, konfüze ve sedatize şeklinde kendini gösterir. Ancak, fark edilmesi güçtür. Misk tipte ise hem hiperaktif hem de hipoaktif tipin özelliklerinin bulunduğu ve dalgalı seyirli bir tiptir (Yılmazer,2020).

Deliryum kişinin günlük yaşamında dalgalanmalarla beraber kişinin dikkat ve odaklanma yetisinde bozulmalara neden olan bir hastalıktır (Özer ve ark, 2021). Deliryum vakalarının dâhil olduğu klinik çalışmalarda deliryumun en yaygın belirtileri bilinç bulutlanması, odaklanmada ve dikkatte güçlük, yönelim bozukluğu, dezorganize düşünceler ve kısa dönem belleği ile anımsama sorunları tespit edilmiştir (Kaya ve ark, 2013). Bu belirtilerin yanında deliryum tanılı hastada içe kapanma, ajite durum görülebileceği gibi kişinin altta yatan kişilik yapısı da abartılı bir şekilde ortaya çıkabilir. Yaygın deliryuma neden olan durumlara bakıldığında ise; yoksunluk, enfeksiyon, ilaç zehirlenmeleri, metabolik bozukluklar, merkezi sinir sistemi depresanları gibi ilaçlar, nörolojik rahatsızlıklar, serebral kaynaklı tümör ve psikososyal stresörleri görmekteyiz (Ökdem, 2005). DSM-5 tanı kriterlerinde deliryum; dikkat bozukluğu, kısa süreli ve gün içinde değişen dalgalanmalar, nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaması ve fizik muayene, laboratuvar bulgularında bu bozukluğun bir başka sağlık durumu veya madde yoksunluğa bağlı gelişmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Özer ve ark, 2021).

Deliryum tanılı hastaya hemşirelik bakımı verirken hem farmakolojik tedavileri uygulanmakta hem de yaşam modelini değerlendirerek hemşirelik tanısını belirlenip ve bakımı planlayarak uygulanmaktadır (Pamuk Cebeci, 2019).

VAKA

Hasta S, 35 yaşında, kadın hastadır. Evli olmayan hasta ailesinin yanında çalışmaktadır ancak ailesinden ayrı ve tek başına yaşamaktadır. Hasta 25 yaşında başladığı alkol kullanımına son beş güne kadar düzenli olarak kullanmaya devam etmiş ancak ailesinin desteği ile beş gündür alkol kullanmamış. Alkolü bir anda bırakan hasta da anlamsız öfkelenme, çevre bilincinde azalma, öz bakımda eksiklik ve tremor belirtilerinin görülmesiyle aile psikiyatriste başvurmuş ve hekimi tarafından amatem servisine yatışı uygun görülmüştür.

Hasta servise geldiğinde alkol, madde bağımlılığı ve deliryum riski tanılarıyla kabulü gerçekleştirildi. Hasta yürümekte güçlük çektiği kapısına dört yapraklı gonca asıldı. Hemşirelik bankosuna yakın, tek kişilik ve kameralı odaya alındı.

Hastanın anemnezi alındığında iyi bir kariyerinin olduğunu ancak alkol ve madde yüzünden ailesi ile arasının açıldığını sadece iş yerinde ailesi ile konuştuğunu ve maddeye başlamasıyla iş yerini de aksattığını belirtmiştir. Hasta yatışının ertesi gününde günaydın toplantısına,sanat terapisine ve çay saati gibi etkinliklere katılmak istemediğini ve diğer hastalarla konuşmak isteediğini belirtmiş odasından sadece sigara içmek için çıktığı gözlemlenmiştir. İlerleyen günlerde hasta konfüze, gece uyuyamama, öz bakımıı karşılayamama ve agresif olduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda hasta da tremorun devam ettiği gözlemlenmiştir. Psikiyatristine bildirildiğinde hasta deliryum tanısı almıştır.

Vakayı daha detaylı incelemek ve hemşirelik bakım planını oluşturmak adına soru ve cevaplar ile ilerleyelim:

Sorular:

1. Hastanın tanısı nedir?
2. Hastaya verilen benzodiazepin ve Bemiks serum kullanımın deliryum, alkol ve madde bağımlığına etkileri nelerdir?
3. Vakada, benzodiazepin kullanımında hasta ve hasta yakınlarına hemşire olarak hangi bilgiler verilebilir?
4. Hasta S'ye hangi hemşirelik tanıları konulabilir?

Cevaplar:

1. Hastanın tanısı: Madde kullanımı, alkol bağımlılığı ve deliryumdur
2. Deliryum tremens acil müdahale gerektiren bir durum olmakla beraber sıvı kayıpları deliryum tanılı hastaları ölüme neden olmaktadır. Öte yandan tiamin eksikliğinin ve sıvı kayıplarının yerine konması için acil bir şekilde tedavisinin başlaması gerekmektedir. Benzodiazepin grubunda yer alan Diazem, alkolü bırakan hastalarda oluşan huzursuzluk,taşkınlık,tremor vb… belirtilerin tedavisinde kullanılan etkili bir ilaçtır.
3. Benzodiazepinlerin kullanımında hastada bir takım yan etkiler görülebilir. Bunlar uyku hali, halsizlik, bitkinlik, konstipasyon, konfüzyon'dur. Hasta S'nin ailesinden ayrı ve tek yaşadığı bilinmektedir. Te başına olduğunda yan etkiler ile baş edemeyebilir. Bu nedenle hem terapotik hem de yan etkiler ile başa çıkma açısından hastanın ailesi ile yaşamasının ve ailenin hastayı iyi gözlemleyerek ciddi yan etkiler söz konusu olduğunda hekimine bildirmelerinin önemi anlatılabilir.
4. Vakamızda hastaya koyulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri;

    1. Düşünce Sürecinde Bozulma
    2. Sosyal Etkileşimde Bozulma
    3. Uyku Örüntüsünde Bozulma
    4. Öz Bakım Eksikliği
    5. Düşme Riski

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Düşünce sürecinde bozulma	Hastanın konuşmalarındaki tutarsızlık.	Alkol bağımlılığı Anksiyete	Hastanın oryante olması, ajitasyon ve anksiyetesinde azalma olması.	1.Hastanın nerede, ne zamandır ve ne için hastanede olduğunu sıkça dile getirmek, 2. Gözlük kullanan hastanın gözlükleri yanında	1.Hasta günlük aktvitelere katılım sağladı. 2.Gözlük ve takvim

				bulundurulur, takvim ve saaat gibi zaman göztergeleri hastanın görebileceği alanda tutulur 3.Hastanın günlük aktivetleri ve servis içi aktiviteler için gün gün aynı saateler belirlenerek düzen oluşturulur 4.Taşkınlık durumunda hasta tesbite alındığında durumu sakin ve anlayabileceği düzeyde aktarılır.	gibi gereçleri aktif kullandı.

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Sosyal Etkileşimde Bozulma	Hastanın servis içi aktivitelere katılmaması	1.Anksiyete, 2.Dezorganize düşünme	Hastanın oryante olması, ajitasyon ve anksiyetesinde azalma olması.	1.Hastaya kendini ifade edebilecek ortamı kurmak, 2.Hastanın kendisini ifade etmesini sağlamak, hastanın iletişimde güçlü yönleri desteklemek, Hastanın servis	1.Hasta ailesi ile görüştürüldü 2.Servis aktivitelilerine katılım sağladı

				içi aktivitelere katılımını sağlayarak diğer hastalarla ve sağlık personelleri ile iletişimini sağlamak 4.Aile desteğini sağlamak	

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Uyku Örüntüsünde Bozulma	1.Ağrı 2.İnvaziv Girişimler	1.Ağrı 2.Anksiyete 3.Konfüzyon	Hastanın gece bölünmeden uyuması,dinlenmiş görünüm.	1.Gece ışık ve ses kapatılır 2.Hasta yalnız bırakılmaz yalnız bırakıldığın da ise kameralar aracılığı ile izlenir, 3.Konfüze olmsından dolayı gece uyandığında saat belirtilir ve uyuması için destekleyivi konuşmalar yapılır	Hasta uykusu bölünmeden uyudu ve dinlenmiş uyandı

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Öz bakım eksikliği	Saç ve vücutta hijyen eksikliği	1.Ağrı 2.Anksiyete 3.Konfüzyon 4.Kas güçsüzlüğü	Hastanın bağımsız bir şekilde öz bakımını yerine getirmesi	1.Tremor ve kas zayıflığı mevcut olduğu için bakımında yardımcı olacak girişimler planlanır uygulanır, 2.Hastanın öz bakımını kendisinin yerine getirebilmesi için cesaretlendirlir,	Hasta öz bakımını yerine getirdi.

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Düşme Riski	Saç ve vücutta hijyen eksikliği	1.Kas zayıflığı, 2.Konfüzyon, 3.Tremor, 4.ilaç yan etikleri	Hastanın travma ve düşme deneyimi yaşamaması	1.Hemşire çağrı butonu hastanın ulaşabileceği noktaya konur, 2.Hasta yalnız bırakılmaz ya da yalnız bırakıldığında kameralardan izlenir, 3.Yatak seviyesi en alt düzeyde olacak şekilde ayarlanır, 4.Hastanın tekerlekli sandalyesi ulaşabileceği noktaya yerleştirilir	Hasta düşme deneyimi yaşamadı

SONUÇ

Deliryum tanılı hastalara hemşirelik bakımı verilirken holistik yaklaşım ele alınmalıdır. Bu açıdan değerlendirdiğinde, hastanın tedavilerinin uygulanması, fiziksel travmalar yaşamaması ve öz bakımının yerine getirilmesi sağlanırken, hastanın düşünce süreçlerinin normalleşmesi ve yer, zaman kişi gibi hususlarda hastanın oryante olması için hemşirelik bakım uygulamaları son derece önemlidir. Öte yandan hemşirelik girişimlerini planlanması ve uygulanması aşamasında hastaya empatik yaklaşmakta büyük önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği (2014).Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve sayımsal el kitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı).Çeviren :Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları 5.Basım. Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s:

Ergin, B. (2023). Hemşirelere verilen deliryum eğitiminin bilgi düzeyleri üzerine olan etkiai (Yükseklisans tezi).(783794)

Kaya, E. Sönmez S. Barlas F. (2013). Deliryum. Okmeydanı Tıp Dergisi 29(Ek sayı 2):70-74, 2013

Özer, K. B., Ulusoy, Z. G., KANLI, İ., & Tamam, L. (2021). Deliryum. Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi, 1(2), 61-68.

Ökdem, F. (2005). DELİRYUM . Kriz Dergisi , 13 (1) , 33-45 .

Özer, K. B. , Ulusoy Z. G. (2021). Kanlı İ. , Tamam L. Deliryum. Çukurova Tıp Öğrenci Derg. 2021; 1(2): 61-68.

PAMUK CEBECİ, S. (2019). Kardiyak Cerrahisi Sonrası Deliryum ve Hemşirelik Bakımı. Turkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences, 11(3).

Yılmazer, GR. (2020). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deliryum Hakkındaki Farkındalıkları Ve Deliryum Yönetimlerinin İncelenmesi*. (yüksek lisans tezi).Yök tez merkezinden edinilmiştir. (646363)

BÖLÜM 11

HİSTRİONİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Dr. Berna AKTAŞ[1], Arş. Gör. Leyla ALTUN[2]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431306

[1] Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kars, Türkiye. berna.aktas@kafkas.edu.tr, Orcıd ID: 0000-0002-8722-8299.
[2] Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kars, Türkiye. leyla.altun@kafkas.edu.tr, Orcıd ID: 0000-0003-1064-3977.

GİRİŞ

Kişilik bozuklukları bireyin toplumsal uyumunu, düzenli çalışabilmesini ve ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesini olumsuz etkileyen (Öztürk ve Uluşahin, 2016) çeşitli fiziksel, entelektüel ve zihinsel özelliklerin uzun süredir devam ettiği ruhsal bozukluklardır (Şimşek ve Kaya, 2020). Çoğunlukla ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıkan (Kendirkıran, 2021) bu bozukluklarda kişide patolojik düşünce, duygu ve davranış kalıpları mevcuttur (Şimşek ve Kaya, 2020). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'nın en son baskısı DSM-5'te kişilik bozuklukları tanımlayıcı benzerliklerine göre A, B ve C kümesi olmak üzere üç kümeye ayrılmıştır (Şimşek ve Kaya, 2020).

B kümesinde yer alan kişilik bozukluklarında dramatik, duygusal ve öngörülemez davranışlar sergilenir (Candel, 2019). Bu kümede yer alan kişilik bozukluklarından biri olan histrionik kişilik bozukluğunda (Candel, 2019), erken yetişkinlik döneminden bu yana yaşamın tüm alanlarında tutarlı bir şekilde meydana gelen aşırı, dikkat çekici duygulanım ve davranışlar görülür (Bates, 2021). Bu bireyler genellikle duygularını yönetme, konsantrasyon, problem çözme ve mantık kapasitelerini etkin bir şekilde kullanma konusunda kronik sorunlar yaşar (Lewis ve Mastico, 2017).

Bu bozukluğa sahip kişiler her zaman ilgi odağı olmak isteyen, kışkırtıcı, duygularını atrik bir şekilde ifade eden ancak etrafındakilerin duygusal durumuyla çok az ilgilenen ya da hiç ilgilenmeyen kişiler olarak tanımlanır (Candel, 2019) ve ilgi odağı olmadıklarında kendilerini huzursuz (Gol, Aghamohammadian Sharbaf, Sedaghat ve Rasooli, 2019), takdir edilmemiş veya göz ardı edilmiş (French ve Shrestha, 2020) hissedebilir. Histrionik kişilik bozukluğu olan bireylerin iletişim tarzı teatraldir (örneğin, el kol hareketleri, yüz ifadelerinin kullanımı) (Perrotta, 2021), bu kişiler fikirlerini ayrıntıdan yoksun, muğlak bir üslupla (French ve Shrestha, 2020) ve ikna edici bir şekilde ifade edebilir (Perrotta, 2021). Histrionik bireyler tanıştıkları insanların çoğuna karşı, cinsel açıdan çekici olmasalar bile, canlı, büyüleyici, aşırı baştan çıkarıcı veya kışkırtıcı cinsel davranışlar göstermektedir (Babl ve ark., 2023; French ve Shrestha, 2020). Dikkatleri üzerlerine çekmek için fiziksel görünümlerini kullanabilen bu kişiler parlak renkli veya açık giysiler giyer (French ve Shrestha, 2020). Sıklıkla dış görünüşleriyle ilgili iltifat bekleyen histrionik bireyler dış görünüşleriyle ilgili eleştirel bir yorum karşısında kolayca ve aşırı derecede üzülebilir (Perrotta,

2021). Ayrıca bu bozukluktan muzdarip kişiler dikkat çekme davranışlarının bir parçası olarak intihar tehditleri ve girişimlerini de kullanabilirler (Bates, 2021). Bu tür insanlar ilk başta hayranlık uyandırır ancak davranışları nedeniyle ilişkilerini sürdürmekte büyük zorluk yaşar (Candel, 2019). Histrionik kişilik bozukluğu olan kişiler, diğer insanların kendilerine hizmet etmek ve hayranlık duymak için var olduğuna inanır (Şimşek ve Kaya, 2020).

Histrionik kişilik bozukluğunun bir diğer özelliği de insan ilişkilerini gerçekte olduğundan daha yakın görmeleridir (French ve Shrestha, 2020; Gol ve ark., 2019; Perrotta, 2021). Gerçekte, bu kişiler ilişki kurdukları bireylerle gerçek bir duygusal yakınlık kurmakta zorlanır (Perrotta, 2021). İlişkilerinde, çeşitli roller oynayarak (örneğin, kurban, prenses) veya farkında olmadan duygusal manipülasyon ve baştan çıkarma yoluyla diğer kişiyi kontrol etmeye çalışabilirler (Perrotta, 2021). Bu kişiler ilginç, çekici ve samimi görünür, ancak diğer insanlar onların samimiyetsiz, düşüncesiz, benmerkezci ve talepkâr olduklarına inanır (Gol ve ark., 2019). Başkalarından ve çevreden kolayca etkilenen (Gol ve ark., 2019) bu bireyler dışarıdan gelecek ilgi, onay ve desteğe aşırı derecede bağımlıdır ve reddedilmeye karşı çok hassastır (Perrotta, 2021; Yarayan, 2023). Histrionik kişilik bozukluğuna sahip kişiler genellikle davranışlarını normal olarak görür ve bir sorunu tanımlamakta zorlanır yani ego-sintonik olma eğilimindedir (French ve Shrestha, 2020).

Diğer kişilik bozukluklarıyla karşılaştırıldığında, histrionik kişilik bozukluğu hem eski hem de modern kültürlerde incelenen kapsamlı geçmişiyle dikkat çekmektedir (Lewis ve Mastico, 2017). Tarihsel açıdan bakıldığında histrionik kişilik bozukluğuna yapılan ilk atıflar “histeri” kavramına kadar uzanmaktadır (Lewis ve Mastico, 2017). Yunanca rahim veya uterus anlamına gelen "hystera" teriminden türeyen histeri, modern histrionik kişilik bozukluğu kavramından önce yaklaşık dört bin yıl boyunca incelenmiştir (Lewis ve Mastico, 2017).

APA tarafından yayımlanan DSM I’de histeri için resmi bir tanı kategorisi tanımlanmamış olup (Lewis ve Mastico, 2017), ilk kez DSM-II'de “histerik kişilik bozukluğu” kavramına yer verilmiştir (Lewis ve Mastico, 2017; Şimşek ve Kaya, 2020). DSM II'deki “histerik kişilik bozukluğu” kibir, heyecanlanma, kendini dramatize etme, bağımlılık, benmerkezcilik (Şimşek ve Kaya, 2020), duygusal dengesizlik, abartılı tepkisellik, bencillik, olgunlaşmamışlık, dikkat çekme davranışları (Lewis ve Mastico, 2017) ile tanımlanmıştır. Ardından daha sonraki değerlendirmelerde, DSM-III'te “histerik” terimi “histrionik” şeklinde yeniden adlandırılmış (Candel, 2019;

Lewis ve Mastico, 2017; Şimşek ve Kaya, 2020) böylece histrionik bozukluk ilk kez DSM II'deki eski histerik bozukluğun yerini alarak DSM III'te tanıtılmıştır (Candel, 2019). Resmi tanı "histrionik kişilik bozukluğu" olarak değiştirilmiş olsa da, DSM-III yeni tanımın ilk paragrafında "histerik kişilik bozukluğu" terimini korumuş ve bu terim birçok psikiyatristin isim değişikliğinin amacının tamamen gözden kaçırıldığını düşünmesine yol açmıştır (Lewis ve Mastico, 2017).

Tanım, DSM-IV'ün yayınlanması için bu endişeyi gidermek amacıyla uygun şekilde düzenlenmiş (Lewis ve Mastico, 2017) ve DSM-IV'te "başkaları veya koşullar tarafından kolayca etkilenme" kriteri eklenmiştir (Şimşek ve Kaya, 2020). APA tarafından DSM-5'te "histrionik kişilik bozukluğu" için sekiz tanı ölçütü belirlenmiştir (Lewis ve Mastico, 2017).

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha fazlası) ile beliren, erken yetişkinlik döneminde başlayan ve çeşitli bağlamlarda ortaya çıkan, aşırı duygusallık ve ilgi çekme arayışı ile giden bir örüntü:

1. İlgi odağı olmadığı durumlardan rahatsız olma,
2. Başkaları ile olan ilişkilerde cinsel olarak ayartıcı, kışkırtıcı ya da baştan çıkarıcı uygunsuz davranışların belirgin olması,
3. Hızla değişen ve yüzeysel duygu ifadeleri sergileme,
4. İlgiyi kendine çekmek için sürekli olarak dış görünümünü kullanma,
5. Gereğinden çok etkilemeye yönelik ve ayrıntısız bir konuşma stili,
6. Yapmacık davranma, gösteriş yapma ve duyguları abartılı bir şekilde gösterme,
7. Telkine yatkın olma (örn., başkalarından ya da olaylardan kolayca etkilenme),
8. İlişkilerin, olduğundan daha yakın olması gerektiğini düşünme (American Psychiatric Association, 2013).

Histrionik kişilik bozukluğunun yaygınlık oranları değişkenlik göstermektedir (Candel, 2019). Bozukluğun genel popülasyondaki yaygınlığının %2-3 arasında olduğu belirtilmekte olup (Cai, Huang ve Liang, 2022) yapılan bir çalışmada yaygınlık oranı %2.7 bulunmuştur (Mohammadi, Pourdehghan, Mostafavi, Khaleghi ve Ahmadi, 2023). Kişilik bozukluklarının toplumdaki yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan bir sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında ise histrionik kişilik bozukluğunun yaygınlığı

%0.6 olarak belirlenmiştir (Winsper ve ark., 2020). Bu bozukluğun genel popülasyondaki yaygınlığı ile psikiyatrik popülasyondaki yaygınlığı arasında ayrım yapmak önemlidir (Candel, 2019). Yatan psikiyatri hastaları ile yapılan bir başka çalışmada ise histrionik kişilik bozukluğunun yaygınlığının %6.1 olduğu bulunmuştur (Kovanicova, Kubasovska ve Pallayova, 2020).

Histrionik kişilik bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir (Schulte Holthausen ve Habel, 2018). Bir çalışmada histrionik kişilik bozukluğunun yaygınlığının kadınlarda %2.8, erkeklerde %2.6 olduğu belirlenmiştir (Mohammadi ve ark., 2023). Kadınların lehine olan bu fark cinsiyetler arasındaki dağılımdaki gerçek farklılıklardan ziyade tanıların kültürel koşullandırılmasından (Ghalebin, Bashrpour ve Mousavi, 2023) ve toplumdaki cinsiyet rollerinden (Öztunç, Bilge ve Bilge, 2015) kaynaklanıyor olabilir.

Histrionik kişilik bozukluğu için en yaygın kabul gören etyolojik teorilerden biri, bu bozukluğun biyolojik ve psikososyal olmak üzere ikili bir kökene sahip olduğudur (French ve Shrestha, 2020; Perrotta, 2021). Biyolojik açıdan bakıldığında, histrionik kişilerin aşırı duyarlılık ve dışsal tatmin arayışı ile karakterize bir mizaca sahip oldukları söylenmektedir (Perrotta, 2021). Psikososyal açıdan bakıldığında, öğrenme deneyimlerinin bu bozukluğun gelişimine katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (Townsend, 2016). Çocuk pozitif desteğin ebeveynlerce kabul edilebilir ve onaylanan davranışları yapma yeteneğini harekete geçirdiğini öğrenmiş olabilir. Çocuğun bu açıdan nadiren pozitif ya da negatif geri bildirim almış olması olasıdır (Townsend, 2016; Yanık ve Arslan, 2023). Histrionik kişilik bozukluğu geliştiren kişiler, çocukluk döneminde ilgi ve bakıma yönelik ihtiyaçlarının karşılanmasında genellikle güçlükler yaşamıştır (Perrotta, 2021; Ediz ve Kartal, 2023). Ebeveynlik tarzları histrionik kişilik bozukluğu geliştirme olasılığını etkileyebilir (French ve Shrestha, 2020). Sınırları olmayan, aşırı hoşgörülü veya tutarsız ebeveynlik, çocukların histrionik kişilik bozukluğu geliştirmesine zemin hazırlayabilir (French ve Shrestha, 2020).

Histrionik kişilik bozukluğunda hangi tedavilerin etkili olduğunu gösteren az sayıda çalışma bulunmakla birlikte (Perrotta, 2021) tedavide farmakoterapi ve psikoterapiler kullanılmaktadır (French ve Shrestha, 2020; Perrotta, 2021). Tercih edilen tedavi, gerekirse farmakoterapinin eşlik ettiği bireysel psikoterapidir (Perrotta, 2021).

Histrionik kişilik bozukluğu olan kişiler ilgi odağı olmayı arzulama eğiliminde olduğundan ve terapiye katılan grup veya aile üyelerine samimiyetsiz görünen sığ duygular sergileyebileceğinden tedavide grup terapisi ve aile terapisi genellikle birinci basamak yöntem olarak önerilmez (French ve Shrestha, 2020). Psikodinamik psikoterapi, histrionik bireylerdeki temel dinamiğin, tüm ihtiyaçlarının bir başkası tarafından karşılanmasına yönelik çözümlenmemiş girişim olduğunu varsayarak, kişiyle birlikte bu dinamiğin kökenini ve ihtiyaçlarını karşılamak için kullanılan stratejileri (örneğin baştan çıkarma, mantıksız düşünme) tanımlamaya çalışır (Perrotta, 2021). Psikodinamik psikoterapi yoluyla bireyler aşırı cinsel, ilgi çekici davranışların uyumsuz olduğunu fark etmeyi öğrenir ve benlik saygısını geliştirmenin yeni, daha sağlıklı yollarını keşfeder (French ve Shrestha, 2020). Bir başka yöntem olan destekleyici psikoterapi, dikkatli ve anlayışlı bir dinleme yoluyla duygusal sıkıntıyı azaltmayı, özgüvenini geliştirmeyi ve hastanın başa çıkma becerilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır (French ve Shrestha, 2020).

Histrionik kişilik bozukluğunda, farmakolojik tedavi esasen psikoterapiyi desteklemek için kullanılır (Perrotta, 2021). Histrionik bireyler ileri derecede semptomatik olabilir ve sıklıkla ruh hali değişimleri, öfke, ağlama, kaygı ve depresyon gibi durumlar görülebilir (French ve Shrestha, 2020). Histrionik kişilik bozukluğunun tedavisi için FDA (Food and Drug Administration- Gıda ve İlaç Dairesi) onaylı bir ilaç bulunmamakla birlikte, duygusal düzensizlik antidepresanlar, duygu durum düzenleyiciler ve antipsikotiklerle tedavi edilebilir (French ve Shrestha, 2020). Özellikle, depresyon varlığında, siklik antidepresanlar veya serotoninerjikler endike olabilirken, reddedilmeye karşı yoğun hassasiyet, umutsuz ilgi arayışı, gösterişçilik, hiperfaji ve hipersomniyanın eşlik ettiği depresif semptomların varlığında, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) en etkili olan ilaçlardır (Perrotta, 2021). Tedavide desipramin, fluoksetin, amitriptilin ve fluvoksamin gibi antidepresanların, lamotrijin, karbamazepin, topiramat, valproat ve lityum gibi duygu durum düzenleyicilerin, risperidon, aripiprazol, olanzapin ve haloperidol gibi antipsikotiklerin fayda sağladığı belirlenmiştir (French ve Shrestha, 2020).

VAKA

Bayan L., 25 yaşında, eşinden ayrılmış ve büyük şirkette çalışan bir kadındır. Ailenin tek çocuğu olan Bayan L. yaklaşık 5 yaşındayken anne ve babası, babasının alkol kullanması ve annesine şiddet uygulaması nedeniyle

boşanmıştır. Anne ve babası ayrı yaşadığı için Bayan L. zaman zaman annesi, zaman zaman babası ile kalmıştır. Bayan L., yaklaşık 18 yaşındayken anne ve babası ile sürekli tartıştıkları için ailesiyle tüm bağını koparıp farklı bir şehirde yalnız yaşamaya başlamıştır. Bayan L., 23 yaşında iken çalıştığı şirkette tanıştığı bir arkadaşıyla evlenmiş ancak eşinin kendisini sevmediği ve ona ilgisiz davrandığı gerekçesiyle boşanmıştır. Bayan L., boşandıktan kısa bir süre sonra aynı şirkette çalışan başka birisiyle görüşmeye başlamıştır.

Çalıştığı şirkette aşırı makyajı, giydiği kıyafetleri ve tarzı ile dikkatleri üstüne çeken Bayan L., toplantılara genelde parlak renkli bir gömlek ve mini bir etekle katılmaktadır. Bayan L., katıldığı her şirket toplantısında müşterilerle kurduğu yakın ilişkilerden bahsederek konuyu dağıtmakta ve müşterilerin özel yaşamlarıyla ilgili bilgileri abartılı bir şekilde anlatmaktadır. Bayan L.'nin bir süredir ilgi odağı olmaya ve kendini gereğinden fazla övmeye çalışması karşısında rahatsızlık duyan şirket çalışanları sonunda Bayan L.'yi uyarmış, bu uyarılar karşısında Bayan L. ağlayarak toplantıyı terk etmiştir.

Bu olayın ardından Bayan L. hasta olduğu gerekçesiyle bir hafta izin alarak işe gitmemiştir. Bayan L. işe devam etmediği bu süreçte şirketteki erkek arkadaşı ile vakit geçirmektedir. Bir akşam yemek yemek için dışarı çıktıklarında Bayan L. dekolteli bir bluz ve kırmızı bir mini etek giyinmiştir. Yemek yedikleri süre boyunca yüksek sesle konuşan Bayan L. çatalını yere düşürme bahanesiyle aşağı eğilerek dekoltesini ön plana çıkarmaya çalışmış ve karşı masada oturan birine uzun, esrarengiz bakışlar atarak gülümsemiştir. Bunu fark eden erkek arkadaşı rahatsız olduğunu ifade etmiş, Bayan L. ise aşırı öfkelenerek farklı bir davranışta bulunmadığını ve hareketlerinin normal olduğunu dile getirmiştir. Tartışmanın büyümesi üzerine erkek arkadaşı Bayan L.'nin tutarsız ve garip davranışlarından dolayı ondan ayrılmak istediğini söylemiştir. Bayan L., ise ayrılmak istemediğini ve erkek arkadaşının ayrılması halinde kendisine zarar vereceğini ifade etmiş, erkek arkadaşı ise bunu dikkate almayarak ortamdan ayrılmıştır.

Ertesi gün Bayan L., erkek arkadaşını arayarak evine davet etmiş, erkek arkadaşı ise görüşmek istemediğini belirterek daveti reddetmiştir. Bunun üzerine ağlayarak telefonu kapatan Bayan L., akşamüzeri erkek arkadaşına veda içerikli bir mesaj göndermiş ve evde bulduğu ilaçları içerek intihar etmiştir. Erkek arkadaşı tarafından baygın halde bulunan Bayan L., hastaneye götürülerek tedavi altına alınmış ve yapılan acil müdahalenin ardından psikiyatri kliniğine yatışı yapılmıştır. Bayan L., ilk gece ağlamaklı

bir ruh halinde odasına kapanmış ve kimseyle konuşmak istememiştir. Ertesi sabah oldukça bakımlı bir şekilde sabah sporu ve günaydın toplantısına katılan Bayan L., gündüz vardiyasında çalışan servis doktoruna vardiya bitiminde de kendisiyle kalması yönünde bir teklifte bulunmuş, doktor ise Bayan L.'nin bu teklifini reddetmiştir.

Yapılan ruhsal durum muayenesinde, Bayan L.'nin genel görünüm itibariyle oldukça bakımlı olduğu ve göz teması kurduğu belirlenmiştir. Konuşma sırasında zaman zaman sesini yükselten Bayan L.'nin konuşma hızı normaldir. Psikiyatri hemşiresi tarafından nasıl hissettiği sorulduğunda ağlamaya başlayan Bayan L., üzgün hissettiğini, kendine zarar verme düşüncesinin hâlâ devam ettiğini, kendisinin normal davrandığını buna rağmen iş yerinde ve özel hayatında bazı sorunlar yaşandığını dile getirmiştir. Bu sorunlarla ilgili detaylar sorulduğunda ise paylaşmamayı tercih eden Bayan L., görüşmeyi yapan psikiyatri hemşiresine gülümseyerek özel hayatıyla ilgili çeşitli sorular yöneltmiştir. Bayan L.'nin bellek, dikkat ve oryantasyon muayenesinde herhangi bir sorun tespit edilmemiştir.

Vakayı sorularla analiz edelim

1. Bayan L.'nin tanısı nedir?
2. Bayan L.'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
3. Kendine zarar verme riski olan hastaya yapılabilecek hemşirelik girişimleri nelerdir?
4. Bu tanıyı alan hastaya genel hemşirelik yaklaşımı nasıl olmalıdır?
5. Bu tanıyı alan hastanın bakımında özellikle dikkat edilmesi gereken noktalar nelerdir?
6. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka sorularının cevapları

1. Histrionik kişilik bozukluğu
2. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri arttırılabilir.

   Kendine zarar verme riski
   Etkisiz baş etme
   Etkisiz inkâr
   Etkisiz duygu kontrolü
   Rol performansında etkisizlik

Sosyal etkileşimde bozulma
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Etkisiz Baş Etme	Kendine zarar verme girişiminin olması	Problem çözme becerisinde eksiklik Duygu yönetme becerisinde eksiklik Baş etme tekniklerini etkin kullanamama	**Kısa Dönem:** Bireyin etkili olmayan baş etme davranışlarını tanımlayabilmesi **Uzun Dönem:** Etkili baş etme tekniklerini kullanmaya başlaması	1.Bireyin kendine zarar verme riskinin değerlendirilmesi 2.Kendine zarar verme düşüncelerinin değerlendirilerek güvenliğinin sağlanması 3.Hastayla kurulan ilişkide sınırların belirlenmesi ve tutarlı olunması 4.Hastanın manipülatif davranışlarına yargılayıcı olmayan net bir yaklaşımda bulunma 5.Hastanın duygularını sözel olarak ifade etmesi için teşvik edilmesi 6.Hastanın karar verme yeteneğinin değerlendirilmesi 7. Hastanın mevcut etkili/etkisiz baş etme davranışları ve problem çözme tekniklerinin belirlenmesi 8.Hastaya etkili	Bireyin kullandığı etkisiz baş etme teknikleri belirlendi.

				baş etme tekniklerini öğretme 9.Hastayı etkili baş etme tekniklerini kullanabilmesi için cesaretlendirme	

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Sosyal Etkileşimde Bozulma	Bireyin iş ortamı ve özel yaşamındaki sosyal ilişkilerinde problemler yaşaması	İletişim becerilerini etkin kullanamama Duygu yönetme becerisinde eksiklik Baş etme tekniklerini etkin kullanamama Manipülatif davranışların kullanılması	**Kısa dönem:** Bireyin sosyal etkileşimle ilgili uyumlu ve uyumsuz davranışlarını fark edebilmesi **Uzun dönem:** İş ve özel yaşamında başarılı sosyal etkileşimler kurmaya başlaması Etkili iletişim becerilerini kullanmaya başlaması Bulunduğu ortama uygun davranışlar sergilemeye başlaması	1.Bireyle kurulan ilişkide sınırların belirlenmesi, yargılayıcı olmayan bir tutum sergilenmesi 2.Terapötik iletişim tekniklerinin kullanılması 3.Bireyin duygularını sözel olarak ifade etmesi için teşvik edilmesi 4.Bireyin sosyal etkileşimlerde uyumlu/uyumsuz davranış örüntülerini fark etmesi ve tanımlayabilmesi için teşvik edilmesi 5.Uyumsuz olan davranışlarının sınırlandırılması ve bu davranışların sonuçlarının	Bireyin sosyal etkileşimle ilgili uyumlu ve uyumsuz davranışları belirlendi.

				tartışılması 6.Uyumlu olan davranışları için olumlu geri bildirimlerin sağlanması 7.Alternatif sosyal etkileşim yöntemlerinin tanımlanması 8.Etkili iletişim becerileri eğitiminin verilmesi 9.Başarılı sosyal etkileşim egzersizleri için rol yapma yönteminin kullanılması	

3. Kendine zarar verme riski olan hastaya yapılabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır:

- Bireyin kendine zarar verme öyküsünün detaylı şekilde değerlendirilmesi (kendine zarar verme girişiminin türü, kendine zarar verme davranışına neden olan etmenler vb.)
- Kendine zarar verme davranışı için risk faktörlerinin belirlenmesi
- Kendine zarar verme düşüncelerinin değerlendirilerek güvenliğinin sağlanması
- Kendine zarar verme düşüncelerinin varlığında ne yapması gerektiği konusunda bilgi verilmesi
- Kendine zarar verme davranışı öncesi hissedilen duyguların sözel olarak ifade edilmesini teşvik etme
- Bireyle kendine zarar verme davranışı öncesi hissedilen duyguların ne anlama gelebileceğinin tartışılması
- Bireyle kendine zarar vermeme anlaşması yapılması
- Bireyle kendine zarar verme davranışının sonuçları ve olası etkileri hakkında konuşulması
- Kendine zarar verme davranışı yerine kullanılabileceği alternatif baş etme becerilerinin öğretilmesi
- Bireyle güvene dayalı terapötik bir ilişki kurulması

- Bireye karşı eleştirel olmayan, sakin bir tutum sergilenmesi
- Bireyle kurulan ilişkide tutarlı olunması ve sınırların net olarak belirlenmesi

4. Histrionik kişilik bozukluğu tanısı alan hastalara sağlanan hemşirelik bakımında, bireyin dikkat çekme davranışlarının sosyal olarak kabul edilebilecek davranışlarla değiştirilmesi ve duygularını gerçekçi bir şekilde ifade etme becerisinin kazandırılması amaçlanmaktadır (Eren, 2010). Hastaya bu amaçlarla planlanacak genel hemşirelik yaklaşımı aşağıdaki gibidir:

- Belirsiz ve dramatik bir dil yerine somut ve açıklayıcı ifadelerin kullanımı desteklenmeli ve bu konuda hastaya rol model olunmalıdır.
- Hastalar kendi duygularını tanımada problemler yaşayacağı için duyguların tanımlanması ve netleştirilmesi konusunda hastaya destek olunmalıdır.
- Hastaya atılganlık becerileri öğretilmeli ve bu konuda rol model olunmalıdır (Halter, 2022).
- Hastaya giyim tarzı ve sözsüz iletişimi de dâhil olmak üzere diğer insanlarla kurduğu sosyal etkileşimleri hakkında eleştirel olmayan ve gerçekçi geri bildirimler sağlanmalıdır (Videbeck, 2011). Verilen bu gerçekçi geri bildirimlerle davranış değişikliği ve yapılabilirliği desteklenmelidir (Baysan Arabacı ve Taş, 2020).
- Birey kendisini uygun şekilde ifade ettiğinde, bulunduğu ortama uygun giyindiğinde veya uygun davranışlar sergilediğinde olumlu geri bildirim verilmelidir (Eren, 2010; Videbeck, 2011). Olumlu geribildirimlerin verilmesi bireyin uygunsuz davranışlarının azalmasını sağlayabilir (Eren, 2010).
- Hastayla kurulan ilişkide hastanın verdiği tepkiler bireysel algılanmamalıdır (Baysan Arabacı ve Taş, 2020).
- Hasta ile güvene dayalı ilişki kurulmalı ancak aşırı sıcak bir yaklaşımdan kaçınılmalı (Lickteig, 2009) ve hastayla kurulan terapötik ilişkide sınırlar belirlenmelidir (Baysan Arabacı ve Taş, 2020; Lickteig, 2009).
- Hastayla kurulan ilişkide tutarlı olunması önemlidir, bunun yapılmaması manipülatif ve dışa dönük davranışların artmasına neden olabilir.
- Hastalarda histrionik kişilik bozukluğuna ek gelişebilecek komorbid durumları tanımlamak için bütüncül bir değerlendirme yapılmalıdır.

Komorbid durumların gelişmesi durumunda hastanın tedavi rejimine uyumu değerlendirilmeli ve hasta ilaç kötüye kullanımı riski açısından yakından gözlemlenmelidir (Lickteig, 2009).

- Histrionik kişilik bozukluğu olan birey dikkat çekme davranışlarının bir parçası olarak intihar tehditleri, girişimlerinde bulunabileceğinden hasta intihar riski açısından dikkatlice değerlendirilmeli (Bates, 2021) ve kişinin kendine veya başkalarına zarar verme girişiminde bulunması halinde güvenli bir çevre sağlanmalıdır (Eren, 2010).

5. Histrionik kişilik bozukluğu tanısı alan hastanın bakımında özellikle dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıda özetlenmiştir:

- Histrionik kişilik bozukluğunun yönetimi, meslekler arası bir ekibin çabalarını gerektirir. Tedaviyi yapan psikiyatrist, ruh sağlığı hemşiresi ve psikoterapist, en uygun tedavi planını oluşturmak için işbirliği içinde çalışmalıdır (French ve Shrestha, 2020).
- Meslekler arası ekibin temel hedefi danışanların sağlık odaklı davranışlarını en üst düzeye çıkarmalarına yardımcı olmak olmalıdır (Lickteig, 2009).
- İdeal tedavi planı, psikoterapiyi (haftalık ila iki haftada bir) ve duygu durum belirtileri hastanın işleyişini etkiliyorsa psikiyatrik ilaçların kullanımını içerir.
- İlaç tedavisinde sık ilaç değişikliklerinden kaçınılmalı, aşırı doz alımında aşırı ciddi etkileri olan ilaçlardan kaçınılmalı, bağımlılık yapma potansiyeli olan ilaçlardan uzak durulmalıdır (French ve Shrestha, 2020).
- İlaç tedavisi uygulanıyorsa bireyin tedavi rejimine uyumu değerlendirilmeli ve reçeteli ilaç suiistimali açısından birey yakından incelenmelidir (Lickteig, 2009).
- Histrionik kişilik bozukluğu tanısı alan bireyler semptomları veya işlev yeteneklerini abartabileceğinden terapi süreci genellikle zordur. Ayrıca bireyler terapistin belirlediği sınırlara meydan okuyabilirler (Nalini ve Panneerselvam, 2018). Bu nedenle danışanların davranışlarıyla yüzleştirilmesi ve terapiyi ilerletmek için uygun sınırlar konulması gerekir (Lickteig, 2009).
- Uygun sınır koyma, tedavi ekibi üyeleri açısından duygusal olgunluk gerektirir. Hemşireler veya diğer tedavi ekibi üyeleri kendi duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için danışanın onayına ihtiyaç duyduklarında sınır koyma neredeyse her zaman başarısız olur (Lickteig, 2009).

- Danışanların kurulan terapötik ilişkiye güven geliştirmelerine yardımcı olunurken aşırı sıcak bir yaklaşımdan kaçınılmalı, açık sözlü ve gerçekçi bir tavır sergilenmelidir (Lickteig, 2009).
- Tedavi sürecinde aile üyelerini tedavi planına dâhil etmek, yardımlarını almak, danışanlarla başa çıkma ve onlara bakma konusundaki deneyimlerini ve çabalarını kabul etmek, destek sağlamak ve danışanlar için olası tedavi sonuçlarını iyileştirmek hayati derecede önemlidir (Lickteig, 2009).
- Danışanlar özsaygı konusunun tartışılmasına karşı oldukça hassas olabilir ve abartılı duygularla yanıt verebilir. Bireysel güçlü yönlerini, varlıklarını keşfetmek ve olumlu özellikleri hakkında geri bildirim vermek önemlidir (Videbeck, 2011).
- Tedavi sürecinde danışan ve sağlık personeli arasında yanlış anlaşılmalar, öfkeli tepki ve davranışlar meydana gelebilmektedir. Bu tarz deneyimlerin önlenmesi adına kurulan terapötik ilişkide açık ve tutarlı olmak önemlidir. Sağlık ekibi olası bir kriz yaşantısına karşı kriz çözme planını hazır bulundurmalıdır (Çelik İnce ve Günüşen, 2020).
- Histrionik kişilik bozukluğu tanısı alan bireylere sosyal becerilerin öğretilmesi ve problem çözme becerisini kazandırma oldukça önemli olduğundan bireyin bakımında buna yönelik stratejiler geliştirilmesi gerekir (Baysan Arabacı ve Taş, 2020).
- Sosyal becerilerin öğretilmesi ve bu becerilerin güvenli, tehdit edici olmayan bir ortamda canlandırılması, danışanların sosyal etkileşimde bulunma becerileri konusunda güven kazanmalarına yardımcı olabilir (Videbeck, 2011).

6. Hemşire olarak hastaya verilebilecek eğitimlerden bazıları aşağıda verilmiştir.

- Sosyal beceri eğitimi
- Problem çözme eğitimi
- Atılganlık (girişkenlik) eğitimi
- Etkili iletişim becerileri
- Gevşeme ve nefes egzersizleri
- Öfkeyle başa çıkma eğitimi
- Stresle başa çıkma eğitimi

SONUÇ

Histrionik kişilik bozukluğu olan hastalar psikiyatri hemşirelerinin her alanda karşılaşabileceği hasta gruplarıdır. Sağlık ekibi içerisinde anahtar rol oynayan psikiyatri hemşirelerinin bu bireylere bakım sağlarken histrionik kişilik bozukluğunu tanımaları ve bakımda dikkat edilmesi gereken hususları bilmeleri hasta ve ailesine sağlanan bakımın kalitesi açısından oldukça önemlidir. Psikiyatri hemşireleri histrionik kişilik bozukluğu olan hastalara bakım sağlarken gerek farmakolojik tedavi gerek psikoterapötik ve psikoeğitimsel girişimlerin yürütülmesinde aktif olarak rol alabilmektedir. Bu girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi noktasında psikiyatri hemşirelerine gerekli beceri ve yetkinliklerin kazandırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

American Psychiatric Association. (2013). Personality disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. içinde (pp. 645-684). Arlington: VA.

Babl, A., Gómez Penedo, J. M., Berger, T., Schneider, N., Sachse, R., ve Kramer, U. (2023). Change processes in psychotherapy for patients presenting with histrionic personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 30*(1), 64-72. https://doi.org/10.1002/cpp.2769.

Bates, C. (2021). Histrionic personality disorder. 12 Ekim 2023 tarihinde, https://www.ebsco.com/sites/g/files/nabnos191/files/acquiadam-assets/Social-Work-Reference-Center-Quick-Lesson-Histrionic-Personality-Disorder.pdf adresinden erişildi.

Baysan Arabacı, L. ve Taş, G. (2020). Kişilik bozuklukları ve hemşirelik bakımı. Baysan Arabacı, L. (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıklarında temel hemşirelik bakımı*, içinde (ss. 332-354). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Cai, Y., Huang, J., ve Liang, H. (2022). Cluster B Personality Disorders and its treatment from Cognitive Behavioral Therapy perspective. 2022 8th *International Conference on Humanities and Social Science Research (ICHSSR 2022)*, içinde (pp. 264-269). Atlantis Press. https://doi.org/10.2991/assehr.k.220504.049.

Candel, O. S. (2019). Review on the present condition of histrionic personality disorder. *Buletin de Psihiatrie Integrativa, 82*(3), 39-44. http://dx.doi.org/10.36219/BPI.2019.03.03.

Çelik İnce, S. ve Günüşen, N. (2020). Kişilik bozuklukları ve hemşirelik bakımı. Akgün Çıtak, E. & Hiçdurmaz, D. (Eds.), *Psikiyatri hemşireliği akıl notları*, içinde (ss. 245-256). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Ediz, Ç., Kartal, S. (2023). Examination of Social Support, Burnout, and Hopelessness Levels Perceived by Mothers with Children in Need of Special Education in terms of Sociodemographic Characteristics: A Cross-Sectional Study from a Rural Region of Turkey. World Women Studıes Journal, 8(1), 107-119. https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8154961

Eren, N. (2010). Ağır kişilik bozuklukları ve hemşirelik girişimleri-Bölüm II. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1*(2), 86-95.

French, J.H. ve Shrestha, S. (2020). Histrionic personality disorder. 12 Ekim 2023 tarihinde, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542325/ adresinden erişildi.

Ghalebin, S. S. A., Bashrpour, S., ve Mousavi, S. M. (2023). The effectiveness of combined therapy on overcompensation coping strategies in histrionic personality disorder patients. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 9*(1), 1-13. https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.1.287.

Gol, A., Aghamohammadian Sharbaf, H., Sedaghat, F., ve Rasooli, H. (2019). The effectiveness of schema therapy on the symptoms, severity of early maladaptive schemas, confirm-seeking and self-concept in histrionic personality disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health, 21*(6), 387-397. https://doi.org/10.22038/jfmh.2019.14822.

Halter, M. J. (2022). *Varcarolis' psikiyatri hemşireliği bakım planlaması el kitabı profesyoneller arası bir yaklaşım*. 6. baskı. (N. Gürhan & F. Ayhan, Çeviri Eds.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kendirkıran, G. (2021). Kişilik bozuklukları ve hemşirelik yaklaşımları. Batmaz, M. & Gezgin Yazıcı, H. (Eds.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği,* içinde (ss. 371-386). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kovanicova, M., Kubasovska, Z., ve Pallayova, M. (2020). Exploring the presence of personality disorders in a sample of psychiatric inpatients. J *Psychiatry Psychiatr Disord, 4*(3), 118-129. http://dx.doi.org/10.26502/jppd.2572-519X0099.

Lewis, K. C., ve Mastico, E. R. (2017). Histrionic personality disorder. Zeigler-Hill, V. & Shackelford, T. (Eds.), *Encyclopedia of Personality and İndividual Differences.* Springer, Cham. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_590-1.

Lickteig, M. (2009). Personality disorders. Mohr, W. K. (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing: Evidence-based concepts, skills, and practices*. 7th ed. içinde (pp. 481-503). China: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Mohammadi, M. R., Pourdehghan, P., Mostafavi, S. A., Khaleghi, A., ve Ahmadi, N. (2023). Prevalence, sociodemographic correlates, and comorbidity of personality disorders in the general population of Iran. *Curr Psychol*, 1-12. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04716-9.

Nalini, R. ve Panneerselvam, S. (2018). Histrionic personality disorder. *Int. J. of Advances in Nur. Management, 6*(4), 329-333. https://doi.org/10.5958/2454-2652.2018.00075.6.

Öztunç, H., Bilge, Y., ve Bilge, Y. (2015). Kişilik bozuklukları ile gelir ve cinsiyet değişkenlerinin ilişkisinin incelenmesi. *YDÜ Sosbilder, 8*(1), 63-82.

Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A. (Eds.). (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 14. baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Perrotta, G. (2021). Histrionic personality disorder: Definition, clinical profiles, differential diagnosis and therapeutic framework. *Arch Community Med Public Health, 7*(1), 001-005. https://dx.doi.org/10.17352/2455-5479.000123.

Schulte Holthausen, B., ve Habel, U. (2018). Sex differences in personality disorders. *Curr Psychiatry Rep, 20*, 1-7. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0975-y.

Şimşek, A., ve Kaya, Y. (2020). From hysteria to histrionic personality disorder. *Social Science Development Journal, 5*(20), 1-12. http://dx.doi.org/10.31567/ssd.242.

Townsend, M. C. (2016). Kişilik bozuklukları. (N. Uğurlu, Çeviri Ed.), *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: Kanıta dayalı uygulama bakım kavramları.* 6. Baskı. içinde (s. 608-643). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Videbeck, S. L. (2011). Personality disorders. Videbeck, S. L. (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing.* 5th ed. içinde (pp. 319-347). China: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Yanık, D., Arslan, R. (2023). Efficacy of technology addiction awareness training given to high school students: Randomized controlled experimental study. OPUS– Journal of Society Research, 20(54), 516-526

Yarayan, Y. E., & Gulsen, D. B. A. (2023). Sporcularda imgeleme ve duygu düzenlemenin cesaret düzeyi üzerindeki etkilerine yönelik aşamalı regresyon analizi. Journal of ROL Sport Sciences, 896-910.Doı: https://doi.org/10.5281/zenodo.10036854

Wilkinson, M. J. ve Barcus, L. (2018). *Pearson hemşirelik tanıları el kitabı.* 11. baskı. (S. Kapucu, İ. Akyar & F. Korkmaz, Çeviri Eds.). Ankara: Pelikan Yayınevi.

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., ... ve Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry, 216*(2), 69-78. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166.

BÖLÜM 12

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Çiçek EDİZ[1]

Dr. Öğr. Üyesi Derya YANIK[2]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10471547

[1] Hakkari Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hakkari, TÜRKİYE. cicekediz@hotmail.com, ORCİD ID: 0000-0002-9717-1839
[2] Batman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Batman, Türkiye, d.oruclu@hotmail.com, Orcid: 0000-0001-8004-6786

GİRİŞ

Madde kullanım bozukluğu (MKB), tüm yaş gruplarındaki insanları etkileyen ölümcül bir hastalıktır. MKB genellikle psikotrop maddelerin reçetesiz veya reçete dışında kullanılması (örneğin, maddelerin reçeteleme kılavuzlarında belirtilenden daha sık veya daha uzun süre kullanılması) ile karakterize edilen bir madde kötüye kullanımı modeli olarak başlar (Im Kang ve Kang 2022). En sık kötüye kullanılan maddeler arasında nikotin, alkol, opioidler, merkezi sinir sistemi depresanları (örneğin, benzodiazepinler), uyarıcılar (örneğin, Ritalin), esrar, anabolik steroidler, kokain, metamfetamin, amfetaminler yer alır. MKB için etkili, kanıta dayalı tedaviler olmasına rağmen, MKB'dan mustarip bireylerin çoğu, hastalığın ileri evrelerine kadar tedavi görmemektedir (Kabisa ve ark., 2021). Bir zamanlar MKB'nun bir seçim veya karakter kusurunun sonucu olduğuna yaygın olarak inanılıyordu. Ancak MKB, diğer kronik fiziksel sağlık durumları gibi tedavi edilmesi gereken bir ruh sağlığı hastalığıdır (Im Kang ve Kang 2022). MKB, olumsuz sağlık sonuçları, sosyal ve ekonomik sonuçlar da dahil olmak üzere çok çeşitli sonuçlarla ilişkilidir ve kişilerin sağlık durumu genellikle madde kullanımından olumsuz etkilenerek küresel hastalık yüküne önemli ölçüde katkıda bulunur (Whiteford ve ark., 2013).

Dünya çapında madde kullanımı ciddi morbidite ve mortaliteyle ilişkilidir. 2017 Küresel Hastalık Yükü'ne göre MKB'ları, engellilikle yaşanan yıl ile ruhsal bozukluklar arasında ikinci önde gelen engellilik nedeni olmuştur (Jaguga ve ark., 2022). 2016 yılında, zararlı alkol kullanımı dünya çapında 3 milyon ölümle (tüm ölümlerin %5,3'ü) ve 132,6 (%5,1) milyon engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılıyla sonuçlandı. Önlenebilir ölümlerin önde gelen nedeni olan tütün kullanımı, dünya çapında her yıl 8 milyondan fazla insanı öldürmektedir (WHO, 2020). Alkol ve tütün kullanımı, kardiyovasküler hastalık, kanser ve karaciğer hastalığı gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar için önde gelen risk faktörleridir (Jaguga ve ark., 2022; WHO, 2020). Opioid kullanımının yaygınlık oranı, tütün ve alkol kullanımına kıyasla küçük olsa da opioid kullanım bozukluğu MKB'dan kaynaklanan tüm ölümlerin %76'sına katkıda bulunmaktadır (WHO, 2020). Türkiyede ise Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (TÜBİM) 2020 yılında yayınladığı rapora göre; 2019 yılında 270.006 kişinin ayaktan, 12.495 kişinin ise yatarak tedavi görmesi amacıyla tedavi merkezlerine başvurduğu bildirilmiştir. Yatarak tedavi görenlerin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, %6,1'inin kadın, %93,9'unun ise erkek olduğu

belirlenmiştir. Kullanılan madde türlerine göre en fazla madde türünün eroin (%60) olduğu bildirilmiştir. Madde kullanımına bağlı ölüm yaşı ortalamasının ise 30.9 olduğu saptanmıştır (TUBİM, 2020).

Madde kullanımı hem fiziksel sağlık hem de ruh sağlığı sistemleri üzerindeki etkisinden kaynaklanan önemli sosyo-ekonomik maliyetlerle de ilişkilidir. Örneğin esrar ve amfetaminler gibi diğer psikoaktif maddeler, artan intihar riski, depresyon, anksiyete ve psikoz gibi ruhsal sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir (McKetin ve ark., 2019). Jaguga ve ark., 2022). Bu nedenle, giderek artan sayıda MKB olan hastanın ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yenilikçi yolların belirlenmesine acil ihtiyaç vardır. MKB iyileştirilmesi için, risk altındaki bireylerin tanınması önemlidir (Bağcı Taylan ve ark., 2019). Psikiyatri hemşireleri, MKB olan bireylerle yakından çalışan ve bu süreçte onların ihtiyaçlarını gözlemleyebilen sağlık profesyonelleridir. Psikiyatri hemşirelerinin bireylerin ihtiyaçlarını fark etmesinde ve etkin baş etme davranışlarını harekete geçirmede önemli rolleri bulunmaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin asıl amacı, bireyin yaşadığı zorluklarla başa çıkma konusunda bireyi güçlendirmek ve olumsuz duygularını kontrol altına almada bireye yardımcı olmaktır (Kaya ve Şahin, 2013).

Madde kullanımı rehabilitasyonu bağlamında yürütülen çeşitli araştırmalar, vaka yönetiminin maddeden uzak durma, uzun vadeli ayakta tedavi önlemleri ve yardımcı hizmetlerle bağlantı ve uyum gibi sonuç alanları üzerinde olumlu etkiler olduğu belirlenmiştir (Saleh et al., 2002; Siegal et al., 2002; Rapp ve ark., 2014). Vaka yönetiminin, erken klinik çalışmalarda önerildiği gibi potansiyel olarak faydalı olduğu tespit edilmiştir. Vaka yönetiminin, tanımı ve uygulaması bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Genel olarak vaka yönetimi ‘‘hizmet sunumuna, sürekli destekleyici bakıma ve toplumda yaşamak ve işlevsellik sağlamak için kaynaklara erişime yardımcı olmak için koordineli entegre bir yaklaşım’’ olarak tanımlanabilir (Vanderplasschen et al., 2004). Vaka yönetimi, madde bağımlılığı sorunlarının tedavisinde bir müdahale olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır. Etkinliği 450'den fazla sonuçla ilişkilendirilmiştir; bunlardan bazıları vaka yönetiminin geleneksel bağlantı kurma işlevleriyle (tedavi görevleri) ve diğerleri madde kullanımı gibi tipik tedavi sonuçlarıyla (kişisel işlevsellik) tutarlıdır. Standart bakımla karşılaştırıldığında vaka yönetiminin tüm hedeflenen sonuçlarda etkili olduğu, tedaviyle bağlantı kurma ve tedavide kalma gibi tedavi görevi sonuçları üzerindeki etkisi ile bireyleri iyileştirme arasında anlamlı farklar olduğu belirlenmiştir (Rapp ve ark., 2014).

VAKA

Bay S. 26 yaşında evli iki çocuk babasıdır. 6 çocuklu çiftçi bir ailenin dördüncü çocuğu olarak maddi yetersizlikler içerisinde yoksul bir ailede büyümüştür. 10 yaşında çalışmaya başlayan Bay S.'nin çocukluğu çalışarak geçmiştir. Annesi ev hanımıdır. Bay S 16 yaşındayken bir kazada abisini kaybetmiştir. Bu durum aile içerisinde derin bir üzüntü ve anlaşmazlığı beraberinde getirmiştir. Bay S. abisinin kaybından sonra kendini çok yalnız hissettiğini, bu durumu bir türlü kabullenemediğini ve evdeki mutsuzluktan kaçmak için maddeye başladığını bildirmiştir. Bay S. dört yıl önce ailesi tarafından ilkokul mezunu bir kadınla görücü usulü olarak evlenmiş, eşi ve çocuklarıyla birlikte anne ve babasının evinde yaşamaktadır.

Bay S. madde kullanmaya 20 yaşında arkadaş çevresiyle başladığını, 6 yıldır belli zamanlarda farklı maddeler (esrar, alkol ve opioid) kullandığı, yaşadığı sorunların üstesinden böyle gelebildiğini ifade etmektedir. Bay S. defalarca maddeyi bırakmayı denediğini, örneğin bir sene kullandıktan sonra 5 ay hiç kullanmadığını ama bir şekilde arkadaş çevresinden dolayı bırakmayı başaramadığını belirtmiştir. En son yine 1,5 ay önce arkadaşları ile birlikteyken tekrar kullanmaya başladığını, maddenin etkisindeyken eşine şiddet uyguladığını, babası ile kavga ettiğini ve babasının onu evden kovduğunu ifade etti.

Bay S. bu olaydan sonra eve belirli aralıklarla gittiğini, eşinin ve çocuklarının hiçbir ihtiyacını karşılayamadığını, sadece çocuklarını çok özlediği zaman kısa süreli onları görmeye gittiğini, zamanla toplumdan uzaklaşıp içine kapandığını söyledi. Bay S. 3 gün önce yine çocukları çok özlediği için eve gittiğini, konuşma ve hareketlerinde bozulmaların başladığı, tahammülsüzlük, agresyon, insanların kendisine düşman olduğunu düşünen şüpheci davranışlar, uykusuzluk, iştah kaybı, kilo kaybı, diş çürümesi ve diş kaybı gibi belirtilerin eşi ve annesi tarafından fark edilmesi üzerine psikiyatri polikliniğine başvurduğunu ve kendi isteğiyle tedavi olmak için (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezine (AMATEM) geldiğini bildirdi.

Bay S.'nin tedavisinde; Naltrexone 50 mg tablet, Esmax 20mg tablet, Aripa 5 mg tablet kullanılmaktadır.

Bay S. ile yapılan ilk görüşmede; Bay S. mesleki tüm becerilerini yitirmeye başladığını ve işini yönetemeyecek hale geldiğini, eski sosyal çevresinden uzaklaştığını, endişeli bir insan haline dönüşüp her şeyi kafaya

taktığını söyledi. Bay S. yaşadıklarını; 'Maddeden dolayı çok şey kaybettim, başta kendimi, hayatımı kaybettim. Ailemi, akrabalarımı, arkadaşlarımı tüm çevremi kaybettim. Babam beni reddetmek istedi. Mesela akşamları yalnız olduğumda çok duygusallaşıyordum. Bazen de çok agresif oluyordum. Madde kullandığımdan beri zaten bir sosyal hayatım olmadı. Çevremi oluşturan arkadaşlarım da madde kullanan kişilerdi. Başka kimse yok ki zaten hayatımda. Bedenimde sürekli bir ağrı. İntihar girişiminde bile bulundum. Kullanmadığım zaman sinirli, stresli ve gergin oluyorum. O zaman en sevdiğim insana bile yanlış yapabilirim. Bazen duvarda bir kameranın olduğunu ve beni izlediklerini düşünüyorum, hemen oradan uzaklaşıyorum. Halüsinasyonlarım oluyor. Madde kullandığımda birilerinin beni duvara çarptığını hissediyorum. Başka cisimlerin gölgesini insan olarak görüyordum. Dişlerim çürüdü, iştah kaybından dolayı çok kilo verdim. Konuşurken bazen kekeliyorum. Çenemin kaydığını hissediyorum. Sosyal çevrem kalmadı. Tüm çevremden uzaklaştım. Eskiden haftada 3 defa arkadaşlarımla futbol oynardım ama artık 2 kilogramı bile kaldırabilecek gücüm yok. Madde kullanmadığım zaman kendimi çok özgüvensiz hissediyorum. Uyuma sorunu yaşıyorum, unutkanlık sorunu yaşıyorum, bir yere gitmek için yürüdüğümde yolun yarısında nereye gideceğimi unutuyorum. Herkesin bana düşman olduğunu düşünüyorum. Madde kullanırken çalışamıyorum, hayatımda düzenli hiçbir şey olmuyor. Geleceğe dair hiçbir şey düşünemiyorum. Zaten damgalanıyorsunuz. Sizi potansiyel suçlu olarak görüyorlar. Çalıştığım yerde bazı eşyalar çalınmıştı, herkes ilk önce benden şüphelenmişti. Aslında kötü bir insan değilim, beni anlamıyorlar, bazı şeyler elimde değil. AMATEM'e kendi isteğimle geldim ve geldiğimden beri kendimi çok iyi hissediyorum. Bırakacağıma inanıyorum. Bu sürede en büyük destek kaynağım eşim ve annemdi. Onlara zarar veren, onları üzen bendim ama onlar her zaman iyileşmem için çabaladılar' şeklinde ifade etti.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bay S.'nin tanısı nedir?
2. Bay S.'nin kullandığı Naltrexone, Esmax ve Aripa hangi ilaç grubuna girmektedir?
3. Naltrexone, Esmax ve Aripa'nın bağımlılık yapma riski var mıdır?
4. Naltrexone, Esmax ve Aripa kullanırken nelere dikkat edilmesi gerekir? Bay S.'nin kullandığı ilaçların yan etkileri nelerdir? Hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?

5. Bay S.'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
6. MKB olan hastaya ekip olarak yaklaşım nasıl olmalıdır?
7. Madde kullanım bozukluklarında relapsı ve/veya damgalamayı önlemek amacıyla yapılabilecek girişimler nelerdir?
8. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka sorularının cevapları

1. Madde Kullanım Bozukluğu
2. Naltrexone opiyad antagonisti, Esmax selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRIs) sınıfı bir antidepresan ve Aripa antipsikotik ilaç grubuna girmektedir.
3. Naltrexone, Esmax ve Aripa'nın bağımlılık yapma riski bulunmamaktadır.
4. Naltrexone, Esmax ve Aripa kullanırken dikkat edilmesi gerekenler aşağıda açıklanmıştır.

Esmax Kullanırken: Eğer hastanın epilepsi (sara) hastalığı varsa, karaciğer veya böbrek fonksiyonlarında bozukluk varsa doz ayarlamasına dikkat edilmesi önemlidir. Eğer hastanın diyabeti varsa, Esmax tedavisi kan şekeri kontrolünü bozabilir bu yüzden İnsülin ve/veya ağızdan alınan kan şekeri düşürücü ilaçların dozunun ayarlanması gerekebilir. Antidepresan ilaçların gençlerde intihar düşüncesi ya da davranışlarını artırma riski bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle tedavinin başlangıcı ve ilk aylarında, ilaç dozunun artırılma/azaltılma ya da kesilme dönemlerinde hastanın gösterebileceği aşırı hareketlilik, huzursuzluk gibi beklenmeyen davranış değişiklikleri ya da intihar riski gibi sebeplerle hastanın yakinen gözlenmesi gerekmektedir. Manik-depresif bozukluğu olan hastalar, manik döneme girebilirler. Tedavinin ilk başlarında sürekli hareket etme isteği, yerinde duramama ya da huzursuzluk gibi bulgular gözlenebilir. Bu etkiler bakımından hasta yakinen takip edilip gözlenmelidir.

Naltrexone Kullanırken: Hastanın, duygulanım bozuklukları, aşırı hızlı nabız, artan terleme, huzursuzluk, elektrokardiyogram değişim, mide bulantısı, eklem ağrısı, sinirlilik, karın ağrısı, kusma, anormal fiziksel zayıflık, kurdeşen, vücuttan çıkartma semen eylem gecikmiş, artan susuzluk, kabızlık, ishal, baş dönmesi, göğüs ağrısı, kasların grubunda ağrı, artan enerji, gözyaşı akışında artış, erektil disfonksiyon, iştah azalması, baş ağrısı, çarpıntı, kaygı, uykusuzluk, iştah kaybı, titreme, karaciğer fonksiyon bozuklukları gibi etkiler

bakımından yakinen takip edilip gözlenmelidir. Buna ek olarak, eğer hasta, akut hepatit, aşırı duyarlılık, terapötik opioid analjezikler, opioid eşzamanlı bağımlı durumlardan birine sahipse naltrexone'nun kullanılmaması gerekmektedir.

Aripa Kullanırken: Hastanın kan şekeri yüksekse ya da ailesinde şeker hastalığı varsa, özellikle hastanın yüzünde istemsiz ortaya çıkan düzensiz hareketler varsa, hareket bozukluğu geliştiyse, felç, anormal kan basıncı hikayesi varsa, (hastada veya ailesinde kan pıhtılaşması durumu varsa antipsikotik kullanımı kan pıhtı oluşumu ile ilişkilendirildiğinden), hastada ya da ailesinde kalp-damar hastalığı, normal gece uykusundayken kısa periyotlarda nefes durması (uyku apnesi) durumu yaşıyorsa ya da yaşadıysa, günlük aktivitelerini etkileyen sersemlik hissi yaşıyorsa, yutmada herhangi bir güçlüğü ya da alerjik belirtilerin olması gibi etkiler bakımından hasta yakinen takip edilip gözlenmelidir. Ayrıca bunaması (hafıza ya da diğer zihinsel becerilerde kayıp) olan yaşlı bir hasta ise geçmişte herhangi bir felç geçirip geçirmediği sorgulanmalı. Ek olarak Kendine zarar verme düşünceleri varsa hasta takip edilmeli.

5. Bay S'ye konulabilecek bazı hemşirelik tanıları aşağıda verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.

- Öz kıyım (Suicid) Riski
- Yaralanma riski
- Başkalarına yönelik şiddet riski
- Uyku örüntüsünde rahatsızlık
- Gereksiniminden az beslenme
- Etkisiz baş etme
- Düşünce sürecinde değişim
- Durumsal düşük benlik saygısı
- Umutsuzluk
- Rol performansında etkisizlik
- Sosyal etkileşimde bozulma
- Ebeveynlikte yetersizlik
- Bilgi eksikliği

Hemşireli k tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyoloji k nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendir me
Bireysel baş etmede yetersizlik	Psikososyal destek kaynaklarını kullanmada yetersizlik Stres kaynaklarını gerçekçi anlamlandırma da bozulma.	İçsel ya da çevresel stresörleri yönetemem e Kendisine ilişkin olumsuz duygulanı m olması	Etkili baş etme davranışları nı bilmesi ve tanımlaması Stres kaynaklarını tanıması ve kontrol altına alma becerisi kazanması	Hastanın algılanan sosyal desteğini iyileştirmek için psikoeğitim verilmesi. Stres ile etkili baş etme yöntemlerini n öğretilmesi.	Hastanın algılanan sosyal desteğinde artış olduğu belirlendi. Stres kaynaklarını daha gerçekçi tanıdığı belirlendi.

Hemşirel ik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendir me
Şiddet uygulama riski	Ailesi ve çevresindekil ere fiziksel şiddet uygulaması	Düşünce ve duygulanım içeriğinde bozulma Şüpheci düşüncelerin in ve	Kısa dönem: Hastanın duygularını tanıması ve dile getirilmesin in sağlanması. Uzun	Hastanın öfke ve agresyonun u davranış ile değil sözlü ifade edebilmesi için	Hasta duygu ve düşüncelerini ifade edebildi. Başkasına zarar verici herhangi bir davranışta bulunmadı.

		sanrılarının olması	dönem: Hastanın stres, öfke ve agresyonu ile daha etkin ve sağlıklı olarak baş edebilmesi.	terapötik ortamın oluşturulması. Çevresel uyaranlar azaltılarak güvenli çevrenin oluşturulması. Stres ve öfke ile başa çıkma ve olumsuz duygularını kontrol altına alma konusunda psikoeğitim vermek.	Öfkesinin azaldığı belirlendi. Sanrılarının azaldığı gözlendi.

6. Hastaların geçmiş tedavi deneyimleri ya da çevrelerinden duydukları bilgilerle arındırma dönemi kaygı verici olabilir. Hastaya tedavi ekibiyle iş birliği sağlaması gerektiği açıklanmalıdır. Tedavi sürecinin etkin yürütülmesi için güven ilişkisine dayalı bir ilişki kurulmalı (Kaya ve Şahin, 2013). Tedavisi ile ilgili tüm konularda açık ve net ve dürüstçe bilgiler paylaşacağınızı taahhüt edin. Hastanın anlaşılmadığını düşünmesi hastada öfkeye neden olacağından terapötik ortamın zedelenmesine neden olur. Hastanın geçmiş deneyimleri, o an ağrıya verdiği önem ve ağrıyı yönetmek için kendini ne kadar güçlü hissettiğini değerlendirin ve hafif-orta-şiddetli olarak kategorize edin. Güncel nöropsikiyatrik gelişmeler ışığında opioid

bağımlılarının neden arınma döneminde ağrı yaşayabildiklerini değerlendirin (Şimşek 2010). Opioid kullanımı hakkında beyinde meydana gelen nöroadaptif süreçler hakkında bilgi verin. Bu süreçleri geriye döndürmek için yapılabilecekler hakkında hastanın yeterince bilgilenmesini sağlayın. Ayrıca ilaç dışında etkili olabilecek basit fakat faydalı girişimleri hastaya sunun. Yürüyüş, gevşeme egzersizi, duş, bulmaca çözmek, film izlemek, oyunlar oynamak, vb. aktiviteleri planlı olarak uygulamalarını sağlayın (Arı ve ark., 2020; Ölçüm ve Karadere 2023).

7. MKB tedavisinde tedavinin başarılı tamamlanmasına engel olan en önemli sorun, bireyin tekrar bağımlılık davranışına geri yönelmesi yani relapsın oluşmasıdır. Bu sebeple rehabilitasyon sürecinde uygulanan relapsı önleme girişimlerinin remisyon dönemini uzatacağı düşünülmektedir (Savaşan ve ark., 2013). Tedavi sağlayıcıların ve MKB olan bireylerin bir çıkmazı olan relapsın bireyi kısır döngüye sokması, algılanan esenliği olumsuz etkilemesi, sosyal işlevselliği ve bireyi fiziksel ve ruhsal yönden olumsuz etkilemesi dikkate alındığında müdahale edilmesi gereken önemli bir problemdir (Witkiewitz ve Bowen 2010). Relaps önleme teorilerine dayalı önleme programları kalıcı davranış ve yaşam biçimi değişikliği sağlamak amacı ile organize edilmelidir. Bu programlar, bahsedilen kalıcı davranış ve yaşam biçimi değişikliğini sağlayabilmek için beceri kazandırma (iletişim, öfkeyle ve stresle başa çıkma, sorun çözme) temelli eğitimlerin çoğunu içeren bilişsel-davranışçı yaklaşımı temel alarak yapılandırılmıştır (Şimşek 2010; Savaşan ve ark., 2013). Bu becerilerin kazandırılması ile birey relapsa sebep olan arzuları ile daha kolay baş edebilmekte, relaps oranı azalmakta ve birey psikolojik ve sosyal problemlerini çözümleyerek maddeden uzak bir yaşam biçimi benimsemektedir (Amato, 2011). Yapılan çalışmalarda relaps önleme programlarının özellikle relaps oranlarında iyileşme olmak üzere, birçok alanda etkili olduğu bildirilmiştir (Savaşan ve ark., 2013; Ögel ve ark., 2014). Türkiye'de ise Ögel ve ark. (2014) tarafından sigara alkol ve madde bağımlılığını tedavi amacı ile Bilişsel Davranışçı Teori, Farkındalık ve Kabullenme Terapisi ve Diyalektik Davranışçı Terapiden yararlanılarak Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) geliştirilmiştir. SAMBA programının

MKB olan bireylerde relapsı önleme, stresle başa çıkma, öfke ve maddeyi arama davranışının azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir (Ögel ve ark., 2014).

Öte yandan damgalanma karşıtı eğitim girişimleri ile hastaların tutumlarını ve algılanan damgalanmayı iyileştirmek mümkündür. MKB olan kişilerle terapötik hemşire-hasta ilişkilerinin önemi de göz ardı edilmemelidir. Hemşire eğitimcilerinin, MKB olan kişilerin bakımını iyileştirmek için hastanın katılımını, motivasyonunu ve artıracak stratejiler geliştirmeleri gerekir. Damgalanma karşıtı eğitim yaklaşımlarının dahil edilmesi, hastanın bilgi, inanç ve tutumlarının değişmesini sağlayabilir (Can ve Tanrıverdi 2015).

8. Psikososyal tedaviler, günümüzde MKB tedavisinin en önemli bileşeni olarak kabul edilmiştir. Psikososyal yaklaşımda, aileye müdahale, psikodinamik girişimler, bilişsel davranışçı girişimler, motivasyonel görüşme, kendi kendine yardım grupları yöntemleri gibi birçok müdahale yöntemi bulunmaktadır (Amato, 2011). Genelde psikososyal tedavi müdahalelerinin her biri diğerini desteklediğinden ve farmakolojik tedaviyi güçlendirdiğinden bunlardan sadece birinin değil birkaçının birlikte kullanılmaya çalışılması önerilmektedir (Amato, 2011; Voltan 2013; Dursun ve ark., 2020). Ayrıca tedaviye bireyin aile, eş ve arkadaşlarının dahil edilmesinin ve onlarla iş birliği yapılmasının tedavinin etkinliğini daha da arttırdığı bildirilmektedir. MKB tedavisinde bugün etkililiği kanıtlarla ispatlanmış motivasyonel görüşme ve bilişsel davranışçı girişimleri içeren psikososyal tedavi programlarının da tedaviye eklenmesi ve yaygın olarak kullanılması başarı oranını arttırmaktadır (Şimşek 2010).

SONUÇ

MKB ile ilgili sorunlar, bu vakaya atfedilen nedenler gibi farklı faktörlerle ilişkilendirilmiştir. MKB bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte ve temsil ettiği sosyal, iş, aile, fiziksel, yasal ve şiddete bağlı riskler nedeniyle dikkati hak etmektedir. Bu vakada da MKB'nun kişinin iyileşmesi ve aile ilişkileri üzerindeki etkilerine değinilmiştir. Sonuçlar, MKB neden olduğu sorunların aile üyelerine derin acılar yaşattığını, bunun da yüksek düzeyde kişilerarası çatışmalara, aile içi şiddete, ebeveyn yetersizliğine, mali ve yasal zorluklara ve buna bağlı klinik sorunlara katkıda bulunduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S. (2011). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 1-93.

Arı, Ç., Ulun, C., Yarayan, Y. E., Dursun, M., Mutlu, T., & Üstün, Ü. D. (2020). Mindfulness, healthy life skills and life satisfaction in varsity athletes and university students. Progress in Nutrition, 22(2), 1-8. Doı: 10.23751/pn.v22i2-S.10561

Bağcı Taylan, Ş., Nas, İ., Ediz, Ç. (2019). Sağlıklı yaşam seminerine katılan öğrencilerin madde bağımlılığı ile ilgili farkındalıkları. Bağımlılık Dergisi, 20(4), 197-205.

Can, G., Tanrıverdi, D. (2015). Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder. Archives of Psychiatric Nursing, 9(6), 441–446

Dursun, M., Yarayan, Y. E., Ari, Ç., Ulun, C., & Adas, S. K. (2020). COVID-19 in Turkey: Leisure boredom, psychological resilience, physical activity and emotional state.

Im Kang, K., & Kang, C.M. (2022). The roles and effects of peer recovery coach intervention in the field of substance abuse: an integrative literature review. Asian Nursing Research, 16(5),256-264.Doı:https://doi.org/10.1016/j.anr.2022.10.001

Jaguga, F., Kiburi, S.K., Temet, E., Barasa, J., Karanja, S., Kinyua, L., Kwobah, E.K. (2022). A systematic review of substance use and substance use disorder research in Kenya. PLoS One, 17(6), e0269340. doi: 10.1371/journal.pone.0269340.

Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J.D., Umubyeyi, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. Subst Abuse Treat Prev Policy, 16:13https://Doi.org/10.1186/s13011-021-00347-0

Kaya, Y., Şahin, N. (2013). Kadınlarda madde kullanımı ve hemşirenin rolü, Hemşire Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10(1), 3-7.

McKetin, R., Leung, J., Stockings, E., Huo, Y., Foulds, J., Lappin, J.M., et al. (2019). Mental health outcomes associated with of the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine, 16,81–97. Doi: 10.1016/j.eclinm.2019.09.014

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları

Ölçüm, H.İ., Karadere, M.E. (2023). Opioid Kullanım Bozukluğu Arındırma ve Sürdürüm Sürecinde Ağrının Yönetimi: Konfor Kuramı ve Nörobilim Temelinde Bir Yaklaşım. Hitit Med J, 5(1), 52-56 Doı:10.52827/hititmedj.1177407

Rapp, R.C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2014). The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82(4), 605–618. https://Doi.org/10.1037/a0036750

Saleh, S.S., Vaughn, T., Hall, J.A., Levey, S., Fuortes, L., Uden-Holmen, T. (2002). Effectiveness of case management in substance abuse treatment. Care Management Journal, 3(4),172–77.

Savaşan, A., Engin, E., Ayakdaş, D. (2013). Bir AMATEM Kliniği'nde taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(2), 75-79.

Siegal, H.A., Li, L., Rapp, R.C. (2002). Case management as a therapeutic enhancement: Impact on post-treatment criminality. Journal of Addictive Diseases, 21(4), 37–46.

Şimşek, N. (2010). Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(2), 96-99.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBIM). 2020 yılı Türkiye uyuşturucu raporu (2019 Verileri). Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü; 2020.

Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J.R., Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. Psychiatr Serv, 55, 913–22. Doi:10.1176/appi.ps.55.8.913

Voltan Acar, N. (2013). Grupla psikolojik danışmada alıştırmalar-deneyler. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J, Ferrari, A.J., Erskine, H.E., et al. (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. Lancet. 382,1575–86. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6

Witkiewitz, K., Bowen, S. (2010). Depression, craving and substance use following a randomized trial of Mindfulness Based Relapse Prevention. Journel of Consulting and Clinical Psychology, 78(3), 362-374.

World Health Organisation. Tobacco [Internet]. 2020. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. Erişim Tarihi: 1 Aralık 2023

BÖLÜM 13

MAJÖR DEPRESYONDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Sevda UZUN[1]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431324

[1] Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Gümüşhane, sevdauzun50@gmail.com
ORCİD ID: 0000-0002-5954-717X

GİRİŞ

Major Depresif Bozukluk (MDB) dünyada en sık görülen ruhsal hastalıklar arasında yer almakta ve psikomotor hız, dikkat, bellek, yürütücü işlevler dahil bütün bilişsel alanları etkilemektedir (Salık ve ark., 2019).

Dünyada ruhsal bozuklukların tanılanmasında en yaygın olarak Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırma sistemi (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-V) kullanılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Majör depresif bozukluk, en az iki hafta ya da daha fazla devam eden çökkün ruh hali ve yaşam aktivitelerinde bozulma ile birlikte yaşamdan zevk almama, kilo kaybı, uykusuzluk gibi sorunların eşlik ettiği bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Videbeck, 2020).

Depresyon bozukluğunun yaygınlığı %3-%6 arasında değişmekte kadınlarda %8; erkeklerde ise %4.8 dir (Yeşilçınar ve Yanık, 2023; Katı ve Karaziz, 2023; Ediz ve Kavak Budak, 2023). Kronikleşme riski bulunan majör depresyon bireylerin yaşam kalitesini ve rol performansını azaltmaktadır (Durisko, Mulsant ve Andrews, 2015; Athanasos, 2017; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyonun cinsiyet anlamında farklılık göstermesinin nedenleri biyolojik, psikolojik ve sosyal teoriler ile açıklanmaya çalışılmıştır. Özellikle kadınların enflamatuar aktivitelere karşı verdiği sosyal ve duygusal tepkiler kadınlarda erkeklerden daha fazla depresif bozukluk görülmesiyle ilişkilendirilmiştir (Moieni ve ark, 2015).

Bireyi birçok yönden etkileyen majör depresyonda, hasta ile sürekli iletişim halinde olan hemşirelerin, hastanın tedavi, ilaç uyumu ve rehabilitasyonunda önemli rolleri bulunmaktadır (Ertekin Pınar ve Tel, 2012). Bu bağlamda, hemşireler bütüncül bir yaklaşımla hastayı ele almalı ve bu doğrultuda holistik bir hemşirelik bakımı planlanmalıdır (Toru, 2020). Majör depresyonu olan hastada hemşirelik bakımının temel amacı, güvenli bir çevre oluştururak, hastanın fizyolojik ve psikolojik bütünlüğünü sürdürmektir. Sonraki aşamalarda baş etme yollarını öğreterek, denge ve uyumun sağlanması ve iyilik halinin sürdürülmesidir (Çalışkan ve Gürhan, 2019; Dağcı, 2019; Türen, Atakoğlu, Kıvanç ve Gül, 2019).

VAKA

Bayan K. 38 yaşında 4 çocuk sahibi bir kadındır. Baskıcı bir aile ortamında büyümüştür. Geniş bir aile ortamında kayınpeder, elti, görümce beraber yaşamaktadır. Eşi bankada müdür olarak çalışmaktadır ve genellikle

eve geç gelmektedir. Evdeki aile bireyleri arasında konuşma ve sohbet tarzı iletişim olmadığını mutsuz olduğunu hayatını çocuklarına adadığını kendine ait özel zamanının olmadığını kendi ailesi ile sorunlarını paylaşmak istediğinde şikayet dinlemek istemediklerini onu sorunları ile baş başa bıraktıklarını ifade etmiştir. Bayan K. son zamanlarda iştahının olmadığını kilo vermeye başladığını, yaptığı hiçbir aktiviteden zevk almadığını, yaşamını anlamsız bulduğunu ve intihar etmek istediğini belirtmiştir.

Bayan K. sürekli mutsuzdur ve kendini öldürmek istediğini telefonda annesine anlatırken kayınvalidesi tarafından duyulmuştur ve kayınpederi tarafından hastaneye götürülmüştür. Psikiyatri polikliniğinde hekimle yapılan görüşmede Bayan K.'nin yatışına karar verilmiştir.

Bayan K. için farmakolojik ve psikoterapötik müdahale planı oluşturulmuştur. Servis doktoru Bayan K.'ye 2x50 mg Desyrel tablet ve 1x50 mg Lustral başlamıştır. Klinikte yapılan ilk görüşmede kendisinin hayata ilişkin umutları, beklentileri konuşulmuştur.

Bayan K. mutsuz olduğunu, hiçbir şey yapma isteği ve enerjisi olmadığını, sürekli uyumak istediğini, iştahının olmadığını, yalnız kalmak istediğini, insanlarla iletişime geçmek istemediğini belirtmiştir. Bayan K. görüşmede dört kardeşin en büyüğü olduğunu ve en küçük kardeşinin erkek olduğunu babasının erkek çocuğu olmasını çok istediğini ve erkek kardeşi doğduktan sonra diğer kız çocuklarıyla birlikte kendisinin de çok ihmal edildiğini, babası tarafından sevilmediğini babasının gözünde fazla değeri olmadığını belirtmiştir. Bayan K. kliniğin günaydın toplantılarına, çay saati, gazete okuma saati, spor saati, uğrası saatleri ve tatlı çarşamba etkinliklerine odasından çağrılmasına rağmen katılmak istememiştir.

Bir defa kliniğin sorunlarının ele alındığı toplantıya katılmıştır. Ancak toplantıda kendi isteğiyle söz hakkı almamıştır. Toplantıyı yöneten psikiyatri hemşiresinin kendisinin kliniğe ilişkin öneri ve şikayetleri olup olmadığını sormasına ise başı ile hayır anlamında cevap vermiştir. Bayan K. gün geçtikçe iyice içine kapanmıştır, ziyaretine gelen eşi ile görüşmemiştir. Daha önce görüşmeyi kabul ettiği çocuklarını da görmek istemediğini gözyaşları içinde ifade etmiştir. Bayan K. odasından çıkmamıştır, geldiğinden beri banyo yapmamıştır, giderek kilo kaybetmiştir. Bayan K'nin saçları dağınık, bakımsız ve kirli görünmektedir. Hemşire ile yaptığı bir görüşmede ilk fırsatta kendisini öldüreceğini, hayattan kurtulacağını belirtmiştir. Hemşire özkıyım riski

açısından ekip üyelerini uyararak o günkü gözlem formuna Bayan K'nın sözel ifadesini kaydetmiştir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bayan K'nin tanısı nedir?
2. Bayan K'nin aldığı Desyrel ve Lustral hangi ilaç grubuna girmektedir?
3. Desyrel'in bağımlılık yapma riski var mıdır?
4. Antidepresan ilaçları kullanırken nelere dikkat edilmesi gerekir?
5. Antidepresan ilaçların antidotu olan ilacın ismi nedir?
6. Antidepresan ilaçların yan etkileri nelerdir? Hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
7. Bayan K'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
8. Suicid (intihar) düşüncesi olan hastaya ekip olarak yaklaşım nasıl olmalıdır?
9. İntihar riski olan hastaya yapılabilecek hemşirelik girişimleri nelerdir?
10. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka sorularının cevapları

1. Majör depresyon

2. Desyrel antidepresan ilaç grubundan Atipik Antidepresan ilaç grubuna Lustral da antidepresan ilaç grubundan Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri ilaç grubuna girmektedir.

3. Desyrel antidepresan ilaç grubuna girdiği için bağımlılık yapma riski yoktur.

4. Dikkat edilmesi gereken noktalardan bazıları şunlardır;

- ✓ Antidepresan ilaç grubundan olan MAO inhibitörleri tiramin içeren alkollü içeceklerle birlikte alındığında ciddi hipertansif krize neden olmaktadır. Antidepresan kullanımı esnasında tiremin içeren yiyecek ve içecek tüketiminde dikkatli olunmalıdır.
- ✓ Aynı saatte ilaç alınırken etkileşim konusuna dikkat edilmelidir.
- ✓ Depresyon tedavisinin ek sorunlara yol açmamasına dikkat edilmelidir.

5. Antikolinerjik toksik sendromun özgül antidotu fizostiğmindir. Fizostiğmin etkin biçimde kan-beyin bariyerini geçerek geri dönüşümlü olarak antikolinesteraz inhibisyonu yapmaktadır. Fizostiğmin, koma, konvülziyon, ciddi diskinezi, varsanılar, ajitasyon ve solunum depresyonu gibi merkezi semptomlar konusunda oldukça önemlidir.

6. Antidepresan ilaçların alt gruplarına göre yan etkiler farklılıklar göstermektedir. Libido azalması, anorgazmi gibi cinsel problemler, parkinsonizm, akatizi, distoni, parkinsonizm gibi ekstrapiramidal sistem belirtileri görülebilmektedir. Antidepresanların neden olduğu cinsel yan etkiler, erken dönemlerde sıklıkla tedaviden sonraki birkaç gün içinde ortaya çıkmaktadır ancak hastalar genelde daha geç fark etmektedir. Erkeklerde erektil disfonksiyon, kadınlarda vajinal lubrikasyonun (vajinal ıslanmanın) olmaması şeklinde görülen cinsel uyarılma bozuklukları, cinsel istek azlığı ve orgazm bozuklukları görülebilmektedir.

Hemşire olarak yapılması gerekenlerden bazıları aşağıda verilmiştir.

I. Öncelikle hemşire olarak ilaç yan etkileri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

II. Depresyonda temel amaç yinelemelerin önlenmesidir. Bu bağlamda ilaç kullanımının önemi hakkında hasta ve aileye bilgilendirme yapılmalıdır.

III. Tedavide dikkat edilecek önemli noktalardan biri intiharlardır. Bu bağlamda hemşire olarak aileye hastanın intihar düşünceleri yönünden değerlendirilmesi ve bu konuda uyanık olunması konusunda bilgi verilmelidir.

IV. Hasta ve yakınlarının hastalık konusunda bilgilendirilmeleri ve tedaviye yanıtının zaman alacağı açıklanmalıdır.

V. Antidepresan ilaçların bağımlılık yapmadığı belirtilmeli, hasta ve ailesi ile ilgili yan etkiler konusunda değerlendirme yapılmalı ve tedavi planı bu bağlamda yapılmalıdır.

7. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.

Kendine zarar verme riski

Benlik saygısında rahatsızlık

Etkisiz baş etme (bireysel baş etmede yetersizlik)
Uyku örüntüsünde rahatsızlık
Öz bakım eksikliği
Sosyal etkileşimde bozulma

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Kendine Zarar Verme Riski	İntiharla ilgili sözel ifadelerinin olması	Benlik saygısında bozulma	Kısa dönem: bireyin kendisine zarar vermesinin önlenmesi Uzun dönem: Yaşam isteğinin ifade edilmesi	1.Alternatif baş etme mekanizmalarını öğrenmesi 2.İntihar ile ilgili verilerin değerlendirilmesi, 3.Bireye direkt "kendini öldürmeyi hiç düşündün mü?" sorusu sorularak intihar planının öğrenilmesi, 4.Bireyin intihar girişimi için risk faktörlerinin değerlendirilmesi, 5.Bireyin intihar açısından sık sık gözlenmesi,	Hasta kendine zarar verici herhangi bir eylemde bulunmadı. İntihar ile ilgili düşüncelerinin azaldığı belirlendi.

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Etkisiz Bireysel Baş Etme	Baş etmek için kaynakları kullanmada yetersizlik, stresörleri gerçekçi anlamlandırmada yetersizlik.	Kendisine ilişkin olumsuz şemalar olması	Mevcut uygunsuz baş etme davranışlarını bilmesi ve tanımlaması, kişinin güçlü yönlerini tanıması ve etkili baş etme yöntemleri edinebilmesi	1.Birey için terapötik bir çevrenin oluşturulması, 2. Bireyin intihar açısından sık sık gözlenmesi, 3. Birey ile mümkünse her gün aynı sağlık personelinin çalışması, 4.Bireyle iletişim kurulurken açık ve yalın ifadelerin kullanılması 5.Bireye kısa cevaplı sorular sorulması,	Bireyin klinik içinde basit problemlerle baş etmede zorlanmadığı gözlendi.

8. Sağlık ekibi hastanın intihar riskini değerlendirmeli ve riskin düzeyine göre uygun tedavi ve bakım planı yapmalıdır. Bu nedenle hastaya intihar düşüncesini sorgulayacak direkt sorular yönlendirilmelidir. Hastaya intiharla ilgili sorular sormak onu intihara yönlendirmez. Hastanın bu konuda yardıma açıklığını göstermektedir. İntihar riski olan hastanın davranışları tüm ekip tarafından gözlenmeli ve bütün ekip bilgilendirilmelidir.

9. Öz kıyım riski olan hastalarda hemşirelik girişimleri gere şunladır:
- ❖ Yasaklanan objeler hakkında ziyaretçiler bilgilendirilecek,
- ❖ Öz kıyım açısından güvenli bir çevrenin oluşturulması,
- ❖ Hasta yakından gözlenecek,
- ❖ Yemek yenilen alanın iyi gözlenmesi ve denetlenmesi,
- ❖ Oral ilaçlar verildikten sonra tüm ilaçların yutulup yutulmadığının kontrolünün yapılması,
- ❖ Kişinin intihar etme riski ekip üyeleriyle paylaşılacak,
- ❖ Bireyin servis dışına çıkma durumu hekim istemi doğrultusunda sağlanarak bir sağlık personelinin eşlik etmesinin sağlanması,
- ❖ Bireyin öfkesini uygun şekilde ifade edebilmesi için desteklenecek,
- ❖ Tedavisini planlama ve ilerlemelerini değerlendirmeye bireyin katılımı sağlanacak.

10. Hastaya hemşire olarak verilebilecek eğitimlerden örnekler verilmiştir.
- o Stresle bas etme teknikleri
- o Gevşeme ve solunum egzersizleri
- o Kişisel bakım ve hijyen
- o Akılcı ilaç kullanımı

SONUÇ

Küresel bir sağlık sorunu olan depresyon bireylerin yaşam kalitesini azaltırken, iş gücü kayıplarına neden olmaktadır. Bu bağlamda tüm dünyayı etkileyen majör depresyon psikiyatri hemşireleri açısından önemle ele alınması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatri hemşireleri gerek tedavi gerek psikoeğitimsel girişimler yaparak bireylerin tedavilerinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Ayrıca psikiyatri hemşireleri toplum ruh sağlığının depresyon açısından korunması, geliştirilmesi ve rehabilite edilmesinde de oldukça önemli roller üstlenmektedir. Bu bağlamda psikiyatri hemşirelerine terapi ve eğitimsel girişimler için gereken yetkinlikleri kazandırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 91-112.

Athanasos, P. (2017). Mood Disorders. In: Evans K, Nizette D, O'Brien A, eds. Psychiatric and Mental Health Nursing. 4th ed. Australia: Elsevier; p: 914-962

Çalışkan, B.B. ve Gürhan, N. (2019). Majör depresyon tanılı bir olgunun Peplau'nun kişilerarasi ilişkiler teorisi doğrultusunda hemşirelik bakımı olarak ele alınması: Olgu sunumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 35(3) , 163-171.

Dağcı, M. (2019). Türkiye'de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmaları: Sistematik inceleme. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9, 929-943.

Durisko, Z., Mulsant, B.H., Andrews, P.W. (2015). An adaptationist perspective on the etiology of depression. J Affect Disord., 172, 315-323.

Ediz, Ç., Kavak Budak, F. (2023). Effects of psychosocial support-based psychoeducation for Turkish pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support: a randomized controlled study. Rural and Remote Health, 23(3), 1-13. https://doi.org/10.22605/RRH7553

Ertekin Pınar, Ş. ve Tel, H. (2012). Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3(2), 86-91.

Katı, M., & Karaaziz, M. (2023). Majör Depresyon Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu. Sosyal, Beşeri Ve İdari Bilimler Dergisi, 6(8), 1006–1017. https://doi.org/10.26677/ TR1010.2023.1264

Moieni, M., Irwin, MR., Jevtic, I., Olmstead, R., Breen, EC., Eisenberger, NI. (2015). Sex differences in depressive and socioemotional responses to an inflammatory challenge: implications for sex differences in depression. Neuropsychopharmacology. 40, 1709-1716.

Salık, S., Çakmak, S., & Uğuz, Ş. (2019). Tedavi almamış major depresyon hastalarında erken dönemde bilişsel işlevler.

Videbeck, SL. (2020). Mood Disorders and Suicide. In: Videbeck SL, ed. Psychiatric-Mental Health Nursing. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p: 652-742.

Townsend, MC., Morgan, KI. (2018). Depressive Disorders. In: Townsend MC, Morgan KI, eds. Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice. 9th ed. Philadelphia: FA Davis Company; p: 494-527. 55.

Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: Bireyselleştirilmiş bakım. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1), 46-59.

Townsend, MC.(2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları Çeviren: Ançel G. Depresif Bozukluklar. 6. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; s: 378-423.

Türen, S., Atakoğlu, R., Kıvanç M.M. ve Gül, A. (2019). Hemşirelikte kuram ve modele dayalı lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11, 202-216.

Yeşilçınar, İ., Yanık, D. (2023). Doğum yapan ve yapmayan kadınlarda premenstrual sendrom ve mental iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 6(2), 290-298. DOI:10.38108/ouhcd.1122220

BÖLÜM 14

NARSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Saliha Esra ERYILMAZ[1]

Dr. Öğr. Üyesi Şafak AYDİN[2]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431326

[1]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Uşak, Türkiye,saliha.eryilmaz@usak.edu.tr,
ORCID ID: 0000-0002-1515-944X
[2]Kafkas Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Bölümü, Kars, safakaydin1103@hotmail.com
ORCID ID: 0000-0001-8871-7652

GİRİŞ

Türkçe karşılığı “Özseverlik” olan "Narsisizm" teriminin ortaya çıkışı, antik Yunan mitolojisine dayanmaktadır. Mitolojik bir karakter olan Narcissus, yansımasını gördüğü bir gölette kendisine aşık olan ve bu imkansız aşkın sonucunda ölen genç bir adamdır. Bu hikaye, narsistik kişilik bozukluğunun sembolü haline gelmiştir (Karaaziz ve Atak, 2013). Ellis narsisizmi ilk defa psikolojik bir kavram olarak ortaya atan ve “Narcissus” mitini kullanan kuramcıdır. Bu kavramı kişinin kendi cinsel bedeniyle meşgul olması ve kendisine hayran olması şeklinde tanımlamıştır (Yakeley, 2018). Daha sonra Sigmund Freud'un çalışmalarıyla narsisizm kavramı daha çok dikkat çekmeye başlamıştır. Freud, "narsistik kişilik" terimini, sağlıklı bir psikolojik gelişim süreci için bireyin enerjisinin ve ilgisinin kendi benliğine yoğunlaştığı, kendisini keşfetmesi ve kabul etmesi gereken bir aşama olarak açıklamıştır (Caligor ve ark., 2015). Ancak, modern psikolojide narsisizm, sadece bu narsistik aşamayı ifade etmekle kalmaz, aynı zamanda narsistik kişilik bozukluğunu tanımlamak için de kullanılır (Ronningstam, 2022). Her insan bir dereceye kadar kendisine âşıktır ve diğer insanlar tarafından sevilme, beğenilme, takdir edilme gibi narsistik gereksinimleri vardır. Bu konuda diğerlerinin de kendisine hak ettiğini vermesini bekler (Karaaziz ve Atak, 2013). Ancak benliğe duyulan ilgi ve verilen önemin, psikiyatrik tedavi gerektirecek şekilde yoğunlaşması, bir kişilik bozukluğu olarak patolojik narsisizmi ortaya çıkarmaktadır (Cohen ve Faraji, 2022).

Narsistik kişilik bozukluğu (NKB), “kişinin kendisini aşırı bir şekilde önemseme, sürekli başkalarının onayını arama, empati eksikliği ve yüzeysel ilişkiler kurma eğilimi” gibi özelliklerle karakterize edilen bir kişilik bozukluğu türüdür (Ronningstam, 2022).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) üç kümede toplam on özgül kişilik bozukluğu tanımlamaktadır. Bunlardan birisi olan Narsistik (özsever) kişilik bozukluğu (NKB), dramatik veya değişken ilişki ve davranış örüntüleri ile karakterize olan B kümesi kişilik bozuklukları içinde yer almaktadır (APA, 2014). DSM-5’te belirtilen narsistik kişilik bozukluğu tanı kriterleri arasında;

Büyüklenme, kendini aşırı önemseme duygusu, beğenilme ihtiyacı, erken yetişkinlikte başlayan ve çeşitli bağlamlarda ortaya çıkan empati eksikliği, sınırsız başarı fantezileri ile meşgul olma, özel olduklarına inanma, aşırı hayranlık bekleme, yetki duygusuna sahip olma, kişiler arası ilişkilerde sömürücü olma, başkalarını kıskanma, kibirli davranış veya tutumlar

sergileme yer alır. (APA, 2014). Tanı koymak için bu belirtilerden beş veya daha fazlasının bulunması gerekmektedir

Epidemiyoloji: NKB, diğer kişilik bozukluklarıyla karşılaştırıldığında en az araştırılan kişilik bozukluklarından biridir. Prevalansı teşhis eksikliğinden dolayı yeterince tanımlanamamıştır (Caligor ve ark., 2015). Ancak genel popülasyonda görülme sıklığının %2-%6 civarında olduğu tahmin edilmektedir (Eren 2010). Klinik örneklerdeki prevalansın %1 ile %17 arasında değiştiği belirtilmiştir (Ronningstam, 2009). Genellikle depresyon nedeniyle hastane yatışı yapılmaktadır (Ergün, 2021). Risk faktörleri arasında erkek cinsiyet, genç yaş ve bekar medeni durum yer almaktadır (Stinson ve ark., 2008, Caligor ve ark. 2015). Narsistik eğilimlerin erkeklerde kadınlara oranla daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Aslan ve ark., 2016). Ayrıca, kardeş sayısının azalmasıyla birlikte narsistik eğilimlerde artış gözlemlenmiştir. Öte yandan, anne babası ayrı olan ergenlerin narsistik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Karakuş, 2017).

Komorbid bozukluklar: Depresyon ve distimi narsistik kişilik bozukluğu ile komorbid görülen en yaygın ruhsal bozukluklardır. Ayrıca alkol ve madde bağımlılığı, anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu ile de komorbid görülebilmektedir (Stinson ve ark., 2008; Bağcı Taylan ve ark., 2019). NKB tanısı alan kişilerde madde bağımlılığının %40.6, anksiyete bozukluklarının %40 (Stinson ve ark., 2008, Quirk ve ark., 2015) ve depresif bozukluğun %42-50 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir (Ronningstam, 2011). NKB olan bireyler hem açık hem gizli öfke reaksiyonları gösterirler (Green ve Carles, 2019). Sözel ve fiziksel saldırganlığa eğilimleri vardır. Narsistik patolojinin ciddiyeti arttıkça kişinin kendisine ve başkalarına yönelik saldırganlık davranışı daha belirgin hale gelir ve kişilerarası işlevsellikte bozulma görülür (Caligor, 2015). Bu bozukluğa sahip kişiler öfke ve çaresizliğe kapıldığında intihar eyleminde bulunabilirler. Bu hastalarda intihar girişimi diğer kişilik bozukluklarına göre daha az dürtüseldir ve daha yüksek oranda ölümcül olabilmektedir (Blasco-Fontecilla ve ark., 2009).

Narsistik kişilik bozukluğu en sık antisosyal, histrionik, borderline ve şizotipal kişilik bozuklukları ile birlikte ortaya çıkabilmektedir (Levy ve ark., 2009). Bu kişilik bozukluklarının empati eksikliği ve başkalarının dikkatini çekme isteği gibi örtüşen semptomları vardır ve bu da NKB teşhisini ayırt etmeyi zorlaştırır. Gizli NKB semptomları olan bireylerde ana belirti olarak anksiyete ve/veya depresyon görülebilir (Levy ve ark., 2009).

Etiyoloji: Psikodinamik kurama göre çocukluk çağında yaşanan başarısızlık, korku, eleştiri, aşağılanma, ebeveyn yokluğu veya ihmal gibi durumlar bağımlılık gereksinimlerinin oluşmasına sebep olmaktadır. Bu bireyler derin yetersizlik ve boşluk duygusunu gizlemek için büyüklenmeci bir imaj sergileyebilirler (Ergün, 2021).

Ayrıca narsistik kişilik bozukluğu olan bireylerin ailelerinin narsistik eğilimlerinin olması, mükemmelliyetçi, eleştirici, talepkar olmaları, çocuklar üzerinde gerçekdışı beklentiler oluşmasına neden olabilir ve çocuklar ebeveynlerinin davranışlarını rol model olarak alabilirler (Townsend, 2016)

Tedavi: Narsistik Kişilik Bozukluğu genellikle tedavisi zor bir kişilik bozukluğu olarak kabul edilir. Hastaların tedaviye başvurma olasılığı nadirdir (Kramer ve ark., 2014). Bu hastalar genelde akut yaşam krizi, anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı ve psikosomatik bozukluklar gibi komorbid sorunlar veya intihar girişimi nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmakta, NKB ile ilgili kişilik özellikleri ve kişilerarası işlevsellik ile ilgili sorunların farkında olmadan yardım aramaktadırlar (Scrandis, 2020, Weinberg ve Ronningstam, 2022).

Narsistik kişilik bozukluğunun tedavisinde etkinliği kanıtlanmış psikofarmakolojik bir yöntem bulunmamaktadır. Ancak psikofarmakolojik tedavi komorbid ruhsal bozuklukların tedavisinde faydalı olabilmektedir (Ronningstam ve Weinberg, 2013). Depresyon ve anksiyete varlığında seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanılmaktadır. Duygudurum düzenlemesi ve dürtü kontrolü için risperidon veya lamotrijin gibi duygudurum dengeleyiciler kullanılabilir (Scrandis, 2020).

Kişilik bozukluklarının tedavisinde terapiler önemli yer tutmaktadır. Psikanalitik/psikodinamik terapi NKB'nun tedavisinde en yaygın kullanılan terapi türüdür (Kansu 2022). Şema odaklı terapi (Seavey ve Moore, 2012), aktarım odaklı terapi (Diamond ve ark., 2021), bilişsel davranışçı terapi (Beck ve ark. 2015), meta-bilişsel terapi (Dimaggio ve Attina, 2012) yararlanılan diğer terapi türleri olarak sıralanabilir. Benzer şekilde, grup terapisi ve çift terapisi de özellikle kişilik işlevlerine ve yaşam koşullarına bağlı olarak bazı hastalar için yararlı olabilir (Ronningstam ve Weinberg, 2013)

Hemşireler, kişilik bozukluğu olan hastalarla çeşitli birimlerde karşılaşmaktadırlar. Özellikle yataklı servislerde bu hastalarla devamlı iletişim içerisinde olmak beraberinde birçok güçlüğü getirmektedir. Psikiyatri hemşireleri kişilik bozukluğu olan hastaların tedavisinde temel psikiyatri

hemşireliği uygulamaları, destekleyici terapötik uygulama ve psikoterapi uygulamalarını beraber yürütebilir. Narsistik kişilik bozukluğu olan hastaya sunulacak hemşirelik bakımının amacı hastanın duygusal ihtiyaçlarını anlamak, toplumsal ve kişisel ilişkilerini geliştirmesine ve hastanın daha sağlıklı bir benlik algısı oluşturmasına destek olmaktır.

VAKA

Bay H 42 yaşında özel bir şirkette mühendis olarak çalışmakta evli ve 2 çocuk babasıdır. Eşiyle yaşadığı şiddetli geçimsizlik nedeniyle ayrı yaşayan ve boşanma davası devam eden Bay H iş yerinde yaşadığı birtakım problemler sonucunda ilaç içerek intihar girişiminde bulunmuştur. Acil servise getirilen Bay H için acil müdahaleden sonra psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. Görüşme sırasında Bay H, iyi bir şirkette ekip lideri olarak çalıştığını, işinde çok başarılı olduğunu, herkesin onu kıskandığını, aslında üst düzey yöneticiliğe terfi etmesi gerektiğini ancak onu çekemeyen kişilerin bunu engellediğini söylemiştir. Eşiyle olan ilişkisini "Eşim ilk evlendiğimiz zamanlarda benden korkuyordu, beni kaybetmek istemiyordu, yaşanan tartışmalardan sonra onu terketmemem için bana yalvarıyordu ancak geçen 8 yıldan sonra artık eskisi gibi bana itaat etmemeye başladı, birkaç kez evi terketti, bir süre dönmedi, döndükten sonra da değişti, sürekli karşılık vermeye başladı ve tartışmalar böyle uzayıp gitti" şeklinde ifade etmiştir. Bunun için eşinin ailesini suçlamış kızlarına sahip çıkmalarının yanlış olduğunu, kadının yerinin kocasının yanı olduğunu, bir evlilikteki en büyük sorumluluğun kadına ait olduğunu, kadınların erkekleri idare etmeyi bilmeleri gerektiğini söylemiştir. Eşiyle anlaşamama nedenleri sorulduğunda ev işleriyle yeteri kadar ilgilenmediğini, işe gitmesinin ve çocuklara bakmasının bunun için geçerli bir sebep olmadığını, annesinin de gençliğinde çalıştığını bunun yanında hem çocuk baktığını hem de aşırı titiz olduğunu, eşinin de her şeyi yetiştirmesi gerektiğini belirtmiştir. Eşiyle olan tartışmaların şiddeti sorulduğunda "Beni çok sinirlendirdiğinde kendimi tutamayıp vurduğum oldu. Ancak bu ayrılmayı gerektirecek bir sebep değil. Her gün dayak yiyen kadınlar var. Yaptığımın doğru olduğunu savunmuyorum ama tek suçlu ben değilim. Yapana değil yaptırana bakacaksın. Üstelik benim gibi birisiyle evlendiği için şükretmesi lazım ben Türkiye'nin en iyi üniversitesinden ikincilikle mezun oldum." şeklinde ifade etmiştir. Babası ve annesi emekli memur olan bay H'nin kendisinden 5 yaş büyük abisi bulunmaktadır. Abisiyle pek geçinemediklerini annesi çalıştığı için kendisini 2 yaşına kadar teyzesine bıraktıklarını belirtmiştir**.** Abisinin babası üzerinde çok etkisinin

bulunduğunu, aileyi onun yönettiğini, takdir edilenin hep abisi olduğunu düşünmektedir**.** Ailesinin abisinin isteklerine ve ihtiyaçlarına göre hayatlarını düzenlediklerini, kendisini ise görmezden geldiklerini belirtmiştir. Bu durumun onu güçlendirdiğini erken yaştan beri ayakları üzerinde durmayı öğrendiğini ifade etmiştir. Babasının sinirli bir yapıya sahip olduğunu annesinin onu idare ettiğini herşeyi alttan aldığını belirtmiştir. 1 senedir yalnız yaşayan H bey kızının kendisiyle görüşmek istemediğini söylemiştir, eşinin onu etkilediğini ve kendisini kötülediğini düşünmektedir. Çalıştığı şirkette bir kadın çalışanla yaşadığı problem sonucunda şikayet edilmiş ve pozisyonu elinden alınmıştır. Bunun sonucunda ilaç içerek intihar girişiminde bulunmuştur. Kendisini çok mutsuz ve boşlukta hissettiğini, her şeyin kötü gittiğini, kimseyle görüşmek istemediğini, iştahının ve uyku düzeninin çok bozulduğunu, kalbinin sıkıştığını, rahat nefes alamadığını, duvarların üzerine geldiğini ve yaşamak istemediğini belirtmiştir. Hastanın psikiyatri servisine yatışı yapılmıştır.

Bay H için farmakolojik ve psikoterapötik müdahale planı düzenlenmiştir. Doktoru 1x50 gr Lustral reçete etmiştir. H bey ilk gün klinikte yapılan günaydın toplantısına katılmak istememiş, önce çekimser davranmış, sonra kendisini tanıtması istendiğinde uzun uzun ne kadar önemli biri olduğunu anlatmıştır. Söz hakkı başka birine verildiğinde sinirlenmiş, daha söyleyeceklerinin bitmediğini ifade etmiştir. Sonraki günaydın sohbetinde sık sık hastaların sözünü kesmiş ve onlara nasıl davranmaları gerektiği konusunda tavsiyelerde bulunmuştur. Bu konuda uyarıldığında sinirlenmiş ve bir daha toplantılara katılmayacağını, oraya ait olmadığını, kimseyi görmek istemediğini, doktorunun onu ihmal ettiğini, ilaçların da bir işe yaramadığını söylemiştir. Odası yeteri kadar aydınlık olmadığı için bahçeye bakan odaya geçmek istemiş, odaların dolu olduğu söylenince hemşireyi başhekime şikayet edeceğini yemekleri de zaten beğenmediğini, hemşirelerin ona hak ettiği ilgiyi göstermediklerini bu yüzden daha fazla burada kalmak istemediğini belirtmiştir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bay H'nin tanısı nedir?
2. Bay H'nin tedavisinde kullanılan "Lustral" hangi ilaç grubunda yer almaktadır?
3. Bay H'ye konulabilecek hemşirelik tanıları nelerdir?
4. "Sosyal etkileşimde bozulma" yaşayan narsistik bireye uygulanabilecek hemşirelik girişimleri nelerdir?

5. Narsistik kişilik bozukluğu olan hastanın bakımında hemşirenin karşılaşabileceği zorluklar nelerdir?

6. Narsistik kişilik bozukluğu olan hastanın bakımında hemşirenin dikkat etmesi gereken noktalar nelerdir?

Vaka Sorularının Cevapları

1. Narsistik Kişilik Bozukluğu

2. Lustral antidepresan ilaç grubundan SSRI (Selektif Seratonin Geri Alım İnhibitörleri) ilaç grubunda yer almaktadır.

3. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları aşağıda verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri arttırılabilir

- ✓ Suicid riski
- ✓ Sosyal etkileşimde bozulma
- ✓ Etkisiz bireysel baş etme
- ✓ Etkisiz inkar
- ✓ Kendisine ve çevresine zarar verme riski
- ✓ Benlik saygısında bozulma
- ✓ Tedavi rejimine uyumda bozulma
- ✓ Anksiyete
- ✓ Uyku örüntüsünde bozulma

4. Sosyal etkileşimde bozulma hemşirelik tanısı için uygulanabilecek hemşirelik girişimleri:

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Sosyal Etkileşimde Bozulma	Klinikteki hastalarla ve sağlık çalışanlarıyla çatışma yaşaması, aile ve iş ilişkilerinde problemler	Narsistik kişilik özelliklerine (Öfkeli olması, büyüklenmeci tavır, empati eksikliği)	Kısa dönem: klinikteki diğer hastalarla günaydın, merhaba vb iletişim ifadelerini	Duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir. Böylece kendisini rahatlamış ve güvende hissedecektir Birey ile güvene	Hasta klinikte çalışanlarla ve hastalarla iletişim kurmaya başlamıştır Hasta sorun oluşturan davranışlarını farketmeye başlamıştır.

	yaşadığını belirtmesi, çevresindeki insanların kaçınma davranışı göstermesi	bağlı	kullanması Uzun dönem: sorun çıkaran davranışların etkilerini farketmesi, sosyal etkileşimi bozacak davranışları yapıcı davranışlarla değiştirmesi, etkili sosyalizasyonu sağlamada stratejiler geliştirmesi	dayalı bir ilişki geliştirilmelidir Bireyin uygunsuz davranışlarını tanıması sağlanmalıdır Bu davranışların sebep olduğu olumsuz sonuçları farketmesi için destek olunmalıdır Bireyin kabullenilmesi benlik saygısını arttıracağı için davranışlarını değil ama kendisinin kabul edildiğini belirten ifadeler kullanılmalıdır Diğer bireylerle iletişim kurması konusunda teşvik edilmelidir İlişkilerini olumlu yönde yürütebilmesi için kabul görebilecek uygun davranışlar (selamlama,	Öfkesini kontrol altına alma ve sağlıklı ilişkiler kurma konusunda girişimlerde bulunmuştur

				önemseme vb) konusunda rol model olunmalıdır Uygun davranışları için olumlu geri bildirimler verilerek benlik saygısı arttırılmalıdır	

5. Narsistik kişilik bozukluğu olan hastaya bakım veren hemşireler bir takım zorluklarla karşılaşmaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır.

- ✓ Narsistik kişilik bozukluğu olan bazı hastalar, kendi sorunlarını kabul etmekte zorlanabilirler ve tedaviyi reddedebilirler. Bu durum, tedavi sürecini zorlaştırabilir.
- ✓ Narsistik hastalarda empati eksikliğinin olması başkalarının duygusal ihtiyaçlarına ve hislerine yeterince önem vermelerini engeller. Bu durum sağlık çalışanlarıyla ve klinikteki hastalarla çatışmalar yaşanmasına neden olabilir.
- ✓ Narsistik bireyler, genellikle kendi ihtiyaçlarına ve isteklerine öncelik verilmesini isteyebilirler ve hemşireleri kendi çıkarları doğrultusunda yönlendirmeye çalışabilirler
- ✓ Narsistik bireyler, sürekli olarak dikkat ve övgü arayışı içerisinde olabilirler
- ✓ Hızlı duygu değişimleri ve öfke patlamaları yaşayabilirler, saldırganlık gösterebilirler. Bu durum kliniğin düzeninin bozulmasına neden olabilir.
- ✓ Narsistik kişilik bozukluğu olan hastalar, eleştirilere karşı aşırı duyarlı olabilirler.
- ✓ Narsistik hastalar sınırları aşma eğiliminde olabilirler.
- ✓ Narsistik hastalar, sağlık çalışanlarına, çevreye ve kendilerine zarar verici, katı, sınırları zorlayan, manipülatif davranışlar sergileyebilir, hemşireleri manipüle etme eğiliminde olabilirler. Bu durum hemşirelerin işlerini sürdürmelerini zorlaştırabilir.

- ✓ Derhal doyurulmayı bekleyen yoğun ilgi gereksinimleri olabilir
- ✓ **6.** Narsistik kişilik bozukluğu olan hastaların ihtiyaçlarını ve davranışlarını anlamak ve etkili bir şekilde yönetmek için hemşirelerin dikkat etmesi gerekenler aşağıda sıralanmıştır.
- ✓ Hemşireler, hastaları tedavi planlarına ve bakım sürecine daha fazla katılmaya teşvik etmeli, bunun için tedavi süreci ve seçenekleri hakkında bilgilendirmeli ve mümkünse hastaya seçim yapma fırsatı sunmalıdır.
- ✓ Hemşireler, narsistik hastaların olumlu davranışlarını onaylamalı ve teşvik etmelidir, ancak bunu yaparken aşırı övgüden kaçınmalıdır.
- ✓ Hemşireler, hastaların manipülatif davranışlarını tanımalı ve buna karşı dikkatli olmalıdır.
- ✓ Hemşireler, hastalarla arasına sınır koymayı bilmeli ve bu sınırlara saygı gösterilmesini sağlamaya çalışmalıdır .
- ✓ Hastalara empati göstermek önemlidir. Hemşire sakin ve anlayışlı bir tutum ile hastanın kendini ifade etmesini sağlamalı ve duygularını anlamaya çalışmalıdır.
- ✓ Hemşireler narsistik hastaları eleştirme konusunda dikkatli olmalı, yargılayıcı bir tutum sergilememeli ve hastaların duygusal tepkileriyle başa çıkmak için hassasiyet göstermelidir.
- ✓ Hastanın narsistik yaklaşımlarına karşı savunmaya geçilmemelidir. Birey, kendilik algısını gerçekçi yönde geliştirmesi için desteklenmelidir
- ✓ Hastaların servisteki bireylerle ilişkileri gözlemlenmeli ve zarar verici davranışları sınırlandırılmalıdır
- ✓ Hastalardaki depresif ve psikotik belirtiler gözlemlenmeli, kendine zarar verici davranışları konusunda dikkatli olunmalıdır.

SONUÇ

Narsistik kişilik bozukluğu, bireyin benlik algısının aşırı büyüklüğü, empati eksikliği, başkalarını manipüle etme isteği ve sürekli takdir edilme ihtiyacı gibi belirgin özelliklere sahip karmaşık bir psikiyatrik durumdur**.** Narsistik kişilik bozukluğu olan hastaların bakımında psikiyatri hemşireleri, bireyin özel ihtiyaçlarını anlamada, tedavi planını yönetmede ve hastanın genel yaşam kalitesini artırmada kilit rol oynar. Bu hastalarla çalışmak, özel bir duyarlılık ve profesyonellik gerektirir ve bu noktada hemşirelerin katılımı, hasta bakım sürecinin başarılı bir şekilde yönetilmesinde önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 91-112.

Aslan, M., Mert, H.Ş ve Yıldız, M. (2016). Narsistik kişilik ile affedicilik arasındaki ilişkinin incelenmesi. *2. Uluslararası Çin'den Adriyatik'e Sosyal Bilimler Kongresi*, 147-153.

Bağcı Taylan, Ş., Nas, İ., Ediz, Ç. (2019). Sağlıklı yaşam seminerine katılan öğrencilerin madde bağımlılığı ile ilgili farkındalıkları. Bağımlılık Dergisi, 20(4), 197-205.

Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). Cognitive therapy for personality disorders. New York, NY: Guilford Press

Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M. M., Lopez-Castroman, J., Saiz-Ruiz, J., & Oquendo, M. A. (2009). Specific features of suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *70*(11), 19890.

Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry*, *172*(5), 415-422.

Cohen, Z. P., & Faraji, H. (2022). Narsistik Kişilik Bozukluğu Psikoterapisinde Aktarım ve Karşı Aktarımın İncelenmesi: Bir Gözden Geçirme. *Muhakeme Dergisi*, *5*(2), 41-55.

Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2021). Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy. *Guilford Publications*.

Dimaggio, G., & Attina, G. (2012). Metacognitive interpersonal therapy for NPD and associ- ated perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 922–934.

Eren, N. (2010). Kişilik bozuklukları ve hemşirelik girişimleri-Bölüm I. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *1*(1), 33-38.

Ergün, G. (2021). Kişilik Bozuklukları. In: Çam O, Engin E, eds. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 3 st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; p: 462-490.

Green, A., & Charles, K. (2019). Voicing the victims of narcissistic partners: A qualitative analysis of responses to narcissistic injury and self-esteem regulation. *Sage Open*, *9*(2), 2158244019846693.

Kansu, N. K. Y. A. F. (2022). Narsistik Kişilik Bozukluğunun Tedavisinde Psikodinamik Terapi. *Sciences (JOSHAS JOURNAL), 8*(55).

Karaaziz, M., & Atak, İ. E. (2013). Narsisizm ve narsisizmle ilgili araştirmalar üzerine bir gözden geçirme. *Nesne Psikoloji Dergisi*, *1*(2), 44-59.

Karakuş, Ç. (2017). Lise öğrencileerinde psikolojik savunmalar açısından narsisizm ve benlik saygısının karşılaştırılması. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kramer, U., Berthoud, L., Keller, S., & Caspar, F. (2014). Motive-oriented psychotherapeutic relationship facing a patient presenting with narcissistic personality disorder: A case study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *44*, 71-82.

Levy, K. N., Chauhan, P., Clarkin, J. F., Wasserman, R. H., & Reynoso, J. S. (2009). Narcissistic pathology: Empirical approaches. *Psychiatric Annals*, *39*(4).

Quirk, SE., El-Gabalawy, R., Brennan, SL., et al. (2015). Personality disorders and physical comorbidities in adults from the United States: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50:807–20

Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric annals*, *39*(3).

Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice®*, *17*(2), 89-99.

Ronningstam, E. (2022). Narcissistic personality disorder. In S. K. Huprich (Ed.), *Personality disorders and pathology: Integrating clinical assessment and practice in the DSM-5 and ICD-11 era* (pp. 375–389). American Psychological Association.

Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2013). Narcissistic personality disorder: progress in recognition and treatment. *Focus*, *11*(2), 167-177.

Scrandis, D. A. (2020). Narcissistic personality disorder: Challenges and therapeutic alliance in primary care. *The Nurse Practitioner*, *45*(5), 13-15.

Seavey, A., & Moore, T. M. (2012). Schema-focused therapy for major depressive disorder and personality disorder: A case study. *Clinical Case Studies*, 11(6), 457–473.

Stinson, FS., Dawson, DA., Goldstein, RB. et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions J Clin Psychiatry, 69:1033–1045

Townsend, MC. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları Çeviren: Ançel G. Depresif Bozukluklar. 6. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; s: 378-423.

Weinberg, I., & Ronningstam, E. (2022). Narcissistic personality disorder: Progress in understanding and treatment. *Focus*, *20*(4), 368-377.

Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *BJPsych advances*, *24*(5), 305-315.

BÖLÜM 15

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Şafak AYDİN[1]

Öğr. Gör. Saliha Esra ERYILMAZ[2]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431331

[1] Kafkas Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Bölümü, Kars, safakaydin1103@hotmail.com
ORCID ID: 0000-0001-8871-7652
[2]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Uşak, Türkiye
saliha.eryilmaz@usak.edu.tr,
ORCID ID: 0000-0002-1515-944X

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB); obsesyon ve kompulsiyonların görüldüğü bir psikiyatrik bozukluktur. Obsesyonlar kişinin zihninde gelişir ve kişilerde yoğun kaygı ve huzursuzluk oluşturur bunun sonucunda kişi bu huzursuzluğu azaltmak amacıyla zihinsel ya da davranışsal kompulsiyonları gerçekleştirir. OKB, mantığa uygun olmadığı kişi tarafından bilinmesine rağmen istem dışı gerçekleşen ve denetimi sağlanamayan tekrarlı şeklinde kişinin zihnini uğraştıran takıntılı düşüncelerle (obsesyonlar), bu düşüncelerin neden olduğu huzursuzluk ve kaygıdan kurtulmak amacıyla kişinin bazı davranış örüntülerini (kompulsiyonlar) tekrarlaması şeklinde süre giden bir takıntı bozukluğudur (Bağcı Taylan ve ark., 2019; Gümüş ve Alver, 2020; Pampaloni ve ark., 2022; Yanık ve Arslan, 2023). OKB hastalarında sık görülen obsesyonlar arasında; bulaşma/ kirlenme endişesi, şiddet/ saldırganlık dürtüsü ve kendine veya başkalarına zarar verme endişesi, simetri ile ilgili endişeler, cinsellik ve şüphe düşünceleri vardır. Sık görülen kompulsiyonlar arasında ise; el yıkama ve diğer temizlenme davranışları, kontrol etme, sıralama veya sayma, dokunma ve düzenleme yer almaktadır. OKB si olan birçok hastanın çoğul obsesyon ve kompulsiyonları olduğu görülmektedir (Stein et al., 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya çapında bireye zarar veren tıbbi hastalıkların ilk on sıralamasında OKB yer almaktadır (Pampaloni ve ark., 2022). Hastalığın kimi zaman pik yaptığı kimi zaman normal seyirli olduğu ve kronik bir seyir gösterdiği bilinmektedir. Türkiye'de OKB üzerine yapılan bazı çalışmaların geneline bakıldığında yayınlığının %0.5 ile 3 arasında olduğunu görülmektedir (Ergüney Okumuş ve ark., 2019). OKB, her yaş grubundaki bireylerde ortaya çıkabileceği gibi ortalama olarak 21 yaş dolaylarında başladığı görülmektedir. Bu bozukluk bireylerin hayatını sosyal, mesleki ve akademik alanda büyük oranda etkilemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

OKB'nin Etiyolojisi

OKB'nin kesin nedenleri bilinmemekle birlikte, çeşitli risk faktörleri bu bozukluğun gelişme olasılığını artırmaktadır.

- **Genetik:** Araştırmalar, OKB'li birinci derece akrabaya (ebeveyn veya kardeş) sahip olmanın, bu bozukluğu geliştirme şansının artmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bilim insanları kesin olarak OKB'ye yol açan herhangi bir gen veya gen kümesini tespit

edememiştir ancak genetik ile OKB arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalar devam etmektedir. Aileler ve ikiz durumları üzerinde yapılan çalışmaların sonuçları, kalıtımın OKB üzerinde %30- %50 oranında etkinliği olduğunu göstermektedir.

- **Biyoloji:** Beyin görüntüleme çalışmaları, OKB'si olan kişilerin beynin frontal korteks ve subkortikal yapılarında, yani beynin davranış ve duygusal tepkileri kontrol etme yeteneğini etkileyen alanlarında farklılıklar olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar ayrıca çeşitli beyin bölgelerinin, beyin ağlarının ve biyolojik süreçlerin obsesif düşüncelerde, kompülsif davranışlarda ve bunlarla ilişkili korku ve kaygıda anahtar rol oynadığını bulmuşlardır. OKB semptomları ile beynin bölümleri arasındaki bağlantıyı daha iyi anlamak için araştırmalar devam etmektedir. Bu bilgi, araştırmacıların belirli beyin bölgelerini hedef alan tedavileri geliştirmelerine ve uyarlamalarına yardımcı olabilir.
- **Mizaç:** Bazı araştırmalar, çocukken daha çekingen davranışlar sergileyen, olumsuz duygular yaşayan, kaygı ve depresyon belirtileri gösteren kişilerin OKB geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuştur.
- **Çocukluk çağı travması:** Bazı çalışmalar çocukluk çağı travması ile obsesif kompulsif belirtiler arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Bu ilişkiyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bunun yanında bir yakının kayıbı, doğal afetler, travmatik boşanma ya da ayrılma durumu gibi kişinin hayatını önemli ölçüde etkileyebilecek yaşam olaylarının da hastalığı tetikleyebileceği düşünülmektedir (Stein et al., 2019; Taylor, 2015; Dykshoorn, 2014; Kring ve ark., 2019; Öztürk ve Uluşahin, 2020)

Tedavi

Tedavi birçok kişiye, hatta OKB'nin en şiddetli formlarına sahip olanlara bile yardımcı olmaktadır. Ruh sağlığı uzmanları OKB'yi ilaçlarla, psikoterapiyle veya tedavilerin bir kombinasyonuyla tedavi etmektedir. Bir ruh sağlığı uzmanı, hangi tedavi seçeneğinin hasta için en iyi olduğuna karar vermesine yardımcı olabilir ve her birinin yararlarını ve risklerini açıklayabilir.

Tedavi planını takip etmek önemlidir çünkü psikoterapi ve ilaçların işe yaraması biraz zaman alabilmektedir. OKB'nin kesin tedavisi olmasa da tedaviler insanların semptomlarını yönetmelerine, günlük aktivitelere katılmalarına ve dolu, aktif yaşamlar sürdürmelerine yardımcı olmaktadır (Hirschtritt ve ark., 2017; Çataloluk ve Karaaziz, 2023; Öztürk ve Uluşahin, 2020)

Psikoterapi

Psikoterapi, OKB'si olan yetişkinler ve çocuklar için etkili bir tedavidir. Araştırmalar, bilişsel davranışçı terapi ve diğer ilgili terapiler de dahil olmak üzere belirli psikoterapi türlerinin birçok insan için ilaç tedavisi kadar etkili olabileceğini göstermektedir. Psikoterapi ve ilaç beraber tedavi uygulandığında en etkili sonuç alınabilmektedir (Hirschtritt ve ark., 2017; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): BDT, insanların zararlı veya yanlış düşünme biçimlerini tanımalarına yardımcı olan ve böylece zorlu durumları daha net bir şekilde görüntüleyebilmelerine ve bunlara yanıt verebilmelerine yardımcı olan bir tür terapidir. BDT, insanların olumsuz düşünceleri sorgulamayı öğrenmelerine, bunların duygularını ve eylemlerini nasıl etkilediklerini belirlemelerine ve kendi kendini engelleyen davranış kalıplarını değiştirmelerine yardımcı olur. BDT iyi araştırılmıştır ve birçok insan için psikoterapinin “altın standardı” olarak kabul edilmektedir. BDT, OKB de dahil olmak üzere belirli zihinsel bozuklukların benzersiz özelliklerini tedavi edecek şekilde özelleştirildiğinde en iyi sonucu verir. Bu terapi yönteminde hastaya özel bir tedavi planı düzenlenir. Bireyin hastalık öyküsü üzerinden ilerlenir ve bu bozukluğun oluşmasında etkili olabilecek bazı durumlar tespit edilir bunlar; otomatik düşünceler, hazırlayıcı faktörler, kişinin baş etme stratejileri veya duygulardır. Sonrasında da bireyde bulunan bozukluğun oluşmasında etkili olan olumsuz durumlar üzerine konuşulur ve çeşitli yöntemlerle ortadan kaldırılmaya çalışılır burada temel amaç olumsuz kalıpların yerine olumlularını yerleştirmektir. BDT’nin sürecini genel olarak özetlemek gerekirse; bireye verilen terapi sürecinde, ev ödevleri vermek ve takibini izlemek, maruz bırakma ve tepki önleme çalışması yapmak, hatalı inançların tespiti ve yeniden yapılandırması, bozukluğun tekrarını önlemek şeklindedir. BDT uygulaması, en az serotonin geri alım inhibitörlerinin (serotonerjik ilaçlar) etkisi kadar tedavide verimlidir. Bilişsel davranışçı terapi süreci bozukluğun hafif olduğu vakalarda 13-20 seans arasında sürebilmekte iken bozukluğun daha ağır vakalarında ise farmakolojik tedavi ile birlikte

bütüncül tedavi yürütülmektedir (Hirschtritt ve ark., 2017; Çataloluk ve Karaaziz, 2023; Öztürk ve Uluşahin, 2020; Ruso, 2022)

- **Maruz Kalma ve Tepki Önleme Terapisi (Exposure and Response Prevention) (ERP):** Araştırmalar, belirli bir BDT türü olan ERP'nin, ilaca iyi yanıt vermeyen kişilerde bile kompulsif davranışları etkili bir şekilde azalttığını göstermektedir. Danışanlar, maruz kalma ve tepki önleme terapisi ile yavaş yavaş takıntılarını tetikleyen (kirli nesnelere dokunmak gibi) durumlara maruz bırakan ve tipik kompulsif davranışlarını (el yıkama gibi) yapmalarını engelleyen güvenli bir ortamda zaman geçirmektedirler. Örneğin, bu uygulamada temizlik obsesyonları olan danışanın kirli olarak nitelendirdiği bir nesneye teması ya da ortama girişi sağlanır sonrasında ellerini yıkaması, kendini temizlemesi önlenir. Bu yöntem OKB nedeniyle olan obsesyon ve kompulsiyonların azaltılmasında etkili bir yöntemdir. Bu terapi yöntemi başlangıçta kaygıya yol açarak tedaviyi erken bırakma riski oluştursa da çoğu kişide tedaviye devam ettikçe kompulsiyonlar azalır. (Ergüney Okumuş ve ark., 2019; Jacoby ve Abramowitz, 2016; Kring ve ark., 2019; Ruso, 2022)

İlaç Tedavisi

OKB tedavisinde ilaç tedavisinin önemli bütüncül katkıları olduğu görülmektedir. Depresif bozukluğun tedavisinde kullanılan beyindeki kimyasal bir verici olan serotonini hedef alan antidepresanlar, obsesif kompulsif bozuklukta etkin bir şekilde sıklıkla kullanılmaktadır. Antidepresanların en büyük kategorisi seçici serotonin geri alım inhibitörleridir (SSRI). OKB' de en etkili ilaç SSRI'lardır fakat yüksek dozlara çıkmamak gerekmektedir. Bireyde terapötik etkinin maksimum sağlanması için ilaç alımında 8-16 hafta kadar süre geçmesi gerekmektedir. İlaç kesildiğinde OKB semptomları geri döndüğü için standart tedavi etkin dozda en az 12-24 ay sürdürülmelidir. Hastanın anksiyete düzeyi yüksek olduğunda, benzodiazepin ilaç grubu da eklenmektedir (Kring et al., 2019; Öztürk ve Uluşahin, 2020; Varigonda et al, 2016).

VAKA

F., hanım 32 yaşında 10 yıldır evli 3 çocuk annesidir. Çocuklarından en küçüğü 3 yıl önce 2 yaşındayken bir kaza sonucu vefat etmiştir, şu an

yaşayan 2 çocuğu vardır. Ev hanımıdır, daha önce hiç çalışmamıştır. Eşi esnaf olarak çalışmakta sabah 6 da işe gitmekte ve gece yarısına yakın eve gelmektedir. Beş kardeşin en küçüğü olan F. hanım, çocukluğundan bahsederken annesinin çok otoriter, disiplinli ve kuralcı olduğunu, F. hanım 4 yaşına gelmesine rağmen bazen tuvaletini altına kaçırdığını tuvalet alışkanlığını geç edindiğini ve bu durumdan dolayı annesinin ona fazlaca sözel ve fiziksel şiddet uyguladığı hatta bazen tuvalete kilitleyerek ceza verdiğini anlatmaktadır. Babasının her zaman duyarsız olduğunu ona ve kardeşlerine sevgisini yansıtmadığını söyler, babası F. hanım 15 yaşındayken vefat etmiştir.

F. hanım son 1-1 buçuk yıldır artan şekilde yarım saati geçen el yıkamaları ve bunu yaparken saymaları olduğunu banyosunun en az 3-4 saat sürdüğü yine banyoda da sayarak yaptığı bu yüzden uzadığını ifade etmektedir. Kıyafetlerini de kirlendiği düşüncesiyle günde 3 kez değiştirmektedir. Ev temizliğini her gün bir sabah kalkar kalmaz bir de gece uyumadan önce olmak üzere günde 2 kez yaptığını belirtir. Ev temizliği yaparken çok fazla çamaşır suyu ve deterjan kullandığını bu şekilde içinin rahat ettiğini daha temiz olduğunu ifade eder. Bu durumdan dolayı ellerinde sürekli kanayan yaralar olduğunu çatlaklar açıldığını söylemektedir. Evin kapı ve pencerelerini kapatıp kapatmadığını gün içerisinde tekrar tekrar kontrol ettiğini söylemektedir. F., hanım yemek yaparken sebzeleri ya da diğer gıdaları sürekli sayarak yıkadığını, pişirirken de mikropların ölmesi için fazla pişirdiği için çok fazla vaktini aldığını bu yüzden de çocuklarını yeterli besleyemediğini düşündüğünü ve suçlu hissettiğini ifade etmektedir. F. hanım, onu rahatsız eden strese sokan bir durum olduğunda mesela eşi ile tartıştığı, ailevi sorunlar yaşadığında hemen evi temizlemeye başladığını özellikle dolapları sildiğini ve bu şekilde çok rahatladığını sanki tüm yüklerinin sildiği dolaplarla yok olduğunu ifade eder. Daha önceleri market ya da pazar alışverişini kendisinin yaptığını, başka semtte oturan ve yalnız yaşayan annesini sık sık ziyaret ettiğini ama küçük çocuğunun annesini ziyaret ettiği bir gün karşıdan karşıya geçerken kaza sonucu vefat etmesinden sonra dışarı çıkmak istemediğini söyler. Bununla birlikte sürekli dışarıda kirleneceğine ilişkin düşüncelerinin kafasında dönüp dolaştığını bu huzursuzluğunu bastırmak için son 6 aydır hiç dışarı adım atmadığını ifade etmektedir.

Bu durumlardan dolayı eşi onda bir sorun olduğunu söyler ve F. hanım karşı çıksa da onu zorla psikiyatri doktoruna muayeneye getirir,

muayene sırasında fenalaşan F. hanım bir kriz geçirir ve psikiyatri kliniğine yatırılır.

Psikiyatri doktorunun değerlendirmesi sonucunda, F. hanımın OKB tanısı ile kliniğe yatışı gerçekleştir. Hekim F. hanıma Klomipramin 50 mg tablet 1x1, Fluoksetin 20 mg tablet 1x1, Lorazepam 1 mg tablet 2x1 tedavisi başlamıştır.

F. hanım kendisini buraya getirip, hastaneye yatırıldığı için eşine öfkeli olduğunu söylemektedir. Hastane kliniğinde fazla derecede kaygı yaşadığı bazen de ağladığı gözlenmektedir. F. hanıma klinikteki odası gösterildiğinde öncelikle odanın her yerini temizlemek ister aksi halde burada kalamayacağını öfkeli bir şekilde belirtir, kaygılarının azalması adına bir seferliğe mahsus odasını temizlemesine izin verilir. F. hanım odasından çıkmamaktadır hatta klinik yemeklerini de yemek istemediğini eğer yerse kendisine mikrop bulaşmasından korktuğunu belirtmektedir aynı zamanda klinikteki aktivitelere katılmayı da reddetmektedir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bayan F'nin tanısı nedir?
2. Bayan F'nin aldığı Klomipramin, Fluoksetin ve Lorazepam hangi ilaç grubuna girmektedir?
3. Bayan F'nin aldığı Klomipramin, Fluoksetin ve Lorazepam hangi hastalıklarda kullanılır?
4. Bayan F'nin aldığı ilaçların bağımlılık yapma riski var mıdır?
5. Bayan F'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
6. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka Sorularının Cevapları

1) Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

2) Klomipramin: Anafranil altında satılan bir trisiklik antidepresandır.

Fluoksetin: Başlıca santral nöronlarda serotonin seçici geri alımını inhibe eden (SSRI) bir antidepresandır.

Lorazepam: Ativan markası altında satılan Lorazepam, bir benzodiazepin ilacıdır. Anksiyolitik etki yapmaktadır.

3) Klomipramin: Obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, majör depresif bozukluk ve kronik ağrı tedavisinde kullanılır. Erken boşalmayı tedavi etmek için de kullanılmaktadır.

Fluoksetin: Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, bulimia nervosa, premenstrüel disforik bozukluk ve bir takım diğer psikiyatrik bozuklukların tedavisi ve semptomlarının giderilmesinde kullanılır.

Lorazepam: Merkezi sinir sistemine etki ederek kaygıyı azaltır (anksiyolitik etki), normal uykuya yakın bir uykuyu destekler (hipnotik etki), duygu durumunu iyileştirir ve psikolojik strese karşı duygusal reaksiyonların şiddetini azaltır (trankilizan etki). Anksiyete bozuklukları, uyku sorunları, şiddetli ajitasyon, status epileptikus dahil aktif nöbetler, alkol yoksunluğu ve kemoterapinin neden olduğu bulantı ve kusmayı tedavi etmek için kullanılır. Ayrıca ameliyat sırasında anterograd amneziyi önlemek ve mekanik ventilasyona maruz kalanları yatıştırmak için kullanılır. Kokain kullanımına bağlı akut koroner sendrom için diğer tedavilerle birlikte de kullanılır.

4) Klomipramin, antidepresan ilaç grubuna girdiği için bağımlılık yapma riski yoktur.

Fluoksetin, antidepresan ilaç grubuna girdiği için bağımlılık yapma riski yoktur.

Lorazepam, benzodiazepin ilaç grubundadır. Benzodiyazepinlerin kullanımı, ilaca (psikolojik bağımlılık) daha fazla ihtiyaç duyulmasına, istenmesine (psikolojik bağımlılık) veya sadece ilaç alındığında iyileşen veya kaybolan fiziksel sorunların gelişmesine neden olabilecek bağımlılığa neden olabilir (fiziksel bağımlılık). Uzun süreli kullanımdan sonra aniden kesilirse benzodiazepin yoksunluk sendromu oluşabilir.

5) Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.

- Deri Bütünlüğünde Bozulma
- Sosyal Etkileşimde Bozulma
- Anksiyete
- Beslenmede Dengesizlik
- Emosyonel Kontrolde Etkisizlik
- Etkisiz başetme
- Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma

HEMŞİRELİK TANISI	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	NEDEN (ETİYOLOJİK NEDENLER)	AMAÇ	GİRİŞİM	DEĞERLENDİRME
Deri Bütünlüğünde Bozulma	-Bireyin ellerinde yaygın kızarıklıklar, çatlaklar.	-Düşünce içeriğinde bozulmaya bağlı gelişen obsesyonların oluşturduğu anksiyeteyi azaltmaya yönelik kompulsiyonlar (aşırı miktarda el yıkaması, fazla miktarda deterjanla ev temizliği yapması)	-Bireyin, el üzerindeki yaralarının iyileştiğinin gözlenmesi, deri bütünlüğünün sağlanması.	-Bireyin açık yaraları hemşire tarafından değerlendirilecek ve gözlem kağıdına kaydedilecek. -Bireyin el üzerindeki açık yaraları hakkında hekime bilgi verilecek ve hekim istemiyle verilen ilaçlar hastaya uygulanacak. -Açık yaralara pansuman yapılacak ve enfeksiyon açısından günlük olarak değerlendirilecek. -Bireye açık yaralarının oluş nedeni ve obsesyonlar ve deri bütünlüğünün bozulması arasındaki ilişki hakkında bilgilendirme yapılacak ve eğitim verilecek.	-Bireyin el üzerindeki yaraların iyileşmeye başladığı gözlemlendi, olası enfeksiyon riski en aza indirildi.

HEMŞİRELİK TANISI	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	NEDEN (ETİYOLOJİK NEDENLER)	AMAÇ	GİRİŞİM	DEĞERLENDİRME
Sosyal Etkileşimde Bozulma	-Bireyin klinik içindeki aktivitelere katılmak istememesi ve odasından çıkmaması.	-Düşünce içeriğinde bozulmaya (obsesyonlar) bağlı bulaş kaygısı olması.	-Bireyin sosyalizasyonunun sağlanması, odasından çıkarak klinik aktivitelere katılması.	-Bireyin klinik içindeki günlük iletişimi, kişilerarası ilişkileri ve sosyal etkileşimi değerlendirilecek. -Birey ile iletişimde terapötik iletişim teknikleri kullanılacak ve bireyin sosyal etkileşiminde bozulmaya neden olan durumlara yönelik duygularını ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilecek. Problem yaratan durumlarla baş edilebilmesi için bireyle rol play çalışmaları düzenlenecek. -Birey ile birlikte aktif olarak katılabileceği sosyal bir etkinlik belirlenecek. -Bireyle obsesyonları ve sosyal yaşamına etkisi hakkında	-Bireyin klinik aktivitelerine katılımı sağlandı fakat fazla kalamadan tekrar odasına dönmek istedi. -Yavaş yavaş alıştırma- üzerine gitme yöntemiyle belli aralıklarla tekrar sosyalliği teşvik edildi.

				konuşulacak.	

HEMŞİRELİK TANISI	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	NEDEN (ETİYOLOJİK NEDENLER)	AMAÇ	GİRİŞİM	DEĞERLENDİRME
Anksiyete	-Bireyin kontrol edilemeyen bulaş ve kirlilik obsesyonlarının olması.	-Bireyin düşünce içeriğinde bozulma.	-Bireyin anksiyetesinin azaldığını ifade etmesi.	-Bireyin sakin, sessiz, loş ışık olan çevre uyaranlarının en aza indirildiği ortamda olması sağlanacak. -Birey ile sakin, güven verici terapötik iletişim kurulacak. -Bireyin endişelerini, korkularını ve sıkıntılarını dile getirmesi sağlanacak. -Bireyin anksiyete düzeyini ve obsesif düşünce ve davranışlarını arttıran içsel ve dışsal stresörleri belirlenecek. -Bireyin anksiyete düzeyini	-Bireyin anksiyetesinin gün geçtikçe azaldığı gözlemlendi.

				azaltmaya yönelik; gevşeme egzersizleri, nefes egzersizleri, meditasyonla r yapma, ılık duş alma ve müzik dinleme gibi aktiviteler belirlenip hastaya öğretilecek. -Bireyin ritüel davranışların a (sayarak el yıkama gibi) tedavi başında izin verilecek, ilerleyen zamanlarda bu sıklığın yavaş yavaş azaltılması sağlanacak. (Örneğin: 30 dk. boyunca el yıkayan F. hanımın tedavinin 2. Gününde 25 dk. el yıkamasına izin verilecek ve bu süre git gide kısalacak.)	

6) Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

- Sosyal beceri eğitimi
- Stresle başa çıkma teknikleri
- Gevşeme egzersizleri
- Nefes egzersizleri
- Farkında (mindful) meditasyonlar

SONUÇ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Dünya genelinde en çok görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Aynı zamanda insanlarda önemli işlevsel bozulmaya neden olan obsesyon ve kompulsiyonlarla birlikte görülen ağır kronik bir psikolojik bozukluktur. OKB'nin tedavisinde iki temel yöntem olan ilaç ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulamaları kullanılır bununla birlikte psikiyatri hemşirelerinin hasta ve aile üyeleriyle yaptığı psikoeğitim, başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi amaçlı yapılan eğitimler oldukça önemlidir. Özellikle BDT'de uygulanan maruz bırakma ve tepki önleme uygulaması OKB'de etkin terapilerdir ve bu uygulamaların yarattığı kaygı durumunu azaltmak içinde psikiyatri hemşireleri tarafından bireylere gevşeme egzersizleri eğitimi verilmelidir. Böylelikle danışanın tedaviye uyumu kolaylaşır ve motivasyonu artar. OKB tedavisi süresince uygulanan gevşeme eğitimlerinin yararları, BDT'den farklı olarak bireylere uygulanabilecek alternatif terapi yöntemlerinin bir klinik hemşiresi olarak psikiyatri hemşireleri tarafından araştırılması ve bu konularda eğitimler alarak yetkinliğini arttırması, kanıta dayalı çalışmalar yapması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Bağcı Taylan, Ş., Nas, İ., Ediz, Ç. (2019). Sağlıklı yaşam seminerine katılan öğrencilerin madde bağımlılığı ile ilgili farkındalıkları. Bağımlılık Dergisi, 20(4), 197-205.

Çataloluk, A. ve Karaaziz, M. (2023). Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı ile tedavisi: olgu sunumu. *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi, 6*(6), 781- 793.

Dykshoorn, K.L. (2014). Trauma-related obsessive–compulsive disorder: a review. Health Psychol. *Behav. Med., 2,* 517–528.

Ergüney-Okumuş, F.E., Sertel-Berk, Ö. ve Yücel, B. (2019). Obsesif kompulsif bozuklukta gevşeme eğitimi ve bilişsel davranışçı tekniklerin uygulanması: vaka örneği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 8*(1), 63-68.

Gümüş, Ç. ve Alver, E. (2020). Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde sosyal medya etkisinin önemi. *İnönü Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 9* (2), 611-622.

Hirschtritt, M.E., Bloch, M.H., & Mathews, C.A. (2017). Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. *JAMA, 317*(13), 1358–1367.

Jacoby, R.J. & Abramowitz, J.S. (2016). Inhibitory learning approaches to exposure therapy: a critical review and translation to obsessive-compulsive disorder. *Clin. Psychol. Rev., 49,* 28–40.

Kring, A.M., Johnson, S.L., Davinson, G.C. and Neale, J.M. (2019). Anormal psikoloji /Psikopatoloji. (On İkinci Basım). (Çeviren, Şahin, M.) Ankara: Nobel Yayınevi.

Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2020). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (On Altıncı Baskı), Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Pampaloni, I., Marriott, S., Pessina, E., Fisher, C., Govender, A., Mohamed, H., Chandler, A., Tyagi, H., Morris, L., & Pallanti, S. (2022). The global assessment of OCD. *Comprehensive Psychiatry, 118,* 152342.

Ruso, K. (2022). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı terapinin etkinliği üzerine inceleme: bir derleme çalışması. *International Journal of SU-AY Development Association, 1*(2), 96-116.

Stein, D.J., Costa, D.L., Lochner,C., Miguel, E.C., Reddy, Y.J., Shavitt, R.G., ... & Simpson, H.B. (2019). Obsessive–compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 5*(1), 52.

Taylor, S. (2015). Disorder-specific genetic factors in obsessive-compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis. *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet, 171,* 325–332.

Varigonda, A.L., Jakubovski, E. & Bloch, M.H. (2016). Systematic review and meta-analysis: early treatment responses of selective serotonin reuptake inhibitors and clomipramine in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 55,* 851–859.

Yanık, D., Arslan, R. (2023). Efficacy of technology addiction awareness training given to high school students: Randomized controlled experimental study. OPUS– Journal of Society Research, 20(54), 516-526.

BÖLÜM 16

ÖZKIYIMDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşire Betül MUMCU[1]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431335

[1] T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara, b.mumcu.18@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-6148-2291

GİRİŞ

İntihar, 15-29 yaş arası gençler arasında dördüncü önde gelen ölüm sebebidir. Küresel özkıyımların %77'si düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği biliniyor. Her yıl 700.000'den fazla insan özkıyım sebebi ile yaşamını yitirmektedir. (DSÖ,2023). Özkıyım, Bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi yaşamına son vermesi olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2023). İntihar ve suicid olarak da kullanılır. Her intihar topluluğu, aileyi ve tüm ülkeyi etkileyen, geride kalan bireyler üzerinde de uzun vadeli etkiler bırakan bir trajedidir (Bağcı Taylan ve ark., 2019; Yanık ve Arslan, 2023). İntihar, başta depresyon, madde ve alkol kullanım bozuklukları olmak üzere zihinsel bozukluklarla ilişkilidir. İntihar için en kuvvetli risk faktörü, daha önce bir intihar girişim öyküsüdür. Her intihara karşılık intihara teşebbüs eden çok daha fazla insan vardır (DSÖ,2023).

Özkıyımın birçok farklı girişim şekli vardır. En sık karşılaşılan girişimler ilaç ve haplar, kimyasal maddeler (böcek ilacı vb.), ateşli silah yaralanmaları, trafik kazaları, suda boğulmalar, asmak dünya çapında en yaygın intihar yöntemleri arasında yer alıyor (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2023).

DSÖ Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013-2030'da DSÖ Üye Devletleri, ülkelerdeki intihar oranının 2030 yılına kadar üçte bir oranında azaltılması yönündeki küresel hedefe yönelik çalışmayı taahhüt etmişlerdir. İntihar ve intihar girişimlerine önlem alınması için nüfus, alt nüfus ve bireysel olarak alınabilecek çok sayıda tedbir bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün intiharları önleme düşüncesi olan Live Life, kanıta dayalı şu müdahaleleri önermektedir:

- İntihar araçlarına ulaşmasını sınırlamak (örneğin pestisitler, ateşli silahlar, bazı ilaçlar);
- İntiharın sorumlu bir şekilde haberleştirilmesi için basın ve medyayla etkileşimde bulunmak;
- Ergenlik döneminde sosyo-duygusal yaşam becerilerini artırmak ve geliştirmek;
- İntihar davranışlarından etkilenen herkesin erken tespit edilmesi, değerlendirilmesi, yönetilmesi ve takip edilmesidir (DSÖ,2023).

İntihar Risk Faktörleri: Bireysel, ilişki, topluluk ve toplumsal faktörler intihar riskini artırabilir:

- Daha önceki intihar girişimi ya da girişimleri,
- Aile bireylerinde intihar öyküsü,
- Madde alımı ve alkol kullanımı,
- Duygudurum ve davranış bozuklukları
- Ölümcül risk taşıyan araçlara ulaşma (örneğin evde ateşli silah bulundurmak veya teminatsız reçeteli ilaçlara erişim),
- Yaşanan kayıplar ve diğer olaylar (bir ilişkinin sona ermesi veya ölüm, hukuki sebebler, mali zorluklar),
- Aile işlev bozuklukları (Ebeveynlerin yanlış iletişim kurması, tek ebeveynli aile, aile içi şiddet…),
- Travma veya istismar öyküsü,
- Destek eksikliği,
- Zorbalık,
- Kronik ağrı da dahil olmak üzere kronik fiziksel hastalıklar,
- Başkalarının intihar davranışına maruz kalmak,
- Sosyal izolasyon,
- Tarihsel travma,
- Yardım aramayla ilgili damgalanma. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2023; Cuesta ve ark. 2021).

İntiharın Uyarı İşaretleri:

- Sıklıkla ölüm, ölmek ya da intihar hakkında konuşmak ya da yazmak.
- Umutsuz, çaresiz ya da değersiz olduğu yönünde yorumlar yapmak.
- Yaşamak için bir nedeninin olmadığı ifadeleri; hayatta hiçbir amaç duygusu yok; "Burada olmasaydım daha iyi olurdu" veya "Çıkmak istiyorum" gibi şeyler söylemek.
- Artan uyuşturucu madde ve alkol kullanımı.
- Aileden, topluluktan ve arkadaşlardan çekilme.
- Görünüşe göre düşünmeden pervasız davranışlar veya daha riskli faaliyetler.
- Kapana kısılmış hissetmekten veya başkalarına yük olmaktan bahsetmek (DSÖ,2023; APA, 2023).

Koruyucu Faktörler:

- Sağlayıcılarla temaslar (örneğin, sağlık uzmanından takip eden telefon görüşmesi).
- Etkili ruh sağlığı bakımı; çeşitli klinik müdahalelere kolay erişim.

- Bireylerle, aileyle, toplulukla ve sosyal kurumlarla güçlü bağlantı hissi.
- Güçlü kültürel kimlik duygusu.
- Problem çözme ve çatışma çözme becerileri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2023).

Acil servis başvuruları arasında zehirlenmeler önemli yer tutmaktadır. Zehirlenme vakalarının acil servislere başvuru sayılarının fazla olmasının en büyük nedeni ciddi yaklaşım gerektirmeleri ve tedaviye iyi yanıt vermeleridir. Yapılan bir çalışmada kimyasal maddeler ve ilaçlar ile gerçekleştirilen intihar girişimi en çok rastlanılan zehirlenme türü olarak bulunmuş olup bunun sebebinin kimyasal maddelere ve ilaçlar ulaşmanın kolay olması. Yapılan bazı çalışmalar da intihar amaçlı başvuruların büyük bir kısmını kadınların oluşturduğu görülmüştür (Stenbacka M ve ark., 2018).

Bir diğer çalışmadan elde edilen verilere göre; hastaların intihar girişiminden önce çeşitli sebeplerle acil servis başta olmak üzere hastaneye başvurduğu, daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların tekrar intihar girişimde bulundukları ve bu hastaların çoğunun psikiyatrik destek almadığı söylenebilir. Acil servislere intihar girişimi sebebi ile başvuran olguların belirlenip, psikiyatrik destek ve bakım almaları konusunda psikiyatri polikliniklerine yönlendirilmeleri ve izlemlerinin yapılması önerilmektedir (Ata ve ark., 2021).

Yapılan önceki çalışmalar da intihar girişimlerinde çoğunlukla hastaların geçmişinde psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler olduğu kanıtlanmıştır. Yapılan bir araştırmada intihar vakalarının çoğunluğunun öncesinde psikiyatrik tanılı hasta olduğu gözlemlenmiştir (Avınca ve ark., 2019).

Acil servislerde çalışan hemşireler genellikle intihar girişimi veya kendine zarar verme girişiminden sonra hastanın sağlık sistemiyle ilk temas kurduğu kişilerdir. Bu hastaların uygun şekilde değerlendirilmesi ve yönetimi, ilerdeki intihar davranışlarını önlemek için esastır. Bu nedenle, yetişkin acil servisinde intihar girişiminde bulunulan kişilere verilen bakımın hemşirelik ekibi tarafından nasıl algılandığının anlaşılması önemlidir (Carmona-Navarro ve Pichardo-Martínez, 2012).

Acil servise başvuran intihar vakalarına genel olarak uygulana prosedürler şunlardır: risk sınıflandırması, yüksek kalibreli delme, çubukların yükseltilmesi, sonda, diürez kontrolü, biyolojik örneklerin toplanması,

kardiyak izleme, yaşamsal belirtilerin doğrulanması, gerektiğinde mide lavajı, mümkünse tam zamanlı refakatçi talebi (gözetim), gerektiğinde fiziki kısıtlama, ilaç uygulaması, hijyen bakımı ve tetkiklere yönlendirmedir.

Güvenli ve tam iyileşmelerine olanak sağlayan bir bakım ortamının teşvik edilmesi, ruh sağlığı alanında kapsamlı bakımın gerçekleştirilmesinde esastır. İlk adım nitelikli dinlemektir ama bağnaz, yargı dolu bir söylemin içine daldırılamaz. Kişinin gerçekte ne hissettiğini her zaman ifade etmeye veya dışsallaştırmaya istekli olmadığı ve bu nedenle sağlık profesyoneli için hastanın gerçekliğinin dikkatli bir şekilde gözlemlenmesi ve kişi hasta olduğunda sessizliğin dinlenmesi gibi yeni bir zorluğun ortaya çıktığı dikkate alınmalıdır (Pitta, ve ark., 2015).

Her intihar girişimi ölümle sonuçlanmamaktadır. İntihar girişiminde bulunan bireyin pişmanlık duyup acil servise başvurması veya çevredeki insanların intihar eden kişiyi fark edip acil servise ulaştırması ile de sonuçlanmaktadır. Acil servise başvuran kişinin intihar yöntemi, başvuru süresi, tedaviye uyumlu olması/reddetmesi ve prognozu intiharın sonucunu etkileyen faktörlerdendir. Acil servise suicid nedeniyle başvuran bireyden hızlıca anamnez alınarak en kısa sürede tedavisine başlanmalıdır. İlaç veya kimyasal madde kullanımı söz konusu ise 114 zehir danışma merkezine ve KBRN birimine danışılır. Alınan öneri ve tedavi yöntemine göre müdahale edilir. Kimyasal madde alımı söz konusu ise dekontamine olan bireylerin KBRN biriminde yıkanması sağlanır. Çoklu ilaç alımı olan kişilerin gerekli görüldüğü taktirde mide lavajı (ilaç alımının ilk 2 saati) veya hemodiyaliz uygulanması (böbrek değerlerine göre) sağlanır. Bunlara eş zamanlı olarak medikal tedaviye de başlanır. İntihar eden kişinin bilinç ve vital bulguları hastaneye ilk başvurudan itibaren sık aralıklarla takip edilir ve hasta gözlemlenir. Hastanın kişisel bakımı yapılır, psikolojik yönden hasta desteklenir. Hasta yargılanmamalı ve damgalanmamalıdır. İntihar vakaları adli vakalar olduğu için hasta gizliliğine son derece dikkat edilmelidir.

Vaka

29 yaşında F.Z.E. isimli kadın hasta acil servise suicid, alkol alımı, baş ağrısı ve travma sebebiyle başvurmuştur. Hasta sarı alanda takip edilirken hematemez ve bilinç bulanıklığı başlaması nedeniyle kırmızı alanda takibine devam edilmiştir. Hasta 60 adet tegretol cr 200 mg (karbamazepin) içtiğini ve ardından alkol (1 şişe bira?) aldığını iddia etmiştir. Hastaya mide lavajı yapılmıştır ve ilaç preparatları gözlenerek ilaç içtiği kesinleşmiştir. Hastanın

etanol testi + gelmiştir. Penisilin allerjisi mevcutmuş.Tegretolun hastanın kendi ilacı olduğu, tanılı epilepsi hastalığı olduğu yakınları tarafından alınan anamnezde öğrenilmiştir. Yakın zamanda muhasebeci olarak çalıştığı işten 3 hafta önce ayrıldığı, bekar ve ailesiyle yaşadığı öğrenilmiştir. Düzenli alkol alımının olduğu ve her gün 2 bira içtiği öğrenilmiştir. Madde kullanımının olmadığı yakınları tarafından ifade edilmiştir. 2 ay önce ailevi stresör zemininde plansız ve ani bir kararla impulsif suisidal girişiminde bulunduğu ve sonrasında pişman olup partneri tarafından hastaneye getirildiği öğrenilmiştir.

Hastanın gelişinde glaskow koma skalasından aldığı puan 15 iken zamanla bilinç bulanıklığı, hematemez gelişmiştir. Travmaya bağlı olarak ağız içinde diş kırıkları olduğu muayene sırasında fark edilmiştir. Hastanın ilaçları 114 zehir danışma merkezine danışılmış ve 24-48 saat asemptomatik yakın takip ve multidispliner yoğun bakım yatışı önerilmiştir.

Böbrek değerleri ve idrar çıkışı takibi için üriner katater takılmış ve hemodiyaliz ihtiyacı için hasta takip edilmiştir. Hastaya diyaliz katateri takılarak acilen diyaliz uygulanmıştır.

Hastanın betaHCG testi + gelmiştir. Yapılan transvajinal ultrasonda endometrium kavitesi gebelik sonrası kalınlıkla uyumlu bulunmuştur.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1-Tegretol hangi ilaç grubunda yer alır? Ve aynı ilaç grubunda bulunan yaygın 3 ilaç yazınız.

2-Antiepileptikler başka hangi psikiyatrik hastalıklarda kullanılabilir?

3-Antiepileptik ilaçların yan etkileri nelerdir? Hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?

4-Bayan F.Z. nin takibinde dikkat edilmesi gerekenler nelerdir?

5-Bayan F.Z'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?

6-Suicid (intihar) düşüncesi olan hastaya ekip olarak yaklaşım nasıl olmalıdır?

7-İntihar riski olan hastaya yapılabilecek hemşirelik girişimleri nelerdir?

8-Acil serviste çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka Sorularının Cevapları

1-Tegretol karbamazepin etken maddeli antiepleptik ilaç grubunda yer alır. Epilepsi hastalarının nöbet geçirmelerini önlemek için kullanılır. Aynı ilaç grubunda yer alan diğer ilaçlardan birkaç tanesi şunlardır: Vigabatrin, sodyum valproat, levetirasetam.

2-Tegretol epilepsi hastalığının yanı sıra şizofreni ve bipolar hastalıklarında ikincil ilaç olarak kullanılabilmektedir.

3- Bilişsel yan etkiler arasında öğrenme ve dil becerilerinde güçlük, saldırganlık, huzursuzluk, psikiyatrik yan etkiler arasında depresyon, özkıyım düşüncesi veya davranışı ve psikoz yer almaktadır. Kendinizi uykulu hissetmenize, bulanık görmenize, baş dönmesine çift görme veya kas koordinasyon sorunu yaşamanıza neden olabilir. Bu nedenle dikkat gerektiren işler (araç kullanmak gibi) bu belirtiler olduğunda yapılmamalıdır. İlaç düzenli ve eksiksiz bir şekilde alınmalıdır. Dozlarını düzenli olarak almak ve doktoru önerdiği şekilde kullanmak önemlidir. İlaç dozlarını atlamamak veya ilaç miktarını değiştirmemek gerekmektedir. İlaç alkolle etkileşime girebilir. Kullanırken alkol tüketimini sınırlamak veya tamamen bırakmak önerilir.

Gebelik veya hamilelik durumunda doktora danışılmalıdır. Bayan F.Z.'nin betaHCG testi + olduğu için doktora danışmadan kullanmamalıdır.

4- Kan basıncı, nabız, satürasyon, kan şekeri takibinin dışında bilişsel takipte önem arz etmektedir. Bilinç takibi ve nöbet takibi Bayan F.Z için kritiktir çünkü epilepsi hastası ve fazla dozda antiepileptik ilaç alımı söz konusudur. Aynı zamanda minör kafa travmasına bağlı olarak ta bilinç düzeyinde değişiklikler olabileceği için yakın gks takibi önerilmektedir.

5- Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri çoğaltılabilir.

- Zehirlenme Riski
- Düşme Riski
- Akut Konfüzyon
- Düşünme Sürecinde Bozulma
- Durumsal Düşük Benlik Saygısı

- Kendine Zarar Verme Riski
- İntihar Riski
- Etkisiz Bireysel Baş etme
- Doku Bütünlüğünde Bozulma
- Disfonksiyonel Aile İçi Süreçler
- Stres Yüklenmesi

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Kendine Zarar Verme Riski	İntiharla ilgili sözel ifadelerinin olması	Benlik saygısında bozulma	Kısa dönem: bireyin kendisine zarar vermesinin önlenmesi Uzun dönem: Yaşam isteğinin ifade edilmesi	Alternatif baş etme mekanizmalarını öğrenmesi İntihar ile ilgili verilerin değerlendirilmesi, Bireye direkt "kendini öldürmeyi hiç düşündün mü?" sorusu sorularak intihar planının öğrenilmesi, Bireyin intihar girişimi için risk faktörlerinin değerlendirilmesi, Bireyin intihar açısından sık sık gözlenmesi,	Hasta kendine zarar verici herhangi bir eylemde bulunmadı. İntihar ile ilgili düşüncelerinin azaldığı belirlendi.

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Durumsal Düşük Benlik Saygısı	İşten ayrıldığı için üzülmesi, daha önce ailevi problemlerden dolayı intihar gitrişiminde bulınması	İş kaybı yaşaması, ailevi problemlerin olması, sorunlarla baş edememe	Benlik saygısıın artması, özgüveninin geliştirilmesi.	Hastaya duygularını ifade etmesi için fırsat verilmeli, Gelecekte başarabileceği işler ile ilgili olumlu düşünceler anlatılmalı, hastaya yüklenen gerçek üstü beklentiler belirlenip gerçekçi olunmalı. Bireyin intihar açısından sık sık gözlenmesi,	Hasta kendine zarar verici herhangi bir eylemde bulunmadı. İntihar ile ilgili düşüncelerinin azaldığı belirlendi.
Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Zehirlenme	Sözel olarak ilaç aldığını	Toplu ilaç	Zehirlenmeyi önlemek,	İlaç adı ve sayısı	Hastanın zehirlenmesi

Riski	ifade etmesi, Bilinç durumunun kötüleşmesi.	alımı	içilen ilaçları hastaya zarar vermeden vücuttan uzaklaştırmak	belirlenmesi, mide lavajı yapılması aktif kömür içirilmesi, diyaliz uygulanması, hidrasyon sağlanması.	engellendi, mide lavajı ile ilaç preperatları vücuttan uzaklaştırıldı, bozulan börek değerleri için diyaliz uygulandı, takibine devam ediliyor.

6- Sağlık ekibi hastanın intihar riskini değerlendirmeli ve riskin düzeyine göre uygun tedavi ve bakım planı yapmalıdır. Bu nedenle hastaya intihar düşüncesini sorgulayacak direkt sorular yönlendirilmelidir. Hastaya intiharla ilgili sorular sormak onu intihara yönlendirmez. Hastanın bu konuda yardıma açıklığını göstermektedir. İntihar riski olan hastanın davranışları tüm ekip tarafından gözlenmeli ve bütün ekip bilgilendirilmelidir.

7- Öz kıyım riski olan hastalarda hemşirelik girişimleri şunladır:

- Yasaklanan objeler hakkında ziyaretçiler bilgilendirilmeli,
- Öz kıyım açısından güvenli bir çevrenin oluşturulmalı,
- Hasta yakından gözlemlenmeli,
- Oral ilaçlar verildikten sonra tüm ilaçların yutulup yutulmadığının kontrolü yapılmalı,
- Kişinin intihar etme riski ekip üyeleriyle paylaşılmalı,
- Bireyin servis dışına çıkma durumu hekim istemi doğrultusunda sağlanarak bir sağlık personelinin eşlik etmesi sağlanmalı,
- Bireyin öfkesini uygun şekilde ifade edebilmesi için desteklenmeli,
- Tedavisini planlama ve ilerlemelerini değerlendirmeye bireyin katılımı sağlanmalıdır.

8-

- Hastaya acil servis anlatılmalı ve mümkün olduğunca klinikten ayrılmamasına dikkat edilmelidir.
- Hastanın rahatlaması ve istediği zaman konuşmaya teşvik edilmesi sağlanmalıdır.
- Yargılayıcı sözcüklerden kaçınılmalıdır. Gevşeme egzersizleri öğretilmelidir.
- İstediği zaman sağlık profesyonellerinden destek alabileceği anlatılmalıdır.
- Hastaya tedavi süreci hakkında bilgi verilmeli uyması gereken tedavi kuralları anlatılmalıdır.
- Hemşire olarak aileye hastanın intihar düşünceleri yönünden değerlendirilmesi ve bu konuda dikkatli olunması konusunda bilgi verilmelidir.
- İlacını gebelikten dolayı doktora danışarak kullanma önerisi alması söylenmelidir.
- Gebelikten dolayı alkol tüketmemesi gerektiğini bunun içinde profesyonel destek alması gerektiği söylenmelidir.

SONUÇ

İntihar ciddi bir sosyal ve halk sağlığı sorunudur. Psikiyatrik tanı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olması intihar teşebbüsünde bulunmaları açısından önemli olduğu görülmüştür. Psikiyatrik öyküsü mevcut olan hastaların kullandıkları ilaçlarla yeniden intihar girişiminde bulunabilecekleri unutulmamalıdır. İntiharlar zamanında, kanıta dayalı ve çoğu zaman düşük maliyetli müdahalelerle önlenebilir. Ulusal müdahalelerin etkili olabilmesi için kapsamlı ve çok sektörlü bir intihar önleme stratejisine ihtiyaç vardır. Bu sebeple hemşireler erken teşhisi ve daha etkili önleme ve eylem planlarının geliştirilmesini teşvik etmek amacıyla öğretmenleri ve ebeveynleri eğitme sorumluluğuna sahiptir (Cuesta ve ark., 2021).

KAYNAKLAR

American Psychıatrıc Assocıatıon https://www.psychiatry.org/ 01.12.2023WORLD HEALTH ORGANİZATİON https://www.who.int/home/search?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=SU%C4%B0C%C4%B0D&wordsMode=AnyWord

Ata, E. E., Bayrak, N. G., & YILMAZ, E. B. (2021). İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların incelenmesi: bir yıllık retrospektif bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*, *46*(4), 1675-1686.

Avınca, Ö., Şen, A., Karakoç, Y., Damar, Ö., & Taş, M. (2019). Zehirlenmeler: Neden Suisit, Neden Kadınlar?. *Jnbs*, 83.

Bağcı Taylan, Ş., Nas, İ., Ediz, Ç. (2019). Sağlıklı yaşam seminerine katılan öğrencilerin madde bağımlılığı ile ilgili farkındalıkları. Bağımlılık Dergisi, 20(4), 197-205.

Carmona-Navarro, M., & Pichardo-Martínez, M. (2012). Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Revista latino-americana de enfermagem*, *20*, 1161-1168.

Cuesta, I., Montesó-Curto, P., Metzler Sawin, E., Jiménez-Herrera, M., Puig-Llobet, M., Seabra, P., & Toussaint, L. (2021). Risk factors for teen suicide and bullying: An international integrative review. *International journal of nursing practice*, *27*(3), e12930.

Pitta, A. M. F., Coutinho, D. M., & Rocha, C. C. M. (2015). Human rights in Psychosocial Care Centers of Northeast Brazil: an evaluative study with reference to the WHO QualityRights. *Saúde em Debate*, *39*, 760-771.

Stenbacka, M., Samuelsson, M., Nordström, P., & Jokinen, J. (2018). Suicide risk in young men and women after substance intoxication. *Archives of suicide research*, *22*(2), 254-262. http://www.suicide.org/hotlines/international/turkey-suicide-hotlines.html

Türk Dil Kurumu (https://sozluk.gov.tr/) 20.11.2023

Yanık, D., Arslan, R. (2023). Efficacy of technology addiction awareness training given to high school students: Randomized controlled experimental study. OPUS– Journal of Society Research, 20(54), 516-526.

BÖLÜM 17

PANİK BOZUKLUKTA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Leyla ALTUN[1], Arş. Gör. Dr. Berna AKTAŞ [2]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431339

[1]Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kars, Türkiye. leyla.altun@kafkas.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1064-3977.
[2]Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kars, Türkiye. berna.aktas@kafkas.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8722-8299.

GİRİŞ

Bireylerin günlük yaşamlarında deneyimledikleri bir his olan anksiyete, genellikle gerçekçi bir tehlikeye karşı gösterilen normal bir reaksiyon olarak kabul edilir (Townsend, 2016). Anksiyete, gelecekteki olaylar, olayları tahmin etme veya bunlarla başa çıkabilme becerisiyle ilgili yaşanan endişe, huzursuzluk ve belirsizlik hissidir (Halter, 2022; Ediz ve Kavak Budak, 2023). Anksiyetenin yaşanılan durumla orantılı olmaması ve kişinin sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarını engellemesi ise anormal veya patolojik olarak kabul edilmektedir (Townsend, 2016). Anksiyete bozuklukları tüm ruhsal bozukluklar içinde en yaygın olanlarıdır ve bu bozukluklarda birey anksiyetesini kontrol altına almak için tekrarlayan ve etkisiz davranışlar kullanır (Halter, 2022; Yeşilçınar ve Yanık, 2023). En yaygın görülen anksiyete bozukluklarından birisi de panik bozukluktur (Kim, 2019).

Panik bozukluk, periyodik olarak tekrar eden (Alhakem, 2019; Cha, Hong, Park, Ryu, Ha ve Jeon, 2022), ani ve beklenmedik panik atakların (Halter, 2014; Kim, Lee ve Pae, 2023; Ma ve ark., 2023; Valdes, Salani, King ve De Oliveira, 2021) yanı sıra tekrarlayan ataklardan korkma ve daha fazla ataktan kaçınmak için belirgin uyumsuz davranış değişikliklerinin (örn. fobik kaçınma) (Halter, 2014; Kim ve ark. 2023) görüldüğü bir anksiyete bozukluğudur (Baker ve Waite, 2020; Oussi, Hamid ve Bouvet, 2023). Dakikalar içinde maksimum düzeye ulaşan ani, tekrarlayan, aşırı korku ve endişe atakları ile karakterize (Alhakem, 2019; Halter, 2014; Park, Kim, Park, Jang, Kim ve Han, 2018) bu bozukluğun tanımlayıcı özelliği bedensel ve bilişsel süreçleri içeren çeşitli belirtilerle karakterize panik ataklardır (Cha ve ark., 2022).

Panik ataklarda, ani bir korku başlangıcını içeren, kardiyorespiratuar (çarpıntı, dispne), gastrointestinal, otonörolojik (baş dönmesi) veya otonomik semptomların (terleme, kızarma) eşlik ettiği katastrofik düşünceler (kalp krizi, felç veya yaklaşan kıyametle ilgili endişeler) görülür (Halter, 2014; Rabasco, McKay, Smits, Powers, Meuret ve McGrat, 2022). Panik atak yaşayan bireyin normal algısal sürecinin ciddi şekilde sınırlanması (Halter, 2022) bu bedensel hisleri, kalp krizi veya felç benzeri yaşamı tehdit eden fiziksel hastalıklar gibi yanlış yorumlamasına neden olur ve bu da yoğun bir korkuyu beraberinde getirir (Halter, 2014; Um, Han, Kim, Jeong, Hong ve Seo, 2023). Panik bozuklukta dakikalar içinde zirveye ulaşan bu belirtiler (Rabasco ve ark., 2022) dakikalar veya nadiren saatler sürebilmekte (Townsend, 2016) ve

belirtilerin yatışması daha uzun bir süre gerektirebilmektedir (Rabasco ve ark., 2022). Atak yaşayan bireyler ataklar arasında sıklıkla değişiklik gösteren seviyelerde sinirlilik ve endişe deneyimlemektedir (Townsend, 2016). Kişi, yaşadığı tüm kaygı belirtilerinin farkındadır ve bir panik atak geçirdikten sonra genel görünümü, kişilerarası ilişkileri ve psikolojik işlevleri tamamen normal sınırlarına geri dönse de kişide atağın ansızın tekrar geleceğine ilişkin bir korku vardır (Güleç, 2018).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'nın en son baskısı DSM-5'te panik bozukluk için aşağıdaki tanı kriterleri belirlenmiştir:

A. Tekrarlayan beklenmedik panik ataklar. Panik atak, dakikalar içinde zirveye ulaşan ve bu süre zarfında aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha fazlasının) ortaya çıktığı yoğun korku veya yoğun rahatsızlık hissinin aniden artmasıdır;

1. Çarpıntı, kalp çarpıntısı veya kalp atış hızında artış.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Nefes darlığı ya da boğulma hissi.
5. Tıkanma hissi.
6. Göğüs ağrısı ya da rahatsızlığı.
7. Mide bulantısı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, dengesizlik, sersemlik ya da baygınlık hissi.
9. Üşüme ya da sıcaklık hissi.
10. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma hissi).
11. Derealizasyon (gerçek dışılık hissi) ya da depersonalizasyon (kişinin kendisine yabancılaşma ve kendisinden kopma hissi).
12. Kontrolü kaybetme ya da "delirme" korkusu.
13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, kontrol edilemeyen çığlık ya da ağlama) görülebilir. Bu tür belirtiler gerekli dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

B. Ataklardan en az birinin ardından 1 ay süreyle aşağıdakilerden birinin/her ikisinin gelmesi:

1. Ek panik ataklar ya da bunların sonuçları hakkında sürekli endişe ya da kaygı (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, "delirme").
2. Ataklarla ilişkili davranışta belirgin, uyumsuz bir değişiklik (örneğin, egzersizden, alışılmadık durumlardan veya panik atak geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar).

C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. madde kötüye kullanımı) veya başka bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm, kardiyopulmoner bozukluklar) fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (American Psychiatric Association, 2013).

Panik bozukluk, kişinin sosyal, ailevi, mesleki işlevselliğinde bozulmalara neden olması (Kim ve ark., 2023), yaşam kalitesini hem fiziksel hem de psikolojik yönlerden etkilemesi (Um ve ark., 2023) ve kronik bir seyirde ilerlemesi (Kim, 2019) gibi nedenlerle önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Cha ve ark., 2022). Ayrıca bu hastalar panik atak belirtilerini fiziksel bir hastalığın sinyalleri olarak değerlendirdiklerinden, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları (Rabasco ve ark., 2022; Ziffra, 2021) ve buna bağlı sağlık bakım maliyetleri diğer ruhsal bozukluklara göre önemli ölçüde yüksektir (Rabasco ve ark., 2022).

Panik bozukluk genel nüfusun yaklaşık %1.7'sinde görülmekte olup (Cha ve ark., 2022) bozukluğun yaygınlığı son yıllarda giderek artmaktadır (Park ve ark., 2018). Panik bozukluğun, ülkeye bağlı olarak, 12 aylık yaygınlığı % 0.1-2.7 (Valdes ve ark., 2021) ve yaşam boyu yaygınlığı % 0.2 ila 4.7 arasındadır (Um ve ark., 2023).

Genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başlayan (Alhakem, 2019) panik bozukluğun başlangıcının zirveye ulaştığı dönem 15-19 yaşları arasıdır ve bozukluk bu dönemde ergenlerin yaklaşık %1'inde görülür (Baker ve Waite, 2020). Panik bozukluğun 12 aylık yaygınlık oranının 35 ila 49 yaş arasındaki bireylerde en yüksek olduğu belirlenmiştir (Bandelow ve Michaelis, 2015). Yetişkin bireylerin % 3.6 ila % 4.7'sinin yaşamları boyunca panik atak geçirmesi muhtemeldir (Rabasco ve ark., 2022; Valdes ve ark., 2021). Kadınlar, erkeklere kıyasla ayrılık olayları, fiziksel hastalık veya hamilelikle ilgili sorunlar gibi daha stresli yaşam olaylarını daha fazla yaşama eğiliminde olduğundan (Kim ve ark., 2023), panik bozukluk kadınlarda

erkeklere göre daha fazla görülmektedir (Alhakem, 2019; Valdes ve ark., 2021).

Panik bozukluğa çok sayıda komorbid durum eşlik edebilir (Cha ve ark., 2022; Ziffra, 2021). Panik bozukluğa sahip bireyler diğer anksiyete bozuklukları, depresyon, intihar, madde kullanım bozuklukları, mesleki ve sosyal bozulmalar (Ziffra, 2021) ve duygudurum bozuklukları (Rabasco ve ark., 2022) açısından yüksek risk altındadır (Rabasco ve ark., 2022; Ziffra, 2021) ve bu bozukluk özellikle, psikiyatrik (başta majör depresif bozukluk, diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları) ve fizyolojik (astım ve diğer solunum bozuklukları, kardiyak bozukluklar, hipertiroidizm, hiperparatiroidizm vb.) hastalıklarla komorbid şekilde görülebilmektedir (Ma ve ark., 2023; Valdes ve ark., 2021; Ziffra, 2021). Bu bozukluğa sahip kadınların agorafobi semptomları gösterme ve panik bozukluğa ek ikincil depresyon yaşama olasılıkları erkeklere kıyasla daha yüksektir (Kim ve ark., 2023).

Panik bozukluğun etyolojisi net olarak ortaya konmamış olsa da (Park ve ark., 2018), bu bozukluk için çeşitli hazırlayıcı faktörler tanımlanmıştır (Townsend, 2016). Psikodinamik görüş, çeşitli etkenler (doyumsuz ebeveyn-çocuk ilişkileri, koşullu sevgi ve geçici haz) nedeniyle gelişimi geciken egonun, id ve süperego arasında yaşanan çatışmaları çözmeden yetersiz kalması ve ego savunma mekanizmalarının aşırı ve etkisiz kullanımının anksiyete için uyumsuz tepkiler oluşturduğunu savunmaktadır (Townsend, 2016). Bilişsel görüş, bireyin ölüm korkusu ve kontrolü yitireceğine dair olan yanlış inanışlarının anksiyete yarattığını savunmaktadır (Karaaslan, 2021). Panik bozukluk modelleri arasında bilişsel yönlere odaklanan felaket bilişleri teorisi ve bireyin bedensel duyumları yanlış yorumlamasına odaklanan kısır döngü teorisi de yer almaktadır (Cha ve ark., 2022). Davranışçı görüşe göre ise anksiyete, öğrenilmiş bir durumdur (Öztürk ve Uluşahin, 2016) ve geçmişte yaşanan bazı olumsuz deneyimlerin genelleştirilerek benzer durumlara uyum sağlanmaması sonucu oluşmaktadır (Karaaslan, 2021).

Panik bozukluğun nöropatofizyolojisi tam olarak anlaşılamamakla birlikte mevcut nöral sistem modeli, amigdala, hipokampus ve medial prefrontal korteks, orta beyin ve beyin sapı dâhil olmak üzere çeşitli beyin bölgelerinin katılımını önermektedir (Ma ve ark., 2023). Panik bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalarda özellikle hipokampusta patolojiler olduğu belirlenmiştir (Townsend, 2016). "Korku sinir ağı", fizyolojik/periferik korku semptomlarını tetikleyen otonom sinir sistemi ve hipotalamik-hipofiz-adrenal

ekseni ile bağlantılıdır (Kandola ve ark., 2018; Ma ve ark., 2023). Panik bozuklukta, norepinefrin, serotonin ve gamma aminobutirik asit (GABA) nörotransmitterlerinin miktarlarıyla ilgili artış/azalışların olduğu, artmış uyarılmaya norepinefrinin aracılık ettiği ve serotonin, gamma aminobutirik asit (GABA) gibi nörotransmitterlerin ise azaldığı düşünülmektedir (Townsend, 2016). Panik bozukluğun psikososyal risk faktörleri arasında başlıca stresli yaşam olayları yer almaktadır (Park ve ark., 2018). Ayrıca ailede ölüm, boşanma, iş kaybı, kaza, hastalık, aşırı koruyucu veya baskıcı ebeveyn tutumu gibi faktörler diğer psikososyal risk faktörleridir (Karaaslan, 2021).

Panik bozukluk uygun şekilde önlenmesi ve tedavi edilmesi gereken önemli bir ruhsal bozukluktur (Kim, 2019). Bu bozukluğun tedavi süreci hem farmakolojik tedaviyi hem de psikoterapötik müdahaleleri içerir (Ma ve ark., 2023). Bilişsel davranışçı terapi ve antidepresanlar etkili olduğu bilinen ilk basamak tedavilerdir (Rabasco ve ark., 2022). Anksiyete bozukluğundan muzdarip hastalar, bilişsel-davranışçı terapi gibi psikoterapötik/psikososyal girişimleri farmakoterapiye tercih ettiğinden (Gensichen ve ark., 2019; Rabasco ve ark., 2022) tedavide, yardımcı veya tek başına tedavi seçeneği olarak psikoterapötik girişimlerin kullanılması önemlidir (Kim, 2019).

Bilişsel-davranışçı terapi, farmakoterapiye kıyasla daha etkili ve uygun maliyetlidir (Alhakem, 2019) ve panik bozukluk hastalarında uzun vadeli klinik iyileşmelere de katkıda bulunmaktadır (Gensichen ve ark., 2019). Bu terapi, farmakoterapiye kıyasla daha etkili olması ve tercih edilmesine rağmen, hastaların önemli bir kısmı haftada çok fazla ve uzun seanslar nedeniyle bu tedaviden faydalanamamakta, özellikle kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan hastalar bu tür psikoterapi seanslarına katılmakta başarılı olamamaktadır (Alhakem, 2019). Panik bozuklukta yaygın olarak kullanılan bir psikoterapi olan bilişsel-davranışçı terapide amaç, panik bozuklukla ilişkili yıkıcı otomatik düşünceleri ve olumsuz bilişsel döngüleri ortadan kaldırmaktır. Bilişsel davranışçı terapide kullanılan teknikler arasında panik semptomlarının oluşumunu ve şiddetini azaltmak için nefesin yeniden eğitilmesi, gevşeme teknikleri, imgesel maruz bırakma (Ströhle, Gensichen ve Domschke, 2018), bilişsel yeniden yapılandırma ve psikoeğitim (Rabasco ve ark., 2022) yer almaktadır (Ma ve ark., 2023). Terapide kullanılan maruz bırakma tekniği özellikle hastaların panik semptomlarını tetikleyen ve korkulan içsel durumlarla yüzleşmelerine yardımcı olur (Rabasco ve ark., 2022; Ströhle ve ark., 2018). Panik bozuklukta etkili tedavi yöntemlerinden

biri olan biofeedback, psikosomatik tıpta yaygın olarak kullanılan bir terapötik yardımcıdır. Bu yöntemde, bireyin belirli durumlarda vücudunun verdiği tepkileri anlamasına yardımcı olmak, fizyolojik tepkilerini kontrol etme ve öznel rahatsızlığı azaltma becerilerini geliştirmek için fizyolojik sinyallerin ölçümü ve görselleştirilmesi kullanılmaktır (Ma ve ark., 2023). Panik bozukluğun tedavisinde farkındalık temelli stres azaltma teknikleri gibi psikoterapiler kullanılabilir. Farmakolojik olmayan anksiyete azaltıcı stratejilere bir örnek, bilinçli olarak solunumları yavaşlatmayı ve düzenli yavaş derin nefesler almaya odaklanmayı içeren derin nefes egzersizleridir (Valdes ve ark., 2021).

Farmakolojik tedavilerin panik bozukluğunu yönetmede etkinliği kanıtlanmış olsa da, potansiyel yan etkiler tedaviye uyum ve tedavi sonuçlarının uzun vadede sürdürülmesinin önünde engel teşkil edebilir. (Kim, 2019). Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve benzodiazepinler panik bozukluk için kullanılan ilk basamak ilaç tedavileridir (Ziffra, 2021). SSRI'ların ötesinde, dikkate alınması gereken diğer farmakolojik seçenekler arasında alternatif antidepresan sınıflarının yanı sıra buspiron, valproik asit, gabapentin, pregabalin gibi ilaçlar, beta blokerler ve hidroksizin gibi antidepresan olmayan ilaçlar da bulunmaktadır (Ziffra, 2021). Panik bozukluğun kısa süreli tedavisinde özellikle antidepresanlar (trisiklik antidepresanlar, SSRI'lar, monoamin oksidaz inhibitörleri, seçici norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), mirtazapin, bupropion ve reboksetin) ve benzodiazepinler etkilidir ve bu ilaç gruplarının kullanımı daha az semptom ve atak sayısıyla ilişkilendirilmiştir (Garrett, Jackson ve Bajala, 2021). Panik bozukluğun tedavisinde SSRI'lar grubundan fluoksetin, paroksetin, setralin; SNRI'lar grubundan venlafaksin ve benzodiazepinler grubundan alprazolam ve klonazepam FDA (Food and Drug Administration-Gıda ve İlaç Dairesi) onaylı ilaçlardır (Halter, 2022).

VAKA

G. Hanım 54 yaşında, evli, ev hanımı ve üç çocuk annesidir. 33 yıl önce evlenen G. Hanım, evlendikten sonra eşi, kayınpederi ve kaynanası ile beraber; baskıcı, katı ve sert kuralları olan geniş bir aile ortamında yaşamaya başlamıştır. Bir devlet kurumunda işçi olarak görev yapmakta olan eşi öfkeli bir mizaca sahiptir. G. Hanım'ın, yaşadığı aile ortamında aile üyelerinin iletişimlerinin kopuk olduğu bilinmektedir. G. Hanım, kayınpederi ve kaynanasının bakımını da üstlendiğinden kendisine yeterince zaman ayıramamaktadır.

G. Hanım, 44 yaşında, histerektomi operasyonu geçirmiş ve operasyondan 6 ay sonra ilk olarak baş dönmesi, tansiyon yükselmesi gibi şikâyetleri nedeniyle dâhiliye polikliniğine başvurarak hipertansiyon ilacı kullanmaya başlamıştır. G. Hanım, ilaç kullanmaya başladıktan sonra yanaklarda kızarma, sıcaklık artışı, korku, ayakta duramama, titreme, hemen 'tansiyonum çıkacak' endişesi ve ölecekmiş gibi hissetme belirtilerini yaygın şekilde yaşamaya devam etmiştir. Bu belirtilerin devam etmesi nedeniyle çeşitli polikliniklere (kardiyoloji, dâhiliye vb.) giden G. Hanım'da başka bir fiziksel hastalık bulgusuna rastlanmamıştır.

G. Hanım, bir gün sabah kahvaltı yaptıktan sonra kalbinin göğsünden fırlayacakmış gibi çarpması, boğulur gibi hissetme, göğüste sıkışma, ölmekten korkma, ürperti, nefes alamama gibi belirtileri tekrar yaşamıştır. Bu belirtilerin tekrarlanması nedeniyle G. Hanım, kardiyoloji polikliniğine başvurmuş ve bunun üzerine kendisine holter takılmıştır. Holter sonucunda herhangi bir hastalık bulgusuna rastlanmamıştır. Ertesi gün aynı belirtileri tekrar yaşayan G. Hanım bu belirtileri tekrardan yaşamamak için sürekli uyumaya başlamıştır. Sürekli uyuduğu için günlük yaşam aktiviteleri ve rollerini yerine getiremeyen G. Hanım aile bireyleriyle neredeyse hiç iletişim kurmamaya başlamıştır. Hem aldığı ilaçtan hem de yaşadığı belirtilerden dolayı iştahı azalan G. Hanım günde sadece bir öğün yemeye başlamıştır. G. Hanım yeniden aynı belirtileri yaşamaktan çok korktuğu için sürekli tetikte beklemektedir.

G. Hanım, yaşadığı bu sorunların artık hayatının her alanını etkilediğini fark ettikten sonra tekrar hastaneye başvurmuştur. Dâhiliye hekimi tüm laboratuvar ve tetkik sonuçlarında herhangi bir hastalık bulgusu gözlemlemediği için G. Hanım'ı, psikiyatri birimine yönlendirmiştir. Psikiyatri hekimi tarafından değerlendirilen G. Hanım'a 1x1 mg Xanax ve 1x50 mg Lustral reçete edilerek tedavi sürecine başlanmıştır. G. Hanım, sigara, alkol ve herhangi bir madde kullanmamaktadır. G. Hanım'ın 10 yıldır hipertansiyonu ve 11 yıldır guatr hastalığı vardır ve bu hastalıkların tedavisi için 1x5 mg Delix, 1x50 mg Euthyrox kullanmaktadır. G. Hanım'ın geçmiş hastalık öyküsünde guatr ve hipertansiyon dışında herhangi bir fiziksel hastalığı veya ek bir psikiyatrik bozukluğu bulunmamaktadır. Aile öyküsüne bakıldığında; anne ve babasında herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsüne rastlanmamıştır. G. Hanım'ın annesinde diyabet hastalığının olduğu ve annesinin kanser nedeniyle hayatını kaybettiği bilinmektedir.

G. Hanım'ın ruhsal durum değerlendirmesinde genel görünümünün iyi, öz bakımının kısmen yerinde olduğu göz teması kurduğu ve görüşmeye istekli olduğu belirlenmiştir. G. Hanım kendisine sorulan sorulara ayrıntılı yanıtlar vermektedir. Duygulanımının anksiyöz, duygu durumunun hafif çökkün olduğu belirlenen G. Hanım'ın, duygu durumu duygulanımla uyumlu durumdadır. G. Hanım yaşadığı atakların hafiften başlayıp birden şiddetlendiğini, ortalama beş dakika kadar sürdüğünü ve tekrar atak geçirme konusunda korku ve endişesinin hâlâ devam ettiğini ifade etmektedir. Eşi ve aile bireyleriyle olan ilişkisi sorulduğundan G. Hanım, eşinin kendisini anlamadığını, yoğun iş hayatından dolayı kendisiyle ilgilenemediğini, hatta ameliyat olduğunda bile yanında olmayarak çalışmaya devam ettiğini özellikle ataklarından sonra eşiyle olan iletişimlerinin daha da koptuğunu dile getirmiştir. Ataklar nedeniyle evdeki rol ve sorumluluklarını yerine getiremeyen G. Hanım bu konuda yetersiz kaldığını ve çaresiz hissettiğini belirtmiştir. G. Hanım'ın konuşma hızı azalmış ancak, konuşma içeriği normal ve amaca yöneliktir. Bilinci açık ve koopere olan G. Hanım'ın gerçeği değerlendirme yetisinde ve algılamasında herhangi bir psikopatolojik bulgu gözlenmemiştir. G. Hanım'ın bellek, dikkat ve oryantasyonunun normal olduğu belirlenmiştir.

Vakayı sorularla analiz edelim

1. G Hanım'ın tanısı nedir?
2. G Hanım'ın aldığı Xanax ve Lustral hangi ilaç grubuna girmektedir?
3. Xanax ve Lustral'ın bağımlılık yapma riski var mıdır?
4. Xanax ve Lustral'ın yan etkileri nelerdir?
5. Xanax ve Lustral ilaçlarının kullanımı ve kullanırken nelere dikkat edilmesi gerekir?
6. G Hanım'a konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
7. Bu tanıyı alan hastaya genel hemşirelik yaklaşımı nasıl olmalıdır?
8. Bu tanıyı alan hastaya ve ailesine verilecek eğitim nasıl olmalıdır?
9. Bir psikiyatri hemşiresi olarak hastaya hangi eğitimler verilebilir?

Vaka sorularının cevapları

1. Panik Bozukluk
2. Xanax, ana maddesi alprazolam olan, kaygı-endişe giderici (anksiyolitik) olarak ve panik bozukluklarında kullanılan

benzodiazepin türevi bir ilaçtır. Lustral ise sertralin adlı etkin maddeyi içermektedir ve Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSRI'lar) adı verilen, ruhsal çöküntüye (depresyona) veya takıntılı davranışlara karşı etkili olan antidepresan ilaç grubuna dâhildir.

3. Xanax benzodiazepin ilaç grubunda olduğundan dolayı bağımlılık yapma riski yüksektir. Bağımlı olma riski nedeniyle doktor kontrolünde kullanılması gerekir. Benzodiazepinler, advers reaksiyonlar, bağımlılık riski ve yüksek mortalite nedeniyle birinci basamak tedavi veya uzun süreli kullanım için önerilmez (Bernard ve ark., 2018; Degeorge, Grover ve Streeter, 2022). Ancak Lustral antidepresan ilaç grubunda olduğu için bağımlılık yapmaz.
4. Xanax: Depresyon ve huzursuzluk en sık görülen yan etkilerdendir. Yorgunluk, sersemlik ve uyuşukluk fiziksel olarak sıklıkla görülür. Odaklanmada güçlük, unutkanlık, konuşmada güçlük, baş dönmesi, ağız kuruluğu, vertigo, kabızlık, cinsel istekte azalma veya artma sıklıkla görülen yan etkiler arasında bulunmaktadır. Yan etkilerin şiddetli olması veya uzun süre devam etmesi durumunda doktorunuzla iletişime geçmeniz çok önemlidir.

Lustral: Yan etkiler arasında bulantı, baş dönmesi, uyku hali, baş ağrısı, uykusuzluk ve cinsel isteksizlik sıklıkla görülür. Eğer yan etkiler şiddetli hale gelirse veya uzun süre devam ederse, doktor ile iletişime geçmek önemlidir.

5. Xanax kullanırken dikkat edilmesi gereken önemli noktalar:

- Hasta tabletleri bir bardak su eşliğinde, çiğnemeden, bütün olarak almalıdır.
- Mide rahatsızlığını önlemek ve mide bulantısı riskini azaltmak için yemekten sonra tüketilmesi tavsiye edilir.
- Kaçırılan dozu telafi etmek için çift doz alınmamalı.
- İlaçtan istenilen etki elde edilemese bile dozajın bağımsız olarak artırılmaması önemlidir. Reçete edilen dozun aşılması ciddi sonuçlara yol açabilir ve bundan kaçınılmalıdır.
- Aksine, ilacın etkisi çok güçlüyse, dozu azaltılmamalı veya aniden kullanımı bırakılmamalıdır.
- Bağımlılık yapma potansiyeli olan bir ilaç olduğundan aniden bırakılması yoksunluk belirtilerine yol açabilir. Bu tür durumlarda mutlaka doktorunuza danışmalısınız.

- Xanax, psikiyatristler tarafından bireysel olarak reçete edilen bir ilaçtır. Başkalarıyla paylaşmak veya başkasının tavsiyesi üzerine kullanmak oldukça risklidir. Kötüye kullanım olasılığını en aza indirmek için güvenli bir şekilde saklanması tavsiye edilir.
- İlaç uyuşukluğa, konsantrasyon bozukluğuna ve kas işlev bozukluğuna neden olabilir. İlacın hastaların uyanıklıkları üzerindeki etkisini değerlendirene kadar araba kullanmak veya makine kullanmak gibi odaklanmayı gerektiren faaliyetlerden kaçınmalıdır.
- Ameliyat veya diş prosedürleri öncesi gibi anestezi gerektiren tıbbi senaryolarda, sağlık profesyonellerinin ilacın kullanımı konusunda bilgilendirilmesi zorunludur.

Lustral kullanımı esnasında dikkat edilmesi gereken önemli noktalar:

- Lustral genellikle günde tek doz alınarak kullanılır.
- Hasta, ilacını günün herhangi bir saatinde, yemekle birlikte veya yemekten önce alabilir. Ancak tutarlılık çok önemlidir ve her gün aynı saatte almalıdır.
- Uykusuzluk ilacın bir yan etkisi olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenle daha çok sabah saatlerinde alınması tavsiye edilir.
- Tüm antidepresan ilaçların tutarlı kullanımı çok önemlidir. Bu nedenle hiçbir dozun kaçırılmamasına dikkat etmek gerekir.
- Lustral kullanırken greyfurt tüketilmesi önerilmez. Greyfurtta bulunan bileşikler kan dolaşımındaki sertralin düzeylerini yükselterek ilacın etkinliğini potansiyel olarak etkileyebilir.
- Lustral'in yanında düzenli olarak alınması gereken başka bir ilaç varsa mutlaka doktora bilgi verilmesi gerekmektedir. Diğer ilaçlarla etkileşimler olumsuz sonuçlara yol açabileceği için dikkate alınmalıdır.
- Her antidepresan ilaçta olduğu gibi ilacın aniden kesilmesi zararlı olabilir. Yan etkilerden kaçınmak için doktor kontrolünde kademeli olarak azaltılmalıdır.

6. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri arttırılabilir.

Anksiyete
Korku
Güçsüzlük
Ruhsal Sıkıntı

Sosyal İzolasyon
Rol Performansta Bozulma
Benlik Saygısında Bozulma
Etkisiz Baş Etme
Bireysel Baş Etmede Yetersizlik
Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma
Uyku Örüntüsünde Bozulma
Sosyal Etkileşimde Bozulma

Hemşireli k tanısı	Tanımlayı cı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirm e
Anksiyete (Panik Düzeyde)	Ani başlayan tansiyonum çıkacak veya öleceğim korkusu Artan nabız ve kalp çarpıntısı, göğüste sıkışma ve nefes alamama gibi belirtilerin olması Tekrar aynı belirtileri yaşayacağı ve atak geçireceğine ilişkin korkunun olması	Etkili baş etme yöntemlerini kullanamaması	**Kısa Dönem:** **1.**Hastanın anksiyetesinin orta düzeye inmesi **2.** Hasta panik atakları üzerinde hâkimiyet kazanması ve baş etme yöntemlerini kullanabilmesi **Uzun Dönem:** **1.**Hastanın problem çözme becerisiyle panik ataklarını önleme yetisinin artması **2.** Alternatif baş etme mekanizmalarını etkin olarak kullanabilmesi	1. Hastaya yavaş ve derin nefesler almasının söylenmesi ve hasta ile birlikte nefes alınmasına yardımcı olunması. 2. Çevresel uyaranların azaltılarak güvenli ve sakin bir ortam sağlanması. 3.Hastanın duygu ve endişelerini sözel olarak ifade etmesi için teşvik edilmesi 4.Beklentilerin minimum ve basit düzeyde tutulması. 5. Hastanın atak öncesi duyguları ile atak başlangıcı arasında bağlantı kurmasına yardımcı	Hastalık hakkında eğitim verildi. Hastanın anksiyete düzeyi belirlendi. (8 puan) Çevresel uyaranlar azaltılarak güvenli ve sakin bir ortam sağlandı. Anksiyete belirtileri öğretildi ve anksiyete belirtileri ortaya çıktığında solunum egzersizleri beraber yapılarak hem destek olundu hem de anksiyete seviyesi

				olunması: "Ataktan hemen önce ne düşünüyordunuz ?" "Ataktan hemen önce ne hissettiğinizi tanımlayabilir misiniz?" 6.Hastanın semptomların yıkıcı bir fiziksel sorundan değil, anksiyeteden kaynaklandığını anlamasına yardımcı olunması. *Örnekler:* *Anksiyetenin fiziksel semptomlarının açıklanması. *Anksiyetenin kalp krizi gibi fiziksel olaylara benzer hislere neden olduğu gerçeğinin tartışılması. 7. Panik ataklar için etkili terapilerin belirlenmesi. 8.Anksiyete tespit edildiğinde hemen kullanılmak üzere hastaya abdominal solunumun öğretilmesi. 9.Hastaya "Kaygımı kontrol edebilirim" gibi	azaltılmaya çalışıldı. Hasta anksiyetesinin azaldığını ifade etti. (3 puan)

				olumlu öz konuşmaların kullanımının öğretilmesi. 10. Hasta ve ailesine hastanın panik atakları için reçete edilen ilaçlar hakkında bilgi verilmesi. 11.Hasta ve ailesinin uygun olduklarında destek gruplarına kendi kendine yardım programlarına yönlendirilmesi.	

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Etkisiz Rol Performansı	Hastanın evdeki rol ve sorumlulukların yerine getiremediğini ifade etmesi	Benlik saygısında bozulma (yetersizlik ve çaresizlik) Tekrar atak yaşama korkusu	**Kısa dönem:** Atak beklentisi korkusunun rol performansı üzerine olan etkisini anladığını sözel olarak ifade etmesi. **Uzun dönem:** Hastanın sonraki dönemlerinde sorumlulukların yeniden üstlenerek yerine getirmesi.	1. Bireyin rol performansında etkisizliğe sebep olan faktörlerin araştırılması. 2. Bireyin duygu ve düşüncelerini açıklaması için teşvik edilmesi. 3.Bireysel aktivite programlarının keşfedilmesini ve uygulanmasını desteklemek. 4. Süreçle ilgili olarak	Bireyin rol performansında etkisizliğe sebep olan faktörler belirlendi. Bireye destek verilerek rollerini yerine getirebilmesi için teşvik edildi.

				aile bireylerine eğitim verilmesi. 5.. Bireyin kapasitesi belirlenerek buna uygun rollerin tekrar düzenlenmesi. 6. Bireyin kendisini ihmal etmemesi için destek sağlanması.	

7. Panik bozukluk tanısı alan hastalara planlanacak genel hemşirelik yaklaşımı aşağıdaki gibidir:

- Hastayla açık, kısa net ve basit bir dil kullanılmalıdır (Baysan Arabacı, 2020).
- Sakin, kararlı ve güven verici bir ses tonuyla iletişim kurulmalı (Baysan Arabacı, 2020; Videbeck, 2011), güven ve kontrol duygusunun iletilmesi sağlanmalıdır (Baysan Arabacı, 2020).
- Hastaya gevşeme egzersizleri/teknikleri öğretilmeli, kontrollü ve derin nefes almaya odaklanmasına yardımcı olunmalı, sıcak banyolar, sırt masajları ve yürüme gibi uygulamalar dâhil olmak üzere kaygı azaltıcı teknikleri kullanmaya motive edilmelidir.
- Hastaya güvenli ve sakin bir ortam sağlanmalı, panik atak sırasında hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir (Baysan Arabacı, 2020; Videbeck, 2011).
- Hastanın kaygı yaşayan diğer bireylerle etkileşimi sınırlı olmalıdır.
- Kaygının derecesi değerlendirilmeli ve kişiden bunu 1'den 10'a kadar bir ölçekte belirtmesi istenebilir.
- Bireylerin açıkça iletişim kurmasına yardım etmeli ve duygularını paylaşması için teşvik edilmelidir.
- Hastanın durumu hakkında dürüst geri bildirimlerde bulunulmalı ve yanlış güvencelerden kaçınılmalıdır.
- Hastanın kullandığı başa çıkma becerileri belirlenmelidir.
- Hastanın etkili alternatif başa çıkma becerilerini geliştirmesine yardımcı olunmalıdır.

- Hiperventilasyon durumlarında hastaya yavaş ve derin nefes alması konusunda rehberlik edilmelidir (Baysan Arabacı, 2020).
- Panik atak sırasında hastanın yanında kalınmalıdır (Videbeck, 2011).
- Hastanın kaygı düzeyi azaldığı zamanlarda, kaygının veya paniğin temel nedenini araştırmak ve tartışmak önemlidir (Baysan Arabacı, 2020).
- Hastaya yalnızken bağımsız olarak uygulanabilecek rahatlama tekniklerini öğretilmeli ve bu yöntemleri bağımsız olarak kullanması sağlanmalıdır.
- Potansiyel tetikleyici olayları ve bunların hasta için önemi tartışılarak kaygıya ilişkin önleyici bir anlayış sağlanmalıdır.
- Hastaya hastalığı, belirtileri ve ilaç tedavisi konusunda eğitim verilerek bilgilendirilmelidir (Baysan Arabacı, 2020).
- Hastanın bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerini kullanmasına yardımcı olunmalıdır.
- Hastanın stres faktörlerini ve kaygı uyandıran durumları nasıl azaltacağını keşfetmesi sağlanmalıdır (Videbeck, 2011).
- Hasta sürekli olarak düşüncelerini ve duygularını kaydettiği bir günlük tutma uygulaması konusunda teşvik edilmeli ve cesaretlendirilmelidir.
- Bireye güçlü yönleri, başa çıkma stratejileri ve sosyal destek ağını belirlemesi ve bunlardan yararlanma konusunda rehberlik edilmelidir (Gürhan, 2016).
- Hemşire hastayı düzenli egzersiz yapmaya teşvik etmelidir. Düzenli olarak egzersiz yapılması adrenalinin metabolize edilmesine yardımcı olur, panik reaksiyonlarını azaltır ve endorfin üretimini artırır (Videbeck, 2011).

8. Bu tanıyı alan hastaya ve ailesine verilecek eğitimde dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıda verilmiştir:

- Anksiyete bozukluğu olan hastalarla çalışırken hasta ve ailesinin eğitimi birincil öneme sahiptir.
- Hasta, stresi yönetmenin, strese ve stres yaratan durumlara verdiği tepkilerle başa çıkmanın yollarını öğrenir.
- Psikoterapi ve ilaç tedavisinin etkinliği ve reçete edilen ilaçların etkileri hakkında verilecek eğitimle, hasta anksiyete bozukluğunun baş tedavi yöneticisi haline gelebilir.

- Hemşirenin hastayı ve aile üyelerini anksiyetenin fizyolojisi ve kombine psikoterapi ve ilaç yönetiminin yararları konusunda eğitmesi önemlidir.
- İlaçlarla ilgili eğitim; önerilen dozu, beklenen etkileri, etki göstermesi için gereken zaman dilimini, ilaç yan etkilerini, bu yan etkilerle nasıl başa çıkılacağını ve ilaçla sinerjik veya antagonistik etkisi olan maddeleri içermelidir (Townsend, 2016; Videbeck, 2011).
- Stres azaltma teknikleriyle birlikte psikoterapi ve ilaç tedavisinin kombine tedavi yaklaşımı, hastanın bu sert tepkileri yönetmesine yardımcı olarak (Gürhan, 2016; Videbeck, 2011) ve kendi kendini kontrol etme duygusu kazanmasını sağlayabilir.
- Hemşire, hastanın terapilerin ve ilaçların; bozukluğu "iyileştirmediğini", ancak kontrol etmesine ve yönetmesine yardımcı olan yöntemler olduğunu anlamasına yardımcı olmalıdır.
- Hasta ve ailesine destek hizmetleri (kriz hattı, destek grupları, bireysel psikoterapi) konusunda bilgi verilmelidir (Townsend, 2016).

9. Hemşire olarak hastaya verilebilecek eğitimlerden bazıları aşağıda verilmiştir.

- Anksiyete yönetimi (bilişsel ve davranışsal teknikler)
- Gerçek hayattaki durumlarda anksiyeteyle yüzleşme egzersizleri (Maruz bırakma, sistematik duyarsızlaştırma)
- Gevşeme ve nefes egzersizleri
- Anksiyete ve anksiyete bozukluklarına yönelik psikoeğitim
- İlaçlarla ilgili psikoeğitim
- Destek hizmetleri (kriz hattı, kendi kendine yardım grupları) eğitimi
- Stresle baş etme teknikleri
- Duygu yönetimi becerileri
- Etkili iletişim becerileri

SONUÇ

Psikiyatri hemşireleri, panik atak sırasında normal bedensel duyumları ölümcüllükle ilişkilendiren çarpık düşünce ve şemaları tanımlama konusunda bireyleri eğitme kapasitesine sahiptir. Bireylerin süregelen kaygı

ve kaçınma davranışlarına katkıda bulunan bu düşünceleri değiştirmelerine yardımcı olmada rol oynarlar. Psikiyatri hemşireleri grup terapisini danışmanlık ve eğitim rollerine entegre edebilir, aynı zamanda eğitim yoluyla edindikleri psikoterapi becerilerini de uygulayabilirler. Hastaların stres anında başa çıkma durumlarını belirlemeli, başa çıkma yöntemlerinin etkinliğini tanımlayıp değerlendirilmeli ve uygun başa çıkma stratejilerinin benimsenmesini teşvik etmelidir. Psikiyatri hemşireleri panik bozukluğu tanısı alan bireylere, stres düzeylerini azaltmaya yönelik etkili stresle başa çıkma teknikleri konusunda eğitim vermelidir. Ayrıca hemşirelik rollerinin bütüncül yönlerini de dikkate alarak kapsamlı tedavi, bakım, eğitim ve danışmanlık desteği sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

Alhakem, S. S. M. (2019). The effectiveness of short-term intensive cognitive-behavioral therapy on symptoms severity of patients with panic disorder. *Duhok Med J, 13*(1), 44-55. https://doi.org/10.31386/dmj.2019.13.1.5.

American Psychiatric Association. (2013). Anxiety disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. içinde (pp. 189-233). Arlington: VA.

Baker, H. J., ve Waite, P. (2020). The identification and psychological treatment of panic disorder in adolescents: a survey of CAMHS clinicians. *Child and Adolescent Mental Health*, *25*(3), 135-142. https://doi.org/10.1111/camh.12372.

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci, 17*(3), 327-335. https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow.

Baysan Arabacı, L. (2020). Anksiyete bozuklukları ve hemşirelik bakımı. Baysan Arabacı, L. (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıklarında temel hemşirelik bakımı*, içinde (ss. 140-165). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Bernard, M. M. T., Luc, M., Carrier, J. D., Fournier, L., Duhoux, A., Côté, E., ... & Roberge, P. (2018). Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. *Heliyon, 4*(7). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00688.

Cha, E. J., Hong, S., Park, D. H., Ryu, S. H., Ha, J. H., & Jeon, H. J. (2022). A network analysis of panic symptoms in relation to depression and anxiety sensitivity in patients with panic disorder. *J Affect Disord*, *308*, 134-140. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.062

DeGeorge, K. C., Grover, M., & Streeter, G. S. (2022). Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *Am Fam Physician, 106*(2), 157-164.

Ediz, Ç., Kavak Budak, F. (2023). Effects of psychosocial support-based psychoeducation for Turkish pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support: a randomized controlled study. Rural and Remote Health, 23(3), 1-13. https://doi.org/10.22605/RRH7553

Garrett, E. K., Jackson, R., & Bajala, D. (2021). What are evidence-based medications for the treatment of panic attacks?. *Evidence-Based Practice, 24*(5), 12-14. doi: 10.1097/EBP.0000000000001031.

Gensichen, J., Hiller, T. S., Breitbart, J., Brettschneider, C., Teismann, T., Schumacher, U., ... & Group, J. P. S. (2019). Panic Disorder in Primary Care: The Effects of a Team-Based Intervention—a Cluster-Randomized Trial. *Deutsches Ärzteblatt International*, *116*(10), 159. https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2019.0159.

Güleç, C. (2018). Anksiyete bozuklukları. *Psikiyatrinin ABC'si.* Güncellenmiş 4. Baskı. içinde (ss. 29-40), İstanbul: Say Yayınları.

Gürhan, N. (2016). Kaygı (anksiyete) bozuklukları. Gürhan, N. (Ed.), *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*, içinde (ss. 350-400), Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Halter, M. J. (2014). *Varcarolıs' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clınıcal Approach,* 7th Edition, Elsevier Saunders.

Halter, M. J. (2022). *Varcarolis' psikiyatri hemşireliği bakım planlaması el kitabı profesyoneller arası bir yaklaşım*. 6. baskı. (N. Gürhan & F. Ayhan, Çeviri Eds.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kandola, A., Vancampfort, D., Herring, M., Rebar, A., Hallgren, M., Firth, J., & Stubbs, B. (2018). Moving to beat anxiety: epidemiology and therapeutic issues with physical activity for anxiety. *Curr Psychiatry Rep, 20*, 1-9. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0923-x.

Karaaslan, S. (2021). Anksiyete bozuklukları ve hemşirelik yaklaşımı. Batmaz, M. & Gezgin Yazıcı, H. (Eds.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği*, içinde (ss. 157-176). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kim Y. K. (2019). Panic disorder: Current research and management approaches. *Psychiatry Investig, 16*(1), 1–3. https://doi.org/10.30773/pi.2019.01.08.

Kim, H. J., Lee, S. H., & Pae, C. (2023). Gender differences in anxiety and depressive symptomatology determined by network analysis in panic disorder. *J Affect Disord, 337,* 94-103. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.087.

Ma, C. H., Chang, H. Y., Lee, H. C., Yu, Y. F., Tien, H. S., Lin, Y. H., ... & Huang, W. L. (2023). The psychological and physiological effects of integrated cognitive-behavioral and biofeedback therapy on panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the Formosan Medical Association*. *Jul 14,*S0929-6646(23)00263-2. https://doi.org/10.1016/j.jfma.2023.07.007.

Oussi, A., Hamid, K., & Bouvet, C. (2023). Managing emotions in panic disorder: A systematic review of studies related to emotional intelligence, alexithymia, emotion regulation, and coping. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, *79*, 101835. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101835.

Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A. (Eds.). (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 14. baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Park, H. J., Kim, M. S., Park, E. C., Jang, S. Y., Kim, W., & Han, K. T. (2018). Association between sleep disorder and panic disorder in South Korea: Nationwide nested case-control study of data from 2004 to 2013. *Psychiatry Res*, *260*, 286-291. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.076.

Rabasco, A., McKay, D., Smits, J. A., Powers, M. B., Meuret, A. E., & McGrath, P. B. (2022). Psychosocial treatment for panic disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Anxiety Disorders*, *86*, 102528. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102528.

Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Dtsch Arztebl Int*, *115*(37), 611. https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2018.0611.

Townsend, M. C. (2016). Anksiyete, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar. (E. Engin, Çeviri Ed.), *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: Kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. 6. Baskı. içinde (s. 460-490). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Um, Y. H., Han, K. D., Kim, T. W., Jeong, J. H., Hong, S. C., & Seo, H. J. (2023). Does panic disorder increase the risk of cardiovascular diseases in diabetics?: A nationwide population-based study. *J Affect Disord*, *325*, 604-610. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.066.

Valdes, B., Salani, D., King, B., & De Oliveira, G. C. (2021). Recognition and treatment of Psychiatric emergencies for health care providers in the emergency department: panic attack, panic disorder, and adverse drug reactions. *J Emerg Nurs*, *47*(3), 459-468. https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.01.004.

Videbeck, S. L. (2011). Anxiety disorders. Videbeck, S. L. (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing.* 5th ed. içinde (pp. 225-250). China: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Yeşilçınar, İ., Yanık, D. (2023). Doğum yapan ve yapmayan kadınlarda premenstrual sendrom ve mental iyi oluş arasındaki ilişkinin

incelenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 6(2), 290-298. DOI:10.38108/ouhcd.1122220

Ziffra, M. (2021). Panic disorder: a review of treatment options. *Ann Clin Psychiatry*, *33*(2), 124-133. https://doi.org/10.127788/acp.0014.

BÖLÜM 18

PARANOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Dr. Didar KARAKAŞ İNCE[1]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431349

[1]Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Giresun, didar.karakas@giresun.edu.tr
ORCID ID:0000-0002-4499-521X

GİRİŞ

Kişilik Bozukluğu, bireyin, biliş, duygulanım, dürtü kontrolü ve kişilerarası ilişkilerinde süreci olumsuz etkileyen ve işlevsel yapıyı bozan, kalıcı ve aynı zamanda uzun süreli olan yaşantı örüntüleridir (American Psychiatric Association, 2013). Erken dönemde uyumsuz şemaların aktivasyonu ile kişilik bozukluklarında meydana gelen belirtiler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Van Vreeswijk, Broersen, Nadort, 2012). Erken dönemde yaşantılar sonucu meydana gelen olumsuz şemalar, çocukluk döneminde gereksinimlerin karşılanmaması sonucu oluşrarak (Young, Klosko, Wieshaar, 2003), süreç devam ettikçe ve olumsuz yaşantılar yaşandıkça şemalar katılaşarak değişime direnç göstermeye başlar (Van Vreeswijk, Broersen, Nadort, 2012). İşlevsiz duruma gelen şemalar, yetişkin dönemde ortaya çıkan kişilik bozuklarında temel olduğu ifade edilmiştir (Young, Klosko, Wieshaar, 2003; Soygüt , Karaosmanoğlu , Çakır, 2009).

Paranoid Kişilik Bozukluğu, insanlara karşı güvensizlik ve uzun süre boyunca şüphe duyulması ile karakterize olan bozukluktur. Diğer kişilerin davranışlarını ve konuşmalarını olumsuz yorumlayarak, başarısız olduklarında ya da eksikliklerine yönelik diğer kişileri eleştirerek akla uygunlaştırırlar. Paranoid kişilik bozukluğu tanısı olan bireyler, gergin ve huzursuz görünürler. Aşırı kontrol nedeniyle hayali ya da gerçek oluşabilecek herhangi bir tehdide açıktırlar. Var olan güçlerini kaybetmelerinden korktukları için başkaları ile iletişimden kaçınırlar. Çok hassas bir yapıya sahip olup, güven problemi yaşadıkları için diğer kişilerin dürüst olup olmadıklarını denerler. Başarılı kişilere yönelik kıskançtırlar. Kontrol kaybı oluştuğunda paranoid kişilik bozukluğu tanısına sahip bireyler agresyon ve şiddet tutumu sergilerler. Bu süreç kısadır ve tekrardan kontrollerini kısa sürede kazanırlar (Köroğlu ve Bayraktar, 2010).

Dünyada ruhsal bozuklukların tanılanmasında en yaygın olarak Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırma sistemi (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-V) kullanılmaktadır. Bu sınıflamaya göre kişilik bozuklukları A,B ve C Kümesi şeklinde gruplandırılmıştır. A kümesi kişilik bozukluklarından biri de paranoid kişilik bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Toplumun %0,5-2,5'inde görülmekte olan paranoid kişilik bozukluğu, sıklıkla psikotik bozukluğu olan bireylerin aile üyelerinde, bu kişilere bakım sağlayan kişilerde ve erkek cinsiyette görülmektedir (Winsper ve ark., 2020).

Bireyi ve ailesini tüm yönleriyle etkileyen paranoid kişilik bozukluğunda, tedavi süreci karmaşık ve uzun olabilmektedir. Tedavisinde şema terapi, bilişsel davranışçı terapi, bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi gibi bireyin yapısına uygun tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Terapötik ortamın oluşturulması ve sürdürülmesi tedavide önemlidir. Hemşire, paranoid kişilik bozukluğu tanısı olan birey ile hemşirelik sürecini planlamalı ve sürecin uzun sürebileceğini bilmelidir (Doenges vd., 2019; Jones ve ark., 2022).

VAKA

67 yaşında olan Bayan D. 1 yıldır huzurevi ve yaşlı bakım merkezinde kalmaktadır. Huzurevinde diğer kişiler ile sürekli olarak yaşadığı anlaşmazlıklardan dolayı rehberlik birimi tarafından psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiştir. Daha öncesinde de yaşadığı benzer durumlardan dolayı psikiyatri birimine başvuruda bulunmuştur. Bayan D. kızının yanında yaşarken de kızı ve eşi ile yaşadığı problemlerden dolayı kendi isteği ile huzurevinde kalmaya başlamıştır. Psikiyatri polikliniğine giden Bayan D., anamnez esnasında hekime oda arkadaşının sürekli başkaları ile kendisi hakkında konuştuğu, kurumda onun hakkında olumsuz ifadeler ortaya çıkararak uzaklaştırılması için çabaladığını ifade etmiştir. Bunun üzerine oda arkadaşı değiştirilen Bayan D. odasına yeni gelen kişinin de eski oda arkadaşı ile anlaştığını, birbirleri ile iş birliği yaparak ona zarar vermeye çalıştıklarını bu yüzden artık o kişi ile de aynı odada olmak istemediğini, iletişimini kesmek istediğini söylemiştir. Huzurevinde yaşayan diğer kişilerin de dürüst olmadıklarını ifade ederek, ortak yaşam alanlarında çok zorlandığını ifade etmiştir. Görüşme esnasında Bayan D., öfkeli ve şüpheci tavırları ile kapıya yakın oturmamış masanın duvara yakın olan kısmına sırtı duvara gelecek şekilde oturmuştur. Ruh hali iyi olarak tanımlanan Bayan D.' nin duygulanımı öfkeli, şüphecidir. Düşünce akışı ve içeriği normaldir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bayan D'nin tanısı nedir?
2. Bayan D için en iyi yaklaşım şekli nedir?
3. Bayan D'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
4. Siz huzurevinde çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka sorularının cevapları

1. Paranoid kişilik bozukluğu.
2. Paranoid Kişilik Bozukluğu tanısına sahip olan Bayan D. için işbirlikçi tutum sergilemek önemlidir. En iyi yaklaşım şeklidir. Hastaya ılımlı bir şekilde yaklaşmak, aşırı tepki vermeden, sorularına net, açık ve gerçekci bir şekilde cevap vermek önemlidir. Yapılan herhangi bir hata olursa kabul edilerek, açıklama yapılmalıdır.
3. Aşağıda Bayan D. için konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.
   Sosyal etkileşimde bozulma,
   Etkisiz baş etme (bireysel baş etmede yetersizlik),
   Düşük benlik saygısı.

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Sosyal Etkileşimde Bozulma	Uzaklaşma davranışları, yalnızlık.	Öfkeli ve şüpheci tavırları nedeniyle kişilerarası iletişimde isteksizlik.	Kısa dönem: Kişilerarası ilişkilerin gelişmesini engelleyen davranışların belirlenmesi. Uzun dönem: Kişilerarası ilişkilerde iletişim kurma isteği.	1.Kişilerarası ilişkilerde pozitif destek verilmesi, 2.Bireyin davranışları ile ilgili kişilerarası iletişim kurmasını nasıl etkilediğinin farkında olmasının sağlanması, 3.Bireye başarabileceğini göstermek için en uygun zamanda destek	Bireyin diğer kişiler ile iletişim kurmada isteğinin arttığı gözlemlendi.

				sağlanması.	

Hemşireli k tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirm e
Bireysel Baş Etmede Yetersizlik	Başetme yöntemlerine ilişkin kaynakların ne olduğu ve nasıl kullanılacağın a dair bilgi eksikliği.	Olumsuz inançları nedeniyle yardım arama davranışlarınd a eksiklikler olması.	Bireyin kendisinde var olan uygunsuz başetme davranışlarını bilmesi ve tanımlaması, Bireyin güçlü yönlerini tanıması ve etkili başetme yöntemlerini kullanabilmesi .	1. Birey ile iletişimde açık ve net ifadeler kullanılarak, başetme davranışların ı tanılamasını sağlamak, 2.Kişi ile iletişimde şüphe uyandıran ve karmaşık ifadelerden kaçınmak, 3.Başetme yöntemlerine ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesi.	Bireyin basit problemlerle başetmede zorlanmadığı gözlendi.

4. Hastaya hemşire olarak verilebilecek eğitimlerden örnekler verilmiştir.

- Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi
- Öfke ile başedebilme: Stresle kontrol teknikleri

SONUÇ

İnsanlara karşı güvensizlik ve şüphecilik ile karakterize paranoid kişilik bozukluğu, psikiyatri hemşireleri açısından önemle ele alınması gereken bir konudur. Psikiyatri hemşireleri terapi eğitimleri alarak terapi ve psikoeğitimsel girişimler yapabilmektedir. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği kapsamında çalışılan kurumda diğer hemşirelere eğitimler vererek farkındalığı artırabilmektedirler. Bu konuda kanıta dayalı çalışmaların artırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2013). Fifth ed., Arlington: American Psychiatric Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu E. Kişilik Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 327-329.

Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. (2019). Nursing care plans: Guidelines for individualizing client care across the life span. FA Davis.

Jones, J.S., Jones, J.S.,& Beauvais, A.M.(2022). Psychiatric mental health nursing: An interpersonal approach. Jones &Bartlett Learnig.

Köroğlu, E.,&Bayraktar, S. (2010). Kişilik Bozuklukları. HYB Basım Yayın. Ankara.

Soygüt, G, Karaosmanoğlu A, Çakır Z. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Derg, 20,*75-84.

Townsend, MC.(2016). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları Çeviren: Uğurlu N. Kişilik Bozuklukları. 6. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; s: 608-638.

Van Vreeswijk, M., Broersen, J., Nadort, M. (2012). The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy Theory, Research and Practice. UK: Wiley-Blackwell.

Young, JE., Klosko, JS., Wieshaar, ME. (2003). Schema Therapy a Practitioner's Guide. USA: Guilford Press.

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A.M., Singh, S.P.,&Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community:a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psyhiatry, 216* (2), 69-78.

BÖLÜM 19

POSTPARTUM DEPRESYONU OLAN HASTADA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Yasemin YÜCEL[1], Arş. Gör. Emine KILIÇ DOĞAN[2]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431351

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi , Ebelik Bölümü, Tokat, yaseminyuc60@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-7836-8046
[2]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi , Ebelik Bölümü, Tokat, emine24kilic@gmail.com,
ORCID ID: 0000-0002-5999-1166

GİRİŞ

Ruh sağlığı bozuklukları, bireysel ve toplumsal maliyetleri arttıran faktörler içerisinde bulunur. Aynı zamanda ruhsal bozukluklar küresel sağlıkla ilgili problemlerin önde gelen nedenlerindendir (Santomauro ve ark., 2021). Önemli ruhsal bozukluklar içerisinde yer alan depresyon, ilk olarak Latince "batmak" anlamına gelen "depressio" sözcüğünden türetilmiştir (Rondón Bernard, 2018). Dünya nüfusunun yaklaşık olarak %3 ila %6'sının hayatlarının herhangi bir döneminde majör depresyon geçirdikleri ve oranların cinsiyete göre farklılıklar gösterdiği belirlenmiş olup kadınlarda %8, erkeklerde ise %4.8'dir (Katı ve Karaaziz, 2023).

Bir kadının hayatındaki dönüştürücü dönemler içerisinde yer alan postpartum dönem fetüs, plasenta ve eklerinin doğumuyla başlayan ve yaklaşık olarak 6 haftalık süreci kapsayan zaman dilimidir (Dişli ve Kaydırak, 2021 ; Ediz, ve Kartal, 2023). Bu dönem kadınlar için psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan çok büyük bir değişime işaret eder. Çeşitli ebeveynlik tekniklerini öğrenmek, yeni aile bağları kurmak, önemli fiziksel ve psikolojik zorluklardan geçmek gibi birçok sorunla karşılaşmak kadınlarda psikolojik kırılganlığın görülmesine yol açar (Yanık ve Özcanarslan, 2019). Tüm bunlar doğrultusunda postpartum dönemde bağlanma ve duygudurum bozuklukları meydana gelir. Bu durumlar ise doğum sonu depresyon olarak bilinen postpartum depresyon (PPD) görülme sıklığında artışlara yol açar (Agrawal ve ark., 2022; Yanık ve Arslan, 2023).

Günümüzde PPD'nin dünya çapındaki prevalansı yaklaşık %10-15'tir (Kroska ve Stowe, 2020; Agrawal ve ark., 2022). PPD belirtileri doğumdan sonraki yüksek riskli dönem olarak kabul edilen 4-6 hafta arasında ortaya çıkar ve belirtiler yaklaşık 1 yıllık süre boyunca devam eder (Agrawal ve ark., 2022). PPD'nin ortaya çıkmasında genetik, hormonal, psikolojik ve sosyal yaşam stresörlerinin etkili olduğu düşünülür (e Couto ve ark., 2015; Luo ve ark., 2023). PPD görülme riskini arttıran pek çok faktör bulunur. PPD'de risk faktörleri anne yaşı, medeni durum, riskli gebelikler, sezaryenle doğum, premenstrual sendrom öyküsü, prematüre bebek, sosyoekonomik durum, eş ve sosyal destek eksikliği, geçmiş depresyon öyküsü, istenmeyen gebelikler ve sigara/madde kullanımıdır (Zhao ve Zhang, 2020; Usmani ve ark., 2021). Bu sebeple kadınların obstetrik, psikolojik, biyolojik, sosyal ve yaşam tarzı açısından değerlendirilmesi ve PPD riskinin belirlemesi önemlidir (Yavuz ve Bilge, 2022).

PPD'de en sık görülen belirtiler kilo veya iştahta değişiklik (1 ayda %5 kilo değişimi), cinsel istekte azalma, duygudurum dalgalanmaları, ağlama krizleri, uyku problemleri, konsantrasyonda güçlük, bebeğine karşı ilgisizlik, kendine ya da bebeğine zarar verme düşüncesi, durduk yere ağlama, benlik saygısında azalma, utanç, duygu durum bozukluğudur (Şişli, 2017; Beyazgül, 2021; Agrawal ve ark., 2022). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırma sistemine göre (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-V) PPD tanılaması için en az 2 hafta boyunca beş depresif semptomun görülmesi gerekir (Amerikan Psikiyatri Biliği, 2014). PPD tedavi edilebilir ve semptomlarını önlemek için çeşitli müdahaleler uygulanabilir. Tedavi yöntemleri içerisinde antidepresan ilaçlar, psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, akran desteği ve internet tabanlı bilişsel davranışçı terapi bulunur (Paramudita ve ark., 2023; Septianingrum, 2021; Wang ve ark., 2022).

Postpartum depresyon kadını, bebeğini ve ailesini birçok yönden olumsuz etkileyebilecek sağlık sorunları içerisindedir. Kadını bir bütün olarak değerlendiren ve sürekli temas halinde olan hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları bulunur (Durmazoğlu ve ark., 2016). Bu nedenle hemşirelerin kadının tedavisi, ilaca uyumu ve rehabilitasyonu için holistik bir hemşirelik bakımı planlaması önemlidir (Ertekin Pınar ve Tel, 2012; Toru, 2020). Postpartum depresyonu olan kadındaki hemşirelik bakımının temel amacı kadın ve bebek için güvenli çevre oluşturarak fizyolojik-psikolojik bütünlük sağlamaktır (Ediz ve Budak, 2023). Ayrıca kadınların postpartum dönemdeki bakım gereksinimleri değerlendirilmeli, kadın ve bebeği için uygun ortamlar sağlanmalı, bu hususta gereken bakım ve destek sağlanıp annelik rolüne uyumu kolaylaştırılmalıdır. Sonrasında kadına postpartum depresyonla baş etme yolları öğretilerek iyilik halinin sürdürülmesi ve güvenli anne-bebek bağlanmasının desteklenmesi hedeflenir (Durmazoğlu ve ark., 2016).

VAKA

Hasta T, 35 yaşında, 5 yıllık evli, 6 haftalık prematüre bebeğin annesidir. Kendisi bir işte çalışmamakta eşi ise güvenlik görevlisi olarak çalışmaktadır. Hasta T, 5 yıldır ailesi ile konuşmamaktadır. 1,5 yıl önce hayattan zevk alamama, uykusuzluk, isteksizlik şikayetleri nedeniyle hastaneye başvurmuş ve Lustral 50 mg/gün kullanmıştır. Doğumdan 3 ay önce hastanın annesi vefat etmiştir. Eşiyle çocuk kararı almadan plansız olarak gebelik meydana gelmiş ve Hasta T, gebe olduğunu öğrendiğinde antidepresan ilacını hekimine danışmadan bırakmıştır. Gebelik döneminde

Hasta T' de isteksizlik, iştahsızlık, uyuyamama, huzursuzluk, hayattan zevk alamama, sürekli ağlama şikayetleri görülmüştür. Eşiyle gebelik sürecinde sürekli kavga ettiğini belirten Hasta T gebeliği boyunca sigara kullanmıştır ve gebelik süresince sadece eşi ve komşusu dışında kimse ile görüşmediğini belirtmiştir.

Gebeliğin 29. Haftasında Erken Membran Rüptürü (EMR) tanısı ile hastane yatışı yapılmıştır. Bebekte ciddi bradikardi olması nedeniyle acil sezaryen gerçekleşmiş bebek 29 haftalık prematüre olarak doğmuştur. Respiratuar Distress Sendromu (RDS) nedeniyle bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapılmıştır. Sağlık ekibinin Hasta T' e bebekle ile zaman geçirmesi, bebeği her gün görmesi, temas kurması ve beslemesi için önerilerde bulunmasına rağmen Hasta T bebeğini emzirmeyi, görmeyi, kucağına almayı reddetmiştir. Bu durum Hasta T, ile konuşulduğunda bebeğin plansız olduğunu, gebelik sürecinde sigara kullanımından dolayı kendini suçlu hissettiğini başarısız bir anne olacağını bu yüzden bebeğe dokunmak istemediğini ifade etmiştir. Bebek yenidoğan yoğun bakımda olduğu süre boyunca mama ile beslenmiştir. Hasta T, doğum sonrası ilk üç gün yemek yemeyi reddetmiş bununla birlikte kimseyle konuşmak istemediğini ailesinin de yanında olmadığını bunun içinde eşini ve kendini suçladığını ifade etmiştir. Hasta T'de doğumdan sonra, sürekli ağlama, huzursuzluk ve iç sıkıntısı olduğunu belirtmiştir. Sağlık ekibinin ısrarlarına rağmen Psikiyatri Konsültasyonunu reddetmiş ve taburcu olmuştur.

Bebek 5 hafta boyunca yenidoğan yoğun bakımda tedavi görmüştür. Bu süre zarfında Hasta T, yoğun bakıma 4 kez ziyarette bulunmuş ve bu süre boyunca bebeği kucağına almayı, beslemeyi ve ilgilenmeyi reddetmiştir. Bebek yenidoğan yoğun bakım servisinden taburcu olduktan sonra eve götürülmüştür. Hasta T, bebeğin eve gelmesinden sonraki gün bebekle ilgilenemediği, gebeliğinde ve şu an sigara kullandığı için kendini suçlu hissettiğini, uyuyamadığını belirtmiş; huzursuzluk, sürekli ağlama, özkıyım düşüncelerinin olması şikayetleri ile eşinin de ısrarı üzerine psikiyatri polikliniğine başvurmuş ve hastanın psikiyatri yataklı servisine yatışı yapılmıştır.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Hasta T'nin tanısı nedir?
2. Hasta T'nin kullandığı Lustral hangi ilaç grubuna girmektedir?

3. Hasta T'nin kullandığı ilaçlarda nelere dikkat edilmesi gerekmektedir?
4. Hasta T'nin kullandığı ilaçların yan etkileri nelerdir? Hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
5. Anne-Bebek bağlanması için sağlık ekibinin yaklaşımı nasıl olmalıdır?
6. Hasta T'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
7. Özkıyım düşüncesi olan hastaya ekip olarak yaklaşım nasıl olmalıdır?
8. İntihar riski olan hastaya yapılabilecek hemşirelik girişimleri nelerdir?
9. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

VAKA SORULARININ CEVAPLARI

1. Postpartum Depresyon

2. Lustral da antidepresan ilaç grubundan Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri ilaç grubudur.

3. Antidepresan ilaçların güvenli ve etkili kullanımını sağlamak için çeşitli hususlar dikkate alınmalıdır. İlk olarak, farklı antidepresan sınıflarının ilaca bağlı hareket bozuklukları ve cinsel yan etkiler açısından farklılık gösterebileceğini kabul etmek çok önemlidir.

Advers reaksiyonlar açısından, bupropion HCL gibi spesifik antidepresanlarla ilişkili alerjik reaksiyon potansiyelinin farkında olmak önemlidir.

Antidepresan ilaçların kullanımında potansiyel yan etkilerin değerlendirilmesi, alkol tüketilmemesi, tiremin içeren yiyecek ve içecek tüketimine dikkat edilmesi, hiponatremi riski, polifarmasinin etkisini, komorbid durumlar üzerindeki etkiyi ve alerjik reaksiyon olasılığı konularına özen gösterilmelidir.

4. Antidepresanların yan etkileri gruplarına göre değişmektedir. Genel olarak antidepresanların yan etkileri aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Baş ağrısı ve dönmesi
- Uykusuzluk veya aşırı uyku
- İştahta değişiklik

- Cinsel işlev bozuklukları
- Mide problemleri
- Sinirlilik ve ajitasyon
- Terleme
- Kardiyovasküler değişiklikler

Hasta ve hasta yakınına verilebilecek bilgiler su şekilde olabilir:

- Hastaların antidepresan tedavisine nasıl yanıt verdikleri
- İlaçların düzenli ve zamanında verilmesi
- İlaçlara karşı olası yan etkileri
- Tedavinin etkinliği ve olası süresi
- Olası ruhsal durum değişiklikleri
- Olası ilaç etkileşimleri

5. PPD anne- bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkiler. Hastane ve Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) çalışan hemşireler postpartum dönemdeki kadınların kültürel ve bireysel farklılıklarını göz önünde bulundurarak yakın ilişkiler kurmalıdır. Ayrıca kadınların gerçekçi beklentilerini belirlemeli, annelik rolü kazanımına teşvik etmelidir. Hemşireler kadınlara problemlerle başa çıkma ve çözümleri için yeni edindikleri annelik rolünü destekleyecek eğitimler ve danışmanlık vermelidir. Bu sayede annelik rolünün gelişimi ile anne-bebek arasında güvenli bağlanmanın temelleri atılacaktır. Ayrıca ASM'lerde çalışan sağlık ekibi tarafından postpartum ziyaretler ve taramalar yapılarak kadınları postpartum depresyon ve olumlu/olumsuz anne-bebek bağlanma belirtileri yönünden izlenmelidir. Bu izlem sonucunda postpartum depresyon ve buna bağlı olarak gelişebilecek olumsuz anne-bebek bağlanmasının erken dönemde teşhis edilerek tedavisi sağlanacaktır.

6. Tanılar:

Hasta T' ye konulabilecek hemşirelik tanılarına örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri aşağıdaki gibi sıralanabilir ve arttırılabilir.

İntihar riski

Etkisiz baş etme (bireysel baş etmede yetersizlik)

Bağlanmada bozulma riski (Anne-Bebek Bağlanması)

Sosyal etkileşimde bozulma

Sağlığı sürdürmede yetersizlik

Uyku örüntüsünde bozulma

Bakım verici rolünde zorlanma (Bebeğe bakım)

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
İntihar riski (Özkıyım Riski)	Özkıyım düşüncesi Yetersiz beslenmesi	Geçmiş depresyon öyküsü PPD tanısı	Hastanın kendine zarar vermemesi	1.Hastanın intiharla ilgili düşüncelerinin dinlenmesi 2.Hastaya doğrudan "kendinizi öldürmeyi düşünüyor musunuz" ya da "bir şekilde kendinize zarar vermeyi düşündünüz mü?" diye sorulması 3. Hastanın çevresindeki kendisine zarar verebileceği eşyalar uzaklaştırılması ve güvenli çevrenin oluşturulması 4. Hastanın belirli bir zaman diliminde kendisine zarar vermeyeceğine dair sözel veya yazılı belge oluşturulması 5. Hastanın yemek yemesinin takip edilmesi 6.İlaçlarını	Klinikte yatış esnasında kendisine zarar verecek eylemde bulunmadı.

				kullandığından emin olunması 7. Hastanın klinikten tek başına uzaklaştırılmaması	

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Etkisiz baş etme (bireysel baş etmede yetersizlik)	Kendini mevcut durumda suçlu hissetmesi Sürekle ağlaması İç sıkıntısı olduğunu ifade etmesi Yetersiz beslenmesi	Postpartum depresyon Sosyal destek sistemlerinin yetersizliği	Etkili baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve kullanması	1.PPD belirtilerinin değerlendirilmesi 2. Hastanın intihar açısından sık sık gözlenmesi, 3.Şu anda yaşadığı durumla ilgili kişinin rahatlatılması 4.Dengeli beslenmesi hususunda teşvik edilmesi 5.Partnerine PPD'nin belirti, bulguları ve tedavi sürecinin açıklanması 6.Sosyal	Hastanın basit problemlerle baş etmede zorlanmadığı gözlendi.

				destek sistemlerinin arttırılması 7. Kendine zaman ayırması ve dinlenmesi için teşvik edilmesi	

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Bağlanmada bozulma riski (Anne-Bebek Bağlanması)	Bebeği ile ilişki/iletişim kurmaması ve bebeği reddetmesi	Postpartum depresyon Bebeğine bağlanmaya ilişkin olumsuz davranışlar olması Plansız gebelik Sigara kullanımı Bebeğin YDYB'da olması	Olumlu anne-bebek bağlanmasının oluşması	1.Anne- bebek bağlanmasında bozulmayı gösteren anne davranışlarının değerlendirilmesi 2.Sosyal destek sistemlerinin yeterliliğinin değerlendirilmesi 3.Anneye yönelik geçmişteki psikolojik öykünün değerlendirilmesi 4.Annenin bebekle ilgilenmesi ve	Annenin psikiyatri yataklı servisine yatışı yapıldığı için bebekten ayrı kalmıştır. Bu sebeple olumlu anne-bebek bağlanmasının oluşmadığı belirlendi.

				bebeğin gereksinimlerini karşılama yeteneğinin değerlendirilmesi 5. Annenin bebekle ilgilenmesi ve bebeğin gereksinimlerini karşılamasının sağlanması	

7. Sağlık ekipleri, intihar düşünceleri olan bir hastaya kanıta dayalı tarama araçları uygulayarak, derinlemesine değerlendirmeler yaparak ve sağlık çalışanlarına uygun eğitimler vererek yaklaşmalıdır. PHQ9 gibi standartlaştırılmış araçlar kullanılarak intihar riski için rutin tarama yapılmasını tavsiye edilmiştir (Rossom ve ark., 2017). İlgili sağlık hizmeti ortamlarında İntiharın İşbirlikçi Değerlendirmesi ve Yönetimi (CAMS) gibi çerçevelerin uygulanması, intihar riski altındaki bireylere tedavi sağlanmasına yardımcı olabilir (Shand ve ark., 2020). Sağlık çalışanlarıyla terapötik etkileşimler, intihar düşünceleri ve duyguları yaşayanlar için riski azaltabileceğinden, yüksek risk altındaki bireylerin erken teşhisi çok önemlidir (Fedorowicz ve ark., 2023).

Hastaya intihar düşüncesinin olup olmadığı sorulmalıdır. İntihar riski değerlendirmelerinin iyileştiğini, hastalara intihar düşüncesi hakkında daha iyi soru sorabildiklerini ve intihar risk faktörlerine ilişkin farkındalıklarının arttığını bildirişmiştir (Erbuto ve ark., 2021). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, personelinin inançlarını, bilgilerini ve yetkinliklerini değerlendirmesi ve intihar eğilimi uyarı işaretleri ve ilgili bakım protokolleri konusunda farkındalığı artırmak için düzenli eğitimler vermesi önemlidir (Solin ve ark., 2021). Bununla birlikte, damgalama, intiharı önleme çabalarının önünde bir

engel oluşturabilir ve intihar düşüncesi olan bireylerin sosyal ve sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sunulan destek programlarını kaçırmasına neden olabilir (Masoomi ve ark., 2023).

Ayrıca, intihar ve kötü fiziksel sağlık arasındaki ilişki, çeşitli sağlık hizmeti uygulayıcılarının bu tür danışanlarla karşılaşabileceğini gösterdiğinden, çok çeşitli uygulayıcılar da dahil olmak üzere sağlık çalışanlarının intihar düşünceleri ve davranışları olan danışanları ele almak için donanımlı olması çok önemlidir (McGrath ve ark., 2020). Ayrıca, klinik müdahaleler yoluyla intiharı önlemeye yönelik öngörücü modellerin geliştirilmesi ve doğrulanması, risk altındaki bireylerin belirlenmesine yardımcı olabilir (Digumarthi ve ark., 2022). Sağlık hizmeti sağlayıcıları da intihar düşüncesi olan hastalara yönelik tutumları ve kendilerince algılanan yeterlilikleri açısından değerlendirilmelidir çünkü bu durum sağlanan bakımı etkileyebilir (Fernandes ve ark., 2021).

Sağlık ekipleri intihar düşüncesi olan hastalara etkili bir şekilde yaklaşmak için rutin tarama, derinlemesine değerlendirme, eğitim ve damgalamayı ele almayı içeren kapsamlı bir yaklaşım benimsemelidir. Sağlık çalışanları, kanıta dayalı çerçeveleri uygulayarak ve uygun eğitimi sağlayarak, intihar düşüncesi olan hastaları değerlendirme ve yönetme becerilerini geliştirebilir ve sonuçta daha iyi hasta sonuçlarına katkıda bulunabilir.

8. İntihar riski taşıyan hastalara yönelik hemşirelik müdahaleleri, kendine zarar vermenin önlenmesi ve ruhsal sağlığın desteklenmesi açısından çok önemlidir. Klinik Uygulama Kılavuzları, lityum bileşikleri, ketamin ve antidepresif ajanların kullanımı da dahil olmak üzere intihar riski taşıyan hastaların değerlendirilmesi ve yönetilmesinin önemini vurgulamaktadır (Sall ve ark., 2019). Nitel bir çalışmada vurgulandığı üzere, hemşireler intiharın önlenmesinde ve intihar düşüncesi yaşayan hastaların iyileşmesinin desteklenmesinde hayati bir rol oynamaktadır (Vandewalle ve ark., 2019). Ayrıca, kesitsel bir çalışma hemşirelerin gözlem ve iletişim becerilerinin, intiharın uyarı işaretlerini fark etmelerinin ve algılanan riske dayalı müdahaleler planlamalarının önemini vurgulamaktadır (Karakaya ve ark., 2022).

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda;

Hasta intihar çerçevesinde detaylı değerlendirilmelidir.

Hastaya doğrudan kendine zarar vermeyi düşünüp düşünmediği sorulmalıdır.

Hasta için güvenli çevre oluşturulur. Potansiyel zarar verecek objelerden uzak tutulur.

Kişi yalnız bırakılmamalıdır.

Hastanın belirli zaman süresinde kendine zarar vermeyeceğine dair sözel veya yazılı bir belge oluşturulur.

Hasta yakın gözlemde tutulur. İntiharı önleme planı ve intihar risk düzeyine göre gözlem sıklığı düzenlenir.

Hasta hemşire odasına yakın bir odaya yerleştirilir.

İlaçların aksatılmamasına ve oral alınan ilaçlarda hastanın ağzının kontrol edilmesine özen gösterilir.

Düzensiz ve sık aralıklarla hasta gözlemlenir (Özellikle sabaha karşı, gece, vardiya değişimlerinde).

Hastanın ev oramı düzenlenir. Zarar verilecek tüm objeler saklanır.

Danışmanlık hizmetlerinden sık yararlanması sağlanır.

Hastanın intihar krizlerinde hızlıca ulaşabileceği sistemler oluşturulmalıdır.

Yataklı serviste ve taburculuk sonrası için farmakolojik ve terapi odaklı tedavi düzenlenmelidir.

Hastanın şu ana odaklanması sağlanmalıdır.

Hastanın öfkesini uygun şekilde ifade edebilmesi için desteklenmelidir.

Hastanın tedaviye uyumu değerlendirilmelidir.

9. Hasta K' ya verilebilecek eğitimler aşağıdaki gibidir;

- Stresle baş etme teknikleri
- Sağlığı sürdürme ve ilaç kullanımı
- Duyguları ifade etme
- Gevşeme ve solunum egzersizleri
- Anne-bebek bağlanması pratikleri

SONUÇ

Günümüzde prevalansında artış gösteren ve hem anne hem de yenidoğan sağlığını olumsuz etkileyen postpartum depresyon küresel sağlık sorunları içerisindedir. Bu nedenle hemşirelerin postpartum dönemdeki kadınları takip etmeleri önemlidir. Hemşireler, doğum sonrasındaki dönemde lohusa izlemlerini yaparak ve bu izlem esnasında risk teşkil eden durumları belirleyerek erken dönemde postpartum depresyonun tanılanması ve tedavisi için önemli bir yere sahiplerdir. Psikiyatri hemşireleri bütüncül değerlendirme ve risk faktörlerini göz önünde bulundurarak riskli gruplar altında bulunan lohusa kadınlara yönelik yapılacak müdahale ve planlanan stratejilerde önemli bir yere sahiptir. Bu sebeple hemşirelerin postpartum depresyonun erken dönemde teşhiş edilerek tedavisine başlanması, kadın ve yenidoğanın sağlık düzeylerinin korunması/yükseltilmesi amacıyla güncel bilgiler doğrultusunda gerçekleştirilen eğitimlerden faydalanmaları önerilir.

KAYNAKÇA

Agrawal, I., Mehendale, A. M., & Malhotra, R. (2022). Risk factors of postpartum depression. *Cureus*, *14*(10).

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı (dsm-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabı) Çeviren: Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 91-112.

Digumarthi, V., Strange, H., Norman, H., Ayers, D., Patel, R., & Hegarty, K. (2022). Development and validation of the behavioral health acuity risk model: a predictive model for suicide prevention through clinical interventions.. https://doi.org/10.1101/2022.12.21.22283796

Dişli, D., & Kaydırak, M. M. (2021). Kanıt temelli yaklaşım perspektifinde postpartum bakımın optimizasyonu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *6*(2), 143-151.

Durmazoğlu, G., Oktay, A. K., Toksoy, S., Serttaş, M., Göçmen, F., Bezirgan, S., & Tatarlar, A. (2016). Postpartum depresyonun hemşire ve ebeler tarafindan öngörülebilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *19*.

e Couto, T. C., Brancaglion, M. Y. M., Alvim-Soares, A., Moreira, L., Garcia, F. D., Nicolato, R., ... & Corrêa, H. (2015). Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World journal of psychiatry*, *5*(1), 103.

Ediz, C., & Budak, F. K. (2023). Effects of psychosocial support-based psychoeducation for Turkish pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support: a randomized controlled study. *Rural and Remote Health*, 23(3), 1-13. https://doi.org/10.22605/RRH7553

Ediz, Ç., Kartal, S. (2023). Examination of Social Support, Burnout, and Hopelessness Levels Perceived by Mothers with Children in Need of Special Education in terms of Sociodemographic Characteristics: A Cross-Sectional Study from a Rural Region of Turkey. World Women Studıes Journal, 8(1), 107-119. https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8154961

Erbuto, D., Berardelli, I., Sarubbi, S., Rogante, E., Sparagna, A., Nigrelli, G., … & Pompili, M. (2021). Suicide-related knowledge and attitudes among a sample of mental health professionals. International Journal

of Environmental Research and Public Health, 18(16), 8296. https://doi.org/10.3390/ijerph18168296

Ertekin Pınar, Ş. ve Tel, H. (2012). Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3*(2), 86-91.

Fedorowicz, S., Dempsey, R., Ellis, N., Phillips, E., & Gidlow, C. (2023). How is suicide risk assessed in healthcare settings in the uk? a systematic scoping review. Plos One, 18(2), e0280789. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280789

Fernandes, J., Scheuermeyer, F., Chakraborty, A., Honer, W., & Barbic, D. (2021). What are canadian emergency physicians' attitudes and self-perceived competence toward patients who present with suicidal ideation?. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 23*(5), 668-672. https://doi.org/10.1007/s43678-021-00157-0

Herrman, H., Kieling, C., McGorry, P., Horton, R., Sargent, J., & Patel, V. (2019). Reducing the global burden of depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *The Lancet, 393*(10189), e42-e43.

Karakaya, D., Özparlak, A., Önder, M. (2022). Suicide literacy in nurses: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing, 32*(1-2), 115-125. https://doi.org/10.1111/jocn.16205

Katı, M., & Karaaziz, M. (2023). Majör depresyon bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi: olgu sunumu. *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi, 6*(8), 1006–1017. https://doi.org/10.26677/TR1010.2023.1264

Kroska, E. B., & Stowe, Z. N. (2020). Postpartum depression: identification and treatment in the clinic setting. *Obstetrics and Gynecology Clinics, 47*(3), 409-419.

Luo, F., Zhu, Z., Du, Y., Chen, L., Cheng, Y. (2023). Risk factors for postpartum depression based on genetic and epigenetic ınteractions. *Molecular Neurobiology, 60*(7), 3979-4003.

Masoomi, M., Hosseinikolbadi, S., Saeed, F., Sharifi, V., Nadoushan, A., & Shoib, S. (2023). Stigma as a barrier to suicide prevention efforts in iran. Frontiers in Public Health, 10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1026451

McGrath, R., Parnell, T., Verdon, S., MacDonald, J., & Smith, M. (2020). Trust, conversations and the 'middle space': a qualitative exploration of the experiences of physiotherapists with clients with suicidal

thoughts and behaviours. *Plos One,* 15(9), e0238884. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238884

Presidential Task Force of Redefining the Postpartum, V. (2018). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol, 131*(5), e140-e150.

Rossom, R., Coleman, K., Ahmedani, B., Beck, A., Johnson, E., Oliver, M., Simon, G. (2017). Suicidal ideation reported on the phq9 and risk of suicidal behavior across age groups. *Journal of Affective Disorders, 215*, 77-84. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.037

Sall, J., Brenner, L., Bell, A., Colston, M. (2019). Assessment and management of patients at risk for suicide: synopsis of the 2019 u.s. department of veterans affairs and u.s. department of defense clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine, 171*(5), 343. https://doi.org/10.7326/m19-0687

Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., & Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet, 398*(10312), 1700-1712.

Savaş, B. (2023). *Postpartum depresyon ve Sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki* (Master's thesis).

Septianingrum, E. (2021). Peer support for the primiparous mother with postpartum depression: a scoping review. *International Journal of Health Science and Technology, 3*(2). https://doi.org/10.31101/ijhst.v3i2.1990

Shand, F., Torok, M., Cockayne, N., Batterham, P., Calear, A., Mackinnon, A., Christensen, H. (2020). Protocol for a stepped-wedge, cluster randomized controlled trial of the lifespan suicide prevention trial in four communities in new south wales, australia. *Trials, 21*(1). https://doi.org/10.1186/s13063-020-04262-w

Solin, P., Tamminen, N., & Partonen, T. (2021). Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 39(*3), 332-338. https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1958462

Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: Bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4*(1), 46-59

Usmani, S., Greca, E., Javed, S., Sharath, M., Sarfraz, Z., Sarfraz, A., Ferrer, G. (2021). Risk factors for postpartum depression during COVID-19 pandemic: a systematic literature review. *Journal of Primary Care & Community Health*, *12*, 21501327211059348.

Vandewalle, J., Beeckman, D., Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2019). 'promoting and preserving safety and a life-oriented perspective': a qualitative study of nurses' interactions with patients experiencing suicidal ideation. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28*(5), 1122-1134. https://doi.org/10.1111/inm.12623

Wang, F., Zhu, H., Yang, X., Liao, F. (2022). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy on postpartum depression. *Medicine, 101*(9), e28964. https://doi.org/10.1097/md.0000000000028964

Yanık D, Özcanarslan F. (2019). Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Stresle Başetme Düzeyleri Arasındaki İlişki. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 96-104

Yanık, D., Arslan, R. (2023). Efficacy of technology addiction awareness training given to high school students: Randomized controlled experimental study. OPUS– Journal of Society Research, 20(54), 516-526.

Yavuz, M. Y., Bilge, Ç. (2022). Annelik hüznünden postpartum depresyon ve psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(1), 1-10.

Zhao, X. H., Zhang, Z. H. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian journal of psychiatry*, *53*, 1

BÖLÜM 20

PSİKOZDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Nurten Gülsüm BAYRAK

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431355

[1]Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Giresun,
nurtenbayrak28@gmail.com
ORCID ID:0000-0002-7658-9961

GİRİŞ

Psikotik bozukluklar, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) "Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmakta, DSM-V kılavuzunda hastalıklardan ziyade klinik sendromlarla tanımlanmakta ve diğer hastalıklardan ayrılmaktadır. Bu kapsamda şizotipal kişilik bozuklukları, sanrılı bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, ve maddeye veya başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozuklukları yer almaktadır (APADD, 2013).Psikotik bozukluk; sanrı, varsanı, uygunsuz konuşma, davranış ve algı gibi, düşünce ve davranışla ilgili belirtilere neden olan, kişiyi sosyal yaşamdan uzaklaştıran ruhsal bir bozukluktur (Eaton ve Chen, 2006) Şizofreninin genel popülasyonda görülme sıklığı yaklaşık %1 olarak belirtilmekle birlikte (Çam ve Engin, 2014),aynı grupta yer alan kısa psikotik bozukluğun görülme sıklığı %1.2 olarak tahmin edilmektedir (Perela ve ark., 2007). Psikotik bozukluğu olan bireyler kendilerini ifade etme, damgalama ve psikososyal alanlarda sorunlar yaşamaktadır (Humpston ve Current, 2020). Psikotik bozukluklarda iç görü eksikliği, yetersiz sosyal destek, alkol madde kullanımı, genç yaşta olmak, erkek cinsiyette olmak, hastalık şiddetinin yüksek olması, düşük sosyo ekonomik düzey gibi faktörler, hastayı, hastalığı ve tedavi uyumunu etkileyebilmektedir (Dufort ve Zipursky, 2019; Chaudhari ve ark., 2017; Tham ve ark., 2016). Tedavi uyumsuzluğunun, tekrarlanan hastane yatışına ve hastalığın kötü seyretmesine neden olduğu belirtilmektedir (Canas ve ark., 2013). Psikotik bozukluklarda hastalar genellikle yatırılarak tedavi edilmekte, atakların tedavisi, ilaç uyumsuzluğu, içgörü eksikliği, sosyal sorunlar, özkıyım, saldırganlık riski, uygun olmayan davranışlar ve hastalığın tekrar nüks etmesini önleyici girişimler olmak üzere uzun vadeli tedavilere ihtiyaç olabilmektedir (Eaton ve Chen, 2006). Psikotik bozukluklarda ruh sağlığına yönelik hizmetler 2017'den bu yana nüfus başına 100.000 de 171.3'ten 212.4' e yükselmiştir. Yüksek ve düşük gelirli ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmakla birlikte düşük gelirli ülkelerde, psikoz hastalarına yönelik uzmanlaşmış ruh sağlığı hizmetlerine erişim sınırlıdır. Ruh Sağlığı Atlası 2020'de psikoz tanılı bireylerin yalnızca %29'unun ruh sağlığı hizmeti aldığını bildirmiştir (WHO, 2020). Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin kaliteli ve etkin bakım vermesi oldukça önemlidir (Alyahya ve ark., 2022). Ülkemizde psikotik bozukluk tanılı hastaların yatış sıklığının %27-37 arasında olduğu ve hastaların ortalama bir aya yakın kliniklerde tedavi gördüğü

belirtilmektedir (Soygür ve ark., 2005; Durat ve Oksal, 2008; Kalendaroğku, 2017). Bu bağlamda psikiyatrik hastalıklarda semptomatik düzelme ile birlikte işlevselliğin iyileşmesi amaçlanmaktadır (Roosenschoon ve ark., 2019). Bu vaka Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar kapsamında "Kısa Psikotik Bozukluk" ile ilgili olup, hemşirelik girişimleri bu doğrultuda planlanmıştır.

VAKA

Bay B. 45 yaşında erkek, üniversite mezunu bekar, özel bir şirkette yazılım mühendisi olarak çalışmaktadır. Bay B. COVID-19 pandemisi ile birlikte, mutsuzluk, içe kapanıklık, ilgisizlik, uykusuzluk, iştahsızlık yaşamaya başlamıştır. Pandemi sürecinde15 gün esnek çalışma koşulları nedeniyle evde online olarak işine devam etmiştir. Bir süre sonra herhangi bir belirtisi olmadığı halde virüse yakalandığını düşünerek birçok kez farklı hastanelere giderek COVID-19 testi yaptırmıştır. Sonuçların hepsi negatif çıkmasına rağmen sonuçlara inanmamıştır. Kendisine virüs bulaştığını ve bu durumun vücuduna, özellikle iç organlarına zarar verdiğine dair sanrıları vardı. Bir gün sokakta iç çamaşırları dahil hepsini çıkarması ve kendisine zarar verici davranışları nedeniyle polis tarafından bulunarak acil servise getirilmiştir. Yapılan fizik muayene, biyokimyasal kan ve idrar tahlilleri normal sınırlarda olup, ateş 36.8 derece, nabız 79/dk, solunum 19/dk, tansiyon 114/85 mmHg ve COVID-19 testi negatif çıkmıştır. Acil serviste yapılan psikiyatri konsültasyonunun ardından psikiyatri kliniğine yatışı yapılmıştır. Zaman ve mekan yönelimi bozulan hastanın içgörüsü zayıftı. Kötülük görme sanrıları, belirgin psikotik kaygı, ajitasyon, dağınık konuşma, üzüntü, hayal kırıklığı, uykusuzluk, yorgunluk mevcuttu. Hem altta yatan psikotik semptomlar hem de uyku düzenini sağlamak amacıyla Olanzapin 2x 5mg başlanmıştır. İki hafta sonra psikotik ve depresif belirtilerde hızlı iyileşme gösteren hastanın taburculuğu yapılmıştır.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1.Bay B. 'nin tanısı nedir?

2.Bay B'nin aldığı Olanzapin hangi ilaç grubuna girmektedir?

3. Olanzapin'in bağımlılık yapma riski var mıdır?

4.Antipsikotik ilaçları kullanırken nelere dikkat etmek gerekir?

5.Antipsikotik ilaçların yan etkileri nelerdir?

6.Antipsikotik ilaç kullanımına bağlı oluşan yan etkilerde neler yapılmalıdır?

7. Antipsikotik ilaç kullanımı ile ilgili hasta ve ailesine yönelik bilgilendirme nasıl olmalıdır?

8.Vaka kapsamında hastaya hangi hemşirelik tanıları konulmalı ve hangi hemşirelik girişimleri yapılmalıdır?

9.Bu vaka kapsamında psikiyatri hemşiresi psikotik bozukluğu olan hastasına hangi eğitimleri planlamalıdır?

Vaka Sorularının Yanıtları

1.Kısa Psikotik Bozukluk

2. Olanzapin, Atipik Antipsikotik ilaç grubundadır.

3.Antipsikotik ilaçların bağımlılık yapma riski yoktur.

4.Antipsikotik kullanımında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar;

- ✓ Antipsikotik kullanımına bağlı oluşabilecek ektrapiramidal yan etkiler (EPS) hakkında bilgilendirilmeli ve EPS oluştuğunda en kısa zamanda ekibe bilgi vermesi söylenmeli
- ✓ Hastada uyuşukluk, uyku hali, reflekslerde azalma söz konusu olduğunda dikkat gerektirecek işlerden uzak durması anlatılmalı

5.Antipsikotik ilaç kullanımına bağlı, başta EPS (akatizi, akut distoni, parkinsonizm, tardiv diskinezisi) olmak üzere, sedasyon, kilo artışı, ortostatik hipotansiyon, kabızlık, halsizlik, baş dönmesi, terleme, ağız kuruluğu, sinirlilik gibi yan etkiler görülebilmektedir.

6.Antipsikotik ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen yan etkilerde;

- ✓ Ortostatik hipotansiyon riskine karşı hasta kademeli mobilize edilmeli
- ✓ Aşırı terlemeye karşı pamuklu giysiler tercih etmesi söylenir
- ✓ Ağız kuruluğu için, bol su içmesi, şekersiz sakız çiğnemesi söylenir.
- ✓ Kilo alımını azaltmak amacıyla kalorili yiyecek ve içeceklerden kaçınması anlatılmalı
- ✓ Konstipasyona yönelik bol sıvı alması, posalı gıdalar tercih etmesi ve egzersiz yapması anlatılmalı
- ✓ İlaç dozunu almayı unuttuğunda, üst üste iki doz almaması gerektiği söylenmeli
- ✓ Kendisini iyi ya da kötü hissettiğinde doktor kontrolü olmadan ilacı bırakmaması gerektiği anlatılmalıdır.

7. Hasta ve ailesine yönelik bilgilendirme;

- ✓ Hasta ve ailesine psikoeğitim verilmelidir. Bu kapsamda; hastalık süreci, belirtiler, tedaviler, ilaçlar, hastalığa yönelik farkındalık,

damgalama, baş etme becerisi, psikososyal beceri, alevlenme belirtileri, semptom yönetimi gibi konular dahil edilmelidir.

8.Vaka kapsamında hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları;

- ✓ Düşünce süreçlerinde bozulma
- ✓ Kendine zarar verme riski
- ✓ Sözel iletişimde bozulma
- ✓ Anksiyete
- ✓ Etkisiz baş etme
- ✓ Uyku örüntüsünde rahatsızlık
- ✓ Beslenmede dengesizlik (Gereksinimden az beslenme)

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Neden (etiyolojik nedenler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Düşünce süreçlerinde bozulma	1.Kendisine virüs bulaştığını ve virüsün vücuduna, iç organlarına zarar verdiğine inanma 2.kötülük göreceğine inanma 3.zayıf iç görü (hasta olduğunu kabul etmeme), 4.Uygunsuz sosyal davranış (sokakta çıplak halde dolaşma)	1.Bastırılmış korkuya bağlı	1.Gerçekliğe oryantasyonun sağlanması	1.Güvene dayalı ilişki kurulmalı 2.Yanlız bırakılmamalı 3.Düşünce sürecinde bozulmaya neden olan faktörler belirlenmeli 4.Söylediği ifadelerin doğruluğu teyit edilmeli (örn: bunu mu demek istediniz?) 5.Alternatif baş etme yöntemleri tartışılmalı 6.Davranışınn başkaları üzerindeki etkileri incelenmeli, davranışı değiştirmeye yönelik cesaretlendirilmeli 7.Yanlış inanışlar ile anksiyete düzeyinin artması arasındaki	1.Düşünce süreçlerinde belirgin ölçüde düzelme sağlandı.

				ilişki tartışılmalı	
Sözel iletişimde bozulma	1.Düşünceleri ni ifade etmede zorluk 2.Dağınık konuşma 3.Hayal kırıklığı	1.Sosyal becerilerde yetersizlik (içe kapanıklık, ilgisizlik 2.Düşünce içeriğinde bozulma	1.Kendini ifade etme becerisinin sağlanması	1.Güven ilişkisi kurulmalı 2.Kendisinifade etmesi için cesaretlendirilm eli 3.Uyaranlardan uzak bir ortam sağlanmalı 4.Anlaşılmayan ifadelerde söylediğini takrarlaması istenmeli 5.Etkili iletişim teknikleri ile ilgili bilgi verilmeli	1.Sözel iletişimde kısmi düzelme sağlandı

9.Vaka kapsamında hemşire tarafından planlanıp verilebilecek eğitimler;

- ✓ Hastalık ile ilgili psikoeğitim verilmeli (bu kapsamda hastalık belirtileri, kullanılan ilaçlar, yan etkileri, semptom yönetimi, alevlenme belirtileri, tedavi yöntemleri vb)
- ✓ Gevşeme egzersizleri
- ✓ Yaşam becerileri eğitimi
- ✓ Sosyal beceri eğitimi

SONUÇ

Psikotik bozukluğu olan bireyler, başta gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma olmak üzere kendine ya da başkalarına zarar verme, sosyal sorunlar, damgalanma, ilaç yan etkileri, toplumsal sorunlar, ekonomik sorunlar gibi birçok problem ile mücadele etmek durumunda kalabilmektedir. Bu bağlamda ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Hastanın biyopsikososyal yönden değerlendirilmesi ve bu doğrultuda bütüncül bakımın istendik biçimde verilebilmesi multidisipliner bir ekip anlayışını gerektirmektedir. Bu süreçte hasta ile sürekli iletişim ve

etkileşim halinde olan, bakımın öncüsü psikiyatri hemşirelerinin rolü oldukça önemlidir. Psikiyatri hemşirelerinin bilimsel çalışmaları takip etmesi, bakım verdiği hastalara yönelik bilimsel çalışmalar yapması, sertifikasyon programlarına katılması, bakımın kalitesini artırmada yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

Alyahya, N.M., Munro, I., Moss, C. (2022). The experience of psychosis and rrecovery from consumers perspectives: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment Haelath Nurs, 29*(1), 99-115.

APADD (American Psychiatric Association Depressive Disorders (2013). 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association

Arabacı, L.B. (Ed) (2023). Olgularla psikiyatri hemşireliği içinde şizofreni spektrum bozukluğu olan hastada hemşirelik bakımı. Ankara Nobel Tıp Kitabevi. 1. Baskı sayfa:109-122. ISBN: 978-625-6448-33-9

Canas, F., Alptekin, K., Azorin, J.M., Dubois, V., Emsley, R., Garcia, A.G. et al. (2013). Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: the STAY initiative. *Clin Drug Invest, 33,* 97-107.

Chaudhari, B., Saldanha, D., Kadiani, A., Shahani, R. (2017). Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia. *Ind Psychiatry J, 26,* 215-222.

Dufort, A., Zipursky, R.B. (2019). Understanding and managing treatment adherencein schizophrenia. Clin *Schizophr Psychoses,* Doi: 10.3371/CSRP.ADRZ.121218.

Durat, G., Oksal, H.A. (2008). Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinin ilk üç yılının değerlendirilmesi. Yayınlanmamış poster bildirisi. Available at: http://www.phdernegi.org/wpontent/uploads/2016/03/II_UPHG _%C3%96zet_Kitab%C4%B1_2008. pdf#page=75. Accessed May 17, 2018.

Eaton, W.W., Chen, C. (2006). Epidemiology In: Lieberman J.A., Stroup T.S., Perkins D.O., editors. Textbook of Schizophrenia.1st ed. Washington: *American Psychiatry Pub,* p: 17-39

Humpston, C.S., Jackson, H.J. (2020). Current conceptualisation of psychosis-clinical and research perspectives. In: Badcock JC, Paulik G. (eds.) A clinical introduction to psychosis. Academic Press, p.8-36.

Jeffrey, A, Lieberman, M.D., Fırst, M.B. (2018). Psychotic Disorders. N Engl J Med., 379, 270-280. Doı: 10.1056/NEJMral1801490

Kalendaroğlu, A. (2017). Sociodemographic and clinical characteristics of patients in the Kahta Sate Hospital Psychiatry Clinic. *Klinik Psikiyatri. 20,* 30-36.

Perela, J., Suvisaari, S., Saarni, S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E., Pirkola, S. et al. (2007). Lifetime prevelance of psychotic and bipolar disorders in a general populatıon. *Arch Gen Psychiatry, 64,* 19-28.

Roosenschoon, B.J., Kamperman, A.M., Deen, M.L., Weeghel, J., Mulder, C.L. (2019). Determinants of clinical functional and persnal recovery for people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a cross sectional analysis. *PloS One,* 14,e0222378

Soygur, H., Ozalp, E., Cankurtaran, E.Ş., Turhal, L., Işık, L., Çekiç, U. et al. (2005). The fırst five hundred days of a newly settled inpatient service of psychiatry clinic:a descriptive study. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6,* 170-176.

Tham, XC., Xie, H., Chng, C.M., Seah, X.Y., Lopez, V., Klainin, Y.P. (2016). Factors Affecting medication adherence among adults with schizophrenia: a literature review. *Arch Psychiatry Nurs., 30,* 797-809.

WHO (World Health Organization) (2020). Mental Health Atlas. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1376861

BÖLÜM 21

ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUKTA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Yasemin Yalçın AKMAN

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431371

[1]

[1] Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin, Türkiye.
mystoryasmin@hotmail.com, ORCİD: 0000-0003-3079-9135

GİRİŞ

Şizoaffektif bozukluk (SAD), şizofreni (SZ) ve duygudurum bozukluğu özelliklerinin bir arada görüldüğü bir hastalıktır. Tanı kriterlerine göre, hastada bir majör depresif epizod veya manik epizodun olmasıyla birlikte şizofreninin aktif döneminin özellikleri de olmalıdır (Danacı, 2007). Hastada psikomotor retardasyon, depresyonla birlikte intihar düşünceleri olabildiği gibi öfori, büyüklük düşünceleri ve hiperaktivite de olabilir. Şizoaffektif bozuklukta majör bir duygudurum döneminin (depresyon ya da mani dönemi) olmadığı en az iki hafta süreli sanrılar ya da varsanıların bulunması tanı koydurucudur. Bunula birlikte belirgin bir duygulanım bozukluğu belirtileri toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur (APA, 2013a; Townsend, 2016). Şizoaffektif bozukluğun görülme sıklığı; %0,2 ile %1,1 arasında olabilmekte ve şizofreni kadar yaygın görülmekte, bipolar bozukluğa göre ise daha seyrek görülmektedir (Abrams, Rojas ve Arciniegas, 2008). Şizoffektif bozukluğun kadınlarda daha sık görüldüğü, şizofreni gibi nörogelişimsel ve kalıtımsal nedenlerle olabildiği yapılan çalışmalarda bulunmuştur (Padghy ve Hedge, 2015; Esen-Danacı, Balıkçı ve Aydın, 2018). Şizoaffektif bozukluğun prognozu, şizofreniye göre daha iyi duygudurum bozukluklarına göre ise daha kötüdür (Andresan ve Black, 2011).

- ✓ Şizofreni hastası olup duygudurum bozukluğu belirtileri varsa,
- ✓ Duygudurum bozukluğu olup şizofreni belirtileri varsa,
- ✓ Şizofreni ve duygudurum bozukluğu belirtileri birlikte görülüyorsa,
- ✓ Şizofreni ve duygudurum bozukluğu belirtileri olmayıp üçüncü bir psikoz varsa,
- ✓ Şizofeni ve duygudurum bozukluğu arasında kalan hastalık belirtileri varsa,
- ✓ Yukarda sayılan özelliklerin tamamı görülüyorsa, şizoaffektif bozukluk tanısı konulabilir.

DSM-5'e göre; şizoaffektif bozuklukta hastalık sürecinde, şizofreninin temel belirtilerine ek olarak majör bir duygudurum bozukluğu görülmesi ve bu durumun iyileşme ve yinelemelerle kendini göstermesi söz konusudur (Esen-Danacı, Balıkçı ve Aydın, 2018).

DSM-5'e göre Şizoaffektif Bozukluk tanı ölçütleri

A. Devam eden hastalık süreci boyunca şizofreni ile eş zamanlı major depresif ya da manik bir dönem bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun devam ettiği süreçte depresif ya da manik bir dönem dışında, en az iki hafta sanrı ya da varsanılarla seyreden psikotik bir dönemin olması.

C. Hastalığın tüm dönemlerinde (aktif, rezidüel), toplam sürenin büyük çoğunluğunda majör bir duygudurum dönemi olması.

D. Bu bozukluk ilaç, madde kullanımı ya da başka bir tıbbi durum ile ilişkili olmamalıdır (APA, 2013b).

Şizoaffektif bozuklukta psikotik belirtilerin yanı sıra duygudurum belirtilerinin görülmesi sebebiyle, tedavide antipsikotik ilaçlar ve duygudurum dengeleyici özellikteki psikotroplar oluşturmaktadır (Assion, Schweppe ve Reinbold, 2019). Psikiyatri hemşirelerinin, hastaların işlevsellik düzeylerini arttırmada ve hastalık semptomlarını kontrol altına almada faydalı olabilecek etkin rolleri bulunmaktadır. Ruhsal hastalığı öğrenme sürecinde bireylerin ve ailelerin hastalıkla ve hastalığın getirdiği durumlarla baş etmesinde psikiyatri hemşirelerine olan ihtiyaç oldukça fazladır (Ediz ve Kavak Budak, 2023; Yanık ve Özcanarslan, 2019). Psikiyatri hemşiresinin, bu dönemde uygulayacağı psikososyal müdahaleler sayesinde bireyde oluşabilecek semptomların kronikleşmesini önlenebilir, bireyin işlevselliği ve yaşam kalitesi arttırılabilir (Çapar ve Kavak, 2019; Yıldız, 2019).

VAKA

Bayan A., 33 yaşında, evli ve iki çocuk annesidir. Teyzesinde psikoz öyküsü, iki kardeşinde de duygudurum bozukluğu öyküsü vardır. Daha önce enerjide azalma, uyuma güçlüğü, anne ve eş olarak kendini yetersiz görme şikayetleri olmuş ancak bunun için psikiyatriye başvuruda bulunmamıştır. Yatışından sekiz hafta önce Bayan A. eşinden ayrılmış, annesi ve kardeşleriyle yaşamak üzere ailesinin evine gitmiştir. Ailesiyle yaşamaya başladıktan yirmi gün sonra hastanın işlevselliğinde kötüleşme başlamış ve bu durum otogarda aklı karışmış şekilde bulunmasına kadar varmıştır. Aileden

alınan öyküye göre; son 2 haftadır, tedirginlik, uykusuzluk, sanrılar ve işitsel varsanılar olduğu, hastanın kendisini aşağılayan ya da teşvik eden, eşini ve kendisini öldürmesini emreden sesler duyduğu, kardeşinin kendisini yaralayacağına ilişkin paranoid sanrılarının bulunduğu ifade edilmiştir. Bayan A.'nın bazı manik belirtilerinin de bulunduğu, sıklıkla aşırı miktarda alışveriş yapmaya başladığı, uyumadığı, yüksek sesle şarkı söylediği, dans ettiği ailesi tarafından söylenmiştir. Servise yatışı yapıldığında hastanın; ajite halde, varsanılar algıladığı ve düşüncelerinde bozukluk olduğu gözlenmiştir. Hasta ajite, hiperaktif, heyecanlı ve kargaşaya yol açacak bir durumdadır; durmaksızın konuşmakta, konudan konuya atlamakta, fikir uçuşması sergilemektedir. Bayan A. televizyonun kendi zihnini kontrol ettiğini ve başkalarının fikirlerini okuyabildiğini söylemektedir. Diğer hastaları karşı düşünceleri ile iyileştireceğine ilişkin büyüklük sanrıları bulunmakta ve cinsel davranışlarında artış bulunmaktadır. Bayan A. günlük dozu 1x60 mg Prolixin'le tedavi edilmiştir, iki haftalık Prolixin tedavisi almasına rağmen belirtileri kötüleşmiş ve lityum başlanmıştır. Üç hafta içinde lityum tedavi edici kan düzeyine ulaşmış ve Bayan A'nın ruhsal durumu normale dönmüştür, gecede 1x15 mg Prolixin ve günde 3x300 mg Lithuril ile taburcu edilmiştir. Takip edilen 6 ay süre zarfında Bayan A.'nın Prolixin dozu azaltılarak kesilmiş, hastalık öncesi işlevsellik düzeyine ulaşmış ve Lithuril idame tedavisi sürdürülmüştür.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bayan A'nin tanısı nedir?
2. Bayan A'nin aldığı Prolixin ve Lithuril hangi ilaç grubuna girmektedir?
3. Prolixin'in bağımlılık yapma riski var mıdır
4. Prolixin kullanımında nelere dikkat edilmesi gerekir?
5. Lityum kullanırken nelere dikkat edilmesi gerekir?
6. Hemşire olarak antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaçların hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
7. Bayan A'ya konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
8. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka sorularının cevapları

1. Şizoaffektif bozukluk

2. Prolixin tipik antipsikotik ilaç grubundan yüksek potensli bir antipsikotiktir. Lithuril ise, antimanik/ duygudurum düzenleyici ilaç grubuna girmektedir.

3. Prolixin antipsikotik ilaç grubuna girmekte, antipsikotiklerin kimyasal bağımlılık yapma, doza karşı tolerans gösterme durumu yoktur bu yüzden kötüye kullanım düzeyi düşüktür ve yüksek dozlarda da güvenilirdir. Ancak diskinetik reaksiyonlar oluşmaması için birden bırakılmamalı yavaş yavaş azaltılarak bırakılmalıdır, yoksa semptomların geri dönüşünde hızlanma olabilir.

4. Antipsikotikler yüksek potensli ve düşük potensli diye iki gruba ayrılmaktadır. Yüksek potensli antipsikotik ilaçların antikolinerjik yan etkileri daha az, Ekstrapiramidal yan etkileri (EPYE) daha fazladır. Hastaya kullanılan Prolixin yüksek potensli olduğundan hastada görülebilecek EPYE yakından gözlemlenmelidir. Ekstrapiramidal yan etkiler ciddi yan etkilerdir. Bunlar; Psödoparkinsonizm, Nöroleptik Malign Sendrom, Akut Distoni, Akatizi, Akinezi ve Tardiv Diskinezi'dir.

Psödoparkinsonizm: tremor, kaslarda rijidite, akinezi/bradikinezi gözlenir.

Nöroleptik Malign Sendrom (NMS): Antipsikotik tedaviye başladıktan iki hafta süre içinde ortaya çıkabildiği gibi, ilaç dozunun arttırıldığı zamanlarda ya da idame tedavisine geçildikten aylar sonra da ortaya çıkabilmektedir. Hastanın kaslarında hipertrofi ve rijidite (sertlik) buna bağlı tremor, disfaji ve dispne görülebilir. Ayrıca bu belirtilere yüksek ateş, kan basıncının düzensiz olması, taşikardi, terleme ve salya artışı, idrar/gaita inkontinansı eşlik edebilir. Kanda CPK (kreatin Fosfokinaz), KCFT (Karaciğer Fonksiyon Testi) testlerinde ve lökosit sayılarında artış görülebilir. Bunun dışında pnömoni, tromboemboli, kardiyovasküler kollaps, böbrek yetmezliği ve bunlara bağlı ölüm görülebilir. Bu yüzden hasta semptomlar ve laboratuar sonuçları bakımından yakından takip edilmelidir.

Akut Distoni; Boyun kaslarının kıvrılma şeklinde kasılması (tortikolis), ense ve sırt kaslarının sertleşmesi (opstotonus), göz kapağının kasılması (blefarospazm), göz bebeğinin yukarı kayması (okülerjik kriz), yüz

mimiklerinin kasılması, dilin sarkması, bel ve bacak kaslarının kasılması görülebilir. Bu belirti tedaviden 24-48 saat sonra ortaya çıkabilir.

Akatizi; yerinde duramama, oturur durumda kalamama (bacak sallama, bacak bacak üstüne atma), iç huzursuzluk, anksiyete, ayakta iken volta atma ile karakterizedir.

Akinezi; azalmış hareket yoğunluğu ve mental durumu tanımlar.

Tardive diskinezi; yüz, gövde ve ekstremitelerde görülen istemsiz kas hareketleridir, çiğneme ve emme hareketi görülebilir. Bu yüzden tedavide önemle dikkat edilmesi gereken nokta ilaçlar asla aniden bırakılmamalıdır çünkü tardive diskinezinin belirtilerine benzer ağır bir tablo gelişebilir.

5. Lityum, artmış konuşma hızı, fikir uçuşması, irritabilite, grandiyöz düşünceler, impulsiflik ve ajitasyon gibi semptomlar üzerinde etkilidir bu yüzden hastada görülen mani bulgularını iyileştirmek için kullanılır. Tedavi edici serum lityum düzeyi 0,6-1,2 mm mol/lt'dir. Bu yüzden kanda terapotik lityum düzeyine ulaşılıp ulaşılmadığını değerlendirmek için haftada en az bir kez kan lityum düzeyi takibi yapılır. Serum lityum düzeyi 1,5 mm mol/lt'nin üzerine çıkması beklenmeyen kötü reaksiyonlara, 2-2,5 mm mol'ün üzerine çıkması şiddetli reaksiyonlara, 3 mm mol/lt'nin üzerine çıkması koma ve ölüme sebep olabilir. Lityumun terapötik düzeyi düşükse, aşırı susuzluk, ağızda metalik tat, poliüri, ellerde ince tremor, sersemlik ve diyare görülebilir. Bunun dışında bulantı, kilo artışı, kas zayıflığı, baş ağrısı, yorgunluk, konsantrasyonda azalma ve bellek problemleri de görülmektedir. Serum lityum seviyesinin artması yan etkilerin daha şiddetli olmasına sebep olur. Bu durumda hasta lityum toksisitesi açısından yakından gözlemlenmelidir. Lityum toksisitesinin erken belirtileri, şiddetli diyare, kusma, sersemlik, kaslarda zayıflık ve koordinasyonda azalmadır. Bu belirtiler oluşursa hekime haber verilmeli ve ilaç durdurulmalıdır. Lityum zehirlenmesi ilacın bırakılmasıyla 24-48 saat içinde kolayca çözümlenebilir ancak daha şiddetli durumlarda hemodiyaliz gereklidir. Bu yüzden hemşire, hastanın serum kreatinin düzeyine dikkat etmelidir çünkü kreatinin klirensinin azalması, renal disfonksiyon gelişimine işaret eder. Ayrıca böbrek

disfonksiyonu olan hastalar lityum toksisitesine daha duyarlı olduğundan bu hastalar serum kreatinin düzeyleri ve semptomlar bakımından dikkatli takip edilmelidir.

6. Hemşire hasta ve ailesine vereceği eğitimde,

- ✓ İlaçların etkisi, kullanım şekli, yan etkileri ve bu yan etkilerle karşılaşıldığında yapılacaklar ve hekime bildirilmesi gereken acil durumlar hakkında açık- net şekilde bilgi verir. Hastaya bilgilendirme yaparken, basit bir dille çok fazla tıbbi terminoloji kullanmadan bilgilendirme yapmalı aşırı ayrıntılı bilgilendirmeden kaçınmalıdır.
- ✓ İlacı aniden kesmemesi gerektiğini olası yan etkileri anlatmalıdır.
- ✓ İlacın reçete edildiği şekilde kullanılması gerektiği, ilaç yan etkilerinin zamanla azalacağı belirtilir.
- ✓ Hastaya ilaçlarla ilgili (faydaları, yan etkileri ve bu yan etkilerle başa çıkma) bilgilerinin yazılı olduğu bir not verilebilir. Bu bilgilendirme hasta ve ailesinin tedaviye uyumu ve iş birliğini kolaylaştırır.
- ✓ Lityum düzeyi stabilize oluncaya kadar tehlikeli makine ve araç kullanmaması konusunda bilgilendirilir.
- ✓ Hastada aşırı terleme vb. bir durum serum plazma ilaç düzeyinin artmasına neden olabileceği için mevsim koşullarına uygun giysiler seçmesi gerektiğini belirtir (örneğin: lityum vb. olduğu gibi).
- ✓ Lityum kullanan hastanın diyetinde tuz kısıtlamasına ihtiyaç olmayacağı, aşırı terleme ya da sıvı kaybı durumlarında sodyum miktarının arttırılabileceği söylenir.
- ✓ Hastada oluşabilecek susuzluk hissinin azaltılması, normal sıvı volümünün sürdürülmesi ve yüksek ilaç düzeyine bağlı olarak ortaya çıkabilecek kalp krizi vb. yan etkileri önlemek için su miktarının (2000-3000cc) arttırılabileceği söylenir.
- ✓ Hastada görülen baş ağısı, kalp çarpıntısı ve katılaşmış boyun gibi belirtilerin acil olarak bildirilmesi gerektiği söylenir.
- ✓ Lityumun terapötik doz aralığı ve lityum toksisitesi erken belirtileri ve yapılacaklar hakkında bilgi verir.

- ✓ Lityum tedavisi alırken hamile kalınmaktan kaçınılması gerektiği, gebelik şüphesi varsa hekime bildirilmesi gerektiği söylenir.

7. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.

- ✓ Düşünce Sürecinde Bozulma
- ✓ Duyusal Algısal Bozulma: İşitsel/Görsel
- ✓ Kendine ve Başkalarına Yönelik Şiddet Riski
- ✓ Sözel İletişimde Bozulma
- ✓ Etkisiz Baş etme (bireysel baş etmede yetersizlik)
- ✓ Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık

Hemşireli k Tanısı	**Tanımlayıc ı Özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Düşünce Sürecinde Bozulma	Kardeşinin kendisini yaralayacağın a dair paranoid sanrılar, televizyonun zihnini kontrol ettiğine dair referans sanrıları ve başka insanların fikirlerini okuyabildiğin e dair grandiyöz sanrılar	Çevredekiler e yetersiz güven, panik düzeyinde anksiyete, genetik ya da biyokimyasa l faktörler	Kısa dönem: Hasta iki haftanın sonunda anksiyetesinin arttığı zamanlarda yanlış düşünceler meydana geldiğini fark edecek ve sözel olarak ifade edecek. Uzun dönem: Tedavi tamamlanınca hasta sanrı ve gerçeklik arasındaki farkı ayırabilecek. Sanrılarının olmadığını sözel olarak ifade edecek.	1.Hastadaki yanlış inanç için gereksinimini kabul etmek fakat inancı paylaşmadığın ı göstermek 2.Gerçeğe odaklanmak ve sanrıları desteklememe k 3.Hastanın şüpheleri yoğunsa dürüst olup verilen sözleri tutmak, fiziksel temastan kaçınmak, ilaçlarını alıp almadığını kontrol etmek (ağız kontrolü vs.)	Hastanın paranoid düşüncelerinde ve grandiyöz hezeyanlarında azalma gözlemlendi.
Duyusal Algısal Bozulma: İşitsel/Görs el	Hastayı aşağılayan ve teşvik eden, eşini ve kendisini öldürmesini emreden sesler duyması	Panik düzeyinde anksiyete, aşırı yalnızlık ve kendi içine çekilme	Kısa dönem: Hasta bir hafta içinde hemşire veya terapistle halüsinasyonlarını n içeriğini paylaşacak. Uzun dönem: Hasta seslerin hastalığı sonucu	1. Kabullenici bir tutum sergilemek bu tutum hastanın hemşireyle güven ilişkisi kurmasını sağlar ve varsanı	Hastanın onu aşağılayan ya da cesaretlendiren işitsel halüsinasyonlaınd a azalma gözlemlendi.

			oluştuğunu anladığını ifade edecek ve varsanıları durdurma yollarını gösterecek.	içeriğini paylaşması konusunda cesaretlendirir. 2. Halüsinasyon belirtileri açısından hastayı gözlemlemek. 3.Haber vermeden hastaya dokunmaktan kaçınmak.	
Kendine ve Başkalarına Yönelik Şiddet Riski	Hiperaktivite, ajitasyon, paranoid sanrılar, işitsel varsanılar	Panik düzeyinde anksiyete, çevredekilere yetersiz güven	Kısa dönem: Hasta anksiyete ve ajitasyon belirtilerinde artma olduğunda fark edecek ve müdahale edilebilmesi için bu durumu hemşireye ya da diğer çalışanlara bildirecek. Uzun dönem: Hasta kendine ve başkalarına zarar vermeyecek.	1. Hastanın çevresindeki uyaranları azaltmak (aydınlatmayı, gürültüyü ve insan sayısını azaltma) 2.Hastanın davranışlarını sık sık gözlemlemek, hastada şüphe yaratmaktan kaçınmak için rutin faaliyetler sırasında yapmak 3.Hastanın çevresinde tehlike oluşturabilecek objeleri kaldırmak. 4.Hastanın anksiyetesi arttığında bazı alternatifler önermek (fiziksel aktivitelere katılmak, durum hakkında konuşmak ve doktorun verdiği ilaçları almak gibi)	Hastanın kendine ya da başkasına zarar verme durumu gözlemlenmedi.

8. Hastaya hemşire olarak;

✓ Hastalığa yönelik (belirtiler, etiyoloji, tedavi ve öz yönetim),

- ✓ Stresle baş etme teknikleri,
- ✓ Akılcı ilaç kullanımı,
- ✓ Aile içi iletişim,
- ✓ Sosyal beceri eğitimi,
- ✓ Problem çözme becerisi kazandırmaya yönelik eğitimler planlanabilir.

SONUÇ

Şizoaffektif bozukluk hastanın yaşam kalitesini ve işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen ciddi ruhsal hastalıklardandır ve bu hastalarda tedaviye uyum son derece önemlidir. Hasta ve hasta yakınlarını tedavi sürecine dahil etmek ve tedavide iş birliği sağlamak tedaviye uyumu arttırmaktadır. Psikiyatri hemşireleri eğitici ve danışmanlık rolleri ile tedavi ve rehabilitasyonda önemli bir yere sahiptir. Psikiyatri hemşireleri hastalık semptomlarını kontrol altına almak için gerekli psikososyal müdahalelerde bulunmakta, bireylerin ve ailelerin hastalıkla ve hastalığın getirdiği durumlarla baş etmesini kolaylaştırmaktadır. Böylece hastalığa yönelik semptomların kronikleşmesi önlenmekte, bireyin işlevselliği ve yaşam kalitesi artmaktadır.

KAYNAKLAR

Abrams, D.J., Rojas, D.C., Arciniegas, D.B. (2008). Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 4(6):1089-109. doi: 10.2147/ndt.s4120. PMID: 19337453; PMCID: PMC2646642.

American Psychiatric Association (APA). (2013a). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) Washhington, DC: American Psyciatric Publishing.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013b). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı,* Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, çev. Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2014.

Assion, H.J, Schweppe, A., Reinbold, H., Frommberger, U. (2019). Pharmacological treatment for schizoaffective disorder. *Der Nervenarzt*, 90(1):1-8.

Çapar, M., Kavak, F. (2019). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55, 103-111.

Danacı, E.S. (2007). *Şizoaffektif bozukluk*. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Editörler). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Kitabı'nda 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 287-301.

Ediz, Ç., Kavak Budak, F. (2023). Effects of psychosocial support-based psychoeducation for Turkish pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support: a randomized controlled study. Rural and Remote Health, 23(3), 1-13. https://doi.org/10.22605/RRH7553

Esen-Danacı, A., Balıkçı, K., Aydın, O. (2018). *Şizoafektif Bozukluk.* Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S, ed. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, 2. Basım. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 220-239.

Gürhan, N. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği.* Turan, N. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 539-563.

Padhy, S., Hedge, A. (2015). Şizoafektif bozukluk: kavramın ortaya çıkışı ve güncel durumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26, 131-137.

Townsend, M.C. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri*: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları Çeviren: Tangül Özcan, C.

ve Çetinkaya Duman, Z. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 6. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; s: 335-377.

Yanık, D., Özcanarslan, F. (2019). Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Stresle Başetme Düzeyleri Arasındaki İlişki. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 96-104

Yıldız, E. (2019). Şizofreni hastalarında kabul ve kararlılık terapisi temelli ve motivasyonel görüşme destekli danışmanlığının işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerine etkisi. (Doktora Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi.

BÖLÜM 22

ŞİZOFRENİDE VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Sevda Pınar MEHEL TUTUK[1]

DOI: https://dx.doi.org//10.5281/zenodo.10431377

[1] İstanbul Şişli Meslek Yüksekokulu, Anestezi Programı, İstanbul, pinar_ml@hotmail.com ORCİD ID: 0000-0003-3681-4148

GİRİŞ

Şizofreni, ömür boyu devam eden ve yeti yitimine neden olan hem bireyin hem de toplumun üzerinde etkisi olan; bilişsel, duygusal ve davranışsal işlev bozukluklarına neden olan, mesleki ve kişiler arası ilişkilerde bozulmalara yol açan kronik ve yıkıcı bir ruhsal hastalıktır (Özkafacı ve ark., 2023, WHO, 2001). Toplumun %1' ini etkileyen ve her sınıfında görülebilen, genç yaşta başlayan, her iki cinsiyette de görülebilen, iyileşme ve yinelemelerin olduğu süreğen bir hastalıktır (Çalışkan ve ark.,2021). Şizofreni tanısı alan bireylerde; gerçeği değerlendirme yeteneğinde bozulma, içedönüklük, sosyal izolasyon, zarar görmeyle ilgili düşünceler, aileye ve çevreye güvensizlik duyguları gibi pek çok algı, düşünme ve yorumlama bozuklukları, olumsuz duygu ve davranış kalıplarında bozulmalar ortaya çıkar (Aktaş ve ark, 2020). Dünyada en fazla yeti yitimine neden olan hastalıkların başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 15 ile 44 yaş arası şizofreni olan bireylerde tüm dünyada en çok yeti yitimine neden olan hastalıkların başında olduğunu belirtmiştir. Hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde 15 ile 25 yaş arası, kadınlarda 25 ile 35 yaşları arası olarak belirtilmiştir (Uyan ver ark., 2023; Jauhar ve diğerleri, 2022). Sosyoekonomik düzeyi düşük, kırsal kesimde yaşayanlar, evsiz ve göç eden bireylerde daha yaygın görülmektedir (Uyan ve ark, 2023).

Şizofreni hastalığı klinik belirtilere göre değerlendirilir. Hastalığı tanılamada Amerikan Psikiyatri Birliği' nin hazırladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırması DSM-5 kullanılmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). DSM-5 tanı kriterlerine göre sanrılar, varsanılar, dağınık konuşma, sık olarak konudan sapma ya da anlaşılmaz konuşma, ileri derecede dağınık ya da katatonik davranış, negatif belirtiler diye adlandırılan duygusal durumda azalma, normal işlevlerde azalma, düşünce ve konuşmada fakirleşme, zevk alamama, istek azlığı belirtilerinden ikisinden ya da çoğundan her biri bir aylık süreçte kişinin günlük yaşamına etki eden düzeyde olmalıdır. Bu bozukluktaki bulgular en az 6 ay sürer ve belirtilen bulgular ilk bir ay süreçte gözükür. Nedeni tam olarak bilinmese de genetik ve erken yaştaki çevresel faktörlerin etkisinin hastalık belirtilerini ortaya çıkardığı düşünülmektedir (Uyan ve ark., 2023)

Birçok alanda bozulmalara yol açan şizofreni, ilaç tedavisi, psikoterapi ve günlük yaşam becerilerinin desteklenmesi gibi alanlarda kapsamlı bir tedavi ve bakım gerektirir. Hemşireler, hastaların bakımında

etkin rol oynayan sağlık profesyonelleridir. Bu yüzden hemşireler bireyin özel ihtiyaçlarına uygun bütüncül bir hemşirelik bakımı vermelidir.

VAKA

24 yaşında olan Bayan F. kırsal bir bölgede annesi, babası ve 2 abisiyle birlikte yaşamaktadır. Ailenin en küçüğüdür. Ortaokuldan sonra okula gitmek istememiştir. Anne ve baba çiftçilik yaparak geçimlerini sürdürmektedir. Bayan F. içine kapanık, kimseyle konuşmayan biridir. Abileri Bayan F.'ye baskı kurarak evden başka yere gitmesine izin vermemektedir. Bayan F. son 2 aydır iyice içine kapanmış, kimseyle konuşamaz olmuş. Annesiyle bir gün komşuya oturmaya gidip eve döndüklerinde annesine komşusunun onları zehirlemek istediğini, öldüreceğini söylemiş. Son iki haftadır sürekli konuşurken cehenneme gideceğini söylüyormuş. Evde zaman zaman bağırarak geziyormuş. 2 gün önce de evden kaçan Bayan F. dışarda bağırarak ve sürekli etrafa saldırarak geziyormuş. Etrafındakilere günah işlediklerini ve cezalandırılacaklarını söylemiş. İzlenildiklerini ve günahkâr olmaya devam ederlerse çok kötü cezalandırılacaklarını ve öldürüleceklerini söylüyormuş. Ailesi konuşmak istediğinde başkalarının onu öldürmek istediğini, takip edildiğini söylemiş. Evde televizyon açıldığında ''günah bunlar izlemeye devam edersek beynimizi yok edecekler'', ''bunlar bizi öldürecekler '' diyormuş. Ara ara kendi kendine beynim yok, kafam yok… gibi sözler mırıldanıyormuş. Son zamanlarda konuşmaları anlamsızlaşmış ve ailesi söylediklerini anlamaz olmuş. Çok hızlı konuşmaya başlamış. Bayan F. bu şikayetlerle ailesi tarafından Psikiyatri Acil Servise getirilmiştir. Bayan F.'nin kronik bir hastalığı yok. Sigara, alkol kullanmamaktadır. Genel görünümü oldukça bakımsız, saçları dağınık, kıyafeti özensiz, öz bakımı eksik. Yapılan görüşmede Bayan F. komşusunun onu öldürmek istediğini, kulağına günah işlediğini fısıldayan sesler duyduğunu ifade etmiştir. Bayan F.'nin konuşması dağınık, ilgisiz, arada amaçsızca gülümsemeleri var. Küfretme ve saldırgan davranışlarından dolayı acilde ajitasyonu önlemek için Norodol 1x1 ampul, Akineton ampul 1x1, Largactil 1x1 enjektöre çekilerek IM olarak uygulanmıştır. Tedavi için yatışına karar verilmiştir. Farmakolojik tedavisinde Risperdal 2mg 2x1, Serequal 100 mg 1x1 başlanmıştır. İlk hafta ajite olan Bayan F. kimseyle iletişime geçmemiş, ilk hafta öldürüleceğinden bahsetmiştir. Ancak sonraki haftalarda bu düşüncesi azalmış, diğer hastalarla iletişime geçmeye başlamıştır.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bayan F'nin tanısı nedir?
2. Bayan F.de hangi belirtiler görülmektedir?
3. Bayan F'nin aldığı Risperdal ve Serequal hangi ilaç grubuna girmektedir?
4. Antipsikotik ilaçların bağımlılık yapma riski var mıdır?
5. Antipsikotik ilaçların yan etkileri nelerdir?
6. Hemşire olarak farmakolojik tedavide hasta ve yakınlarına verilmesi gereken eğitim nelerdir?
7. Bayan F'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
8. Bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka sorularının cevapları

1. Şizofreni

2. Bayan F. de Şizofreninin akut döneminde görülen pozitif belirtiler mevcuttur. İşitme halüsinasyonları, (kulağına öleceğinin fısıldanması), dağınık düşünme, sanrılarının olması (cehenneme gideceği, izlenildiği, takip edildiği ve öldürüleceği düşüncesi), ajitasyon (sürekli bağırarak dolaşması, küfür etmesi ve saldırgan davranışlarının olması) ,anlamsız konuşmalarının olması, çok hızlı konuşması, dezorganize davranışlar (uygunsuz gülme, ajite hareketler) gibi pozitif belirtiler görülmektedir.

3. Antipsikotik ilaç grubuna girmektedir.

4. Antipsikotik ilaçlar bağımlılık yapmaz ancak doktor istemi dışında kesildiğinde çok ciddi yan etkiler yapabilmektedir.

5. Ekstrapiramidal semptomlar görülebilir. Bu etkiler hastada Parkinson benzeri istemsiz kasılmalar, tremor ve hareket bozuklukları şeklinde görülebilir. Anormal vücut hareketleri (distoni), yerinde duramama (akatizi), yüzde, dudaklarda, dilde ve

çenede de düzensiz hareketler görülebilir. Diğer yan etkiler ise uyku halinin gelmesi, hipotansiyon, ağız kuruluğu, konstipasyon, baş dönmesi, iştahta artış, adet düzensizlikleri ve cinsel istekte azalma belirtileri görülebilir. Bu belirtiler antipsikotik ilaç kullanımında en sık görülen belirtilerdendir.

6. Hemşire olarak farmakolojik tedavide hasta ve yakınlarına verilmesi gereken bilgiler şunlardır:

- ✓ Kullanılan ilaçların etkisi ve yan etkisi açıklanır. Herhangi bir yan etki durumunda mutlaka bir sağlık kuruluşuna ulaşmaları konusunda bilgi verilir.
- ✓ İlaç kullanmanın önemi hakkında konuşulur. İlaçların bağımlılık yapmadıkları hakkında bilgi verilir. İlaçları doktor istemi dışında kesinlikle kesilmemesi gerektiği, sadece doktorun verdiği dozda kullanılması gerektiği açıklanır.
- ✓ İlaçla beraber alkol kullanılmaması konusunda bilgilendirilir. İlacın idrar rengini değiştirebileceği konusunda bilgi verilir. İlaç alırken sadece suyla alınması, tuzlu su, kahve ya da çayla beraber alınmaması konusunda uyarılmalıdır.
- ✓ İlaç yan etkilerine bağlı uyku, tansiyon ve kilo takibinin yapılması konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilir.
- ✓ İlaç almak istemeyen hastaların yakınlarına ilacı hastanın aldığından emin olması konusunda uyarılır.

7. Aşağıda vakayla ilgili konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimlere örnekler yer verilmiştir:

Düşünce süreçlerinde Değişme

Duyusal Algısal Bozulma

Öz Bakım Yetersizliği

Sözel iletişimde bozulma

Sosyal etkileşimde bozulma

Anksiyete

Yaralanma riski

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Düşünce süreçlerinde Değişme	Şüpheci düşüncelerinin ve sanrılarının olması	Hastanın gerçeğe oryantasyonunu ve uygun şekilde iletişimde bulunmasını sağlamak	-Duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için hastanın cesaretlendirilmesi -Hastayla aktif iletişim kurularak güven duygusunun geliştirilmesi, hastanın güveninin kazanılması -Korkusu ya da kaygısı olduğunda ifade edebilmesi konusunda cesaretlendirilmesi -Kısa ve açık bir dille konuşulması -Sanrıları desteklemeden gerçekler üzerine yoğunlaştırılması	Hastanın sanrı görmesi azaldı.

Hemşirelik tanısı	Tanımlayıcı özellikler	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Duyusal Algısal Bozulma	İşitsel halüsinasyonların olması, öldürüleceğinin	Hastanın gerçeği değerlendirmesini sağlayarak halüsinasyonları	-Bireyin halüsinasyon belirtileri gözlenerek güven verici ilişki için kabullenici yaklaşılır.	Bireyin halüsinasyonlarında azalma gözlendi.

	kulağına fısıldanması.	ortadan kaldırmak	-Bireyin halüsinasyonları pekiştirilmez. Halüsinasyonda gördükleri ‘’onlar ‘’ yerine ‘’sesler’’ olarak ifade edilir. -İç ve dış uyaranları ayırt edebilmesi için cesaretlendirilmesi -Bireyin dikkatini başka yöne çekerek halüsinasyondan uzaklaşmasının sağlanması	

8. Hastaya verilebilecek eğitimlere örnekler aşağıda verilmiştir:

- Zorlayıcı durumlarla baş etme teknikleri
- Gevşeme egzersizleri
- Sosyal beceri eğitimi
- Günlük yaşam becerisi eğitimi
- Öz bakımını gerçekleştirme eğitimi
- Doğru ve akılcı ilaç kullanımı eğitimi
- Psikoeğitim

SONUÇ

Şizofreni, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek duygu, düşünce ve davranışlarında ciddi bozulmalara neden olan bir ruh sağlığı hastalığıdır. Psikiyatri hemşireleri hastalarda var olan semptomları ve bireysel ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak hastalara bütüncül bir bakım vermeli, hemşirelik girişimlerini planlayarak uygulamalıdır.

KAYNAKLAR

Aktaş, Y., Arabacı, B.L., Dülgerler, Ş. (2020). Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Şizofreni Tanılı Bir Hastada Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(1), 51-57

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, (VA), American Psychiatric Association Publishing

Çalışkan, B.M., Ata, E.E., Dikeç, G. (2019). Psikiyatri Hemşireleri Tarafından Şizofreni Tanılı Hastalara Uygulanan Psikososyal Rehabilitasyon Programları: Sistematik Derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2021,13(1),77-92

GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet (London, England), 390(10100), 1211–1259.

Jauhar, S., Johnstone, M., & McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. Lancet (London, England), 399(10323), 473–486

Lin, E.C-L, Shao, W.C., Chan, Ç.H., Shiau, S., Wang H-S., Huang, S-C. (2013). A pilot study of an illness management and recovery program in discharged patients with schizophrenia. J Nurs Res, 21,270-277.

Özkafacı, AA., Nalça, N., & Eren, N. (2023). Şizofreni Tanılı Bireylerle Ebru Sanatı ile Grup Sanat Psikoterapi Sürecinin Anksiyete, Depresyon ve Şizofrenide İşlevsel İyileşme Düzeyine Etkisi. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi, 6(12) ,1-15

Uyan, T.T., Köroğlu, A., Hocaoğlu Ç. (2023). Şizofreni: Etiyoloji, Tanı ve Tedavi Yaklaşımlarında Güncel Durum. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 10(1), 19-35

World Health Organization (WHO). (2001). International classification of functioning and disability and health (ICF). Switzerland, WHO, Geneva

BÖLÜM 23

ŞİZOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Sema TOKER[1]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431383

[1] Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Pazarlar Meslek Yüksekokulu, email:sema.toker@dpu.edu.tr, ORCİD ID: 0000-0003-4873-871X

GİRİŞ

Kişilik bozukluğu, bireyin sosyal, mesleki ve genel işleyişini etkileyen yaygın ve kalıcı bir davranış modelidir. DSM-5'de yer alan kişilik bozuklukları, üç kümede sınıflandırılmaktadır. A kümesi; paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarını içerir. A kümesi kişilik bozukluğu olan hastalar izolasyona eğilimlidir ve ilişkilerden kaçınırlar (Koch ve ark., 2016). Aynı zamanda başkaları tarafından reddedilebilecek ve olağandışı davranışlarla karakterizedir. B kümesi; antisosyal, borderline, histrionik ve narsisistik kişilik bozukluklarını kapsamaktadır ve dramatik, duygusal veya düzensiz davranışlarla ayırt edilmektedir. Son olarak, C kümesi, çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif, kişilik bozukluklarını içermekte ve bu bozukluklar kaygı ve korkularla belirlenmektedir (Gençtan, 2023).

Şizoid kişilik bozukluğu (SZPD) DSM-5'te sosyal ilişkilerden kopma, davranışlarda belirgin bozulma, duyguları sınırlı ifade etme veya başkalarına anlamlı bir şekilde duygusal olarak cevap verme yeteneğinde önemli ölçüde bozulma ile karakterize bir Küme A kişilik bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association, 2013; Öztürk & Uluşahin, 2020; Black & Andreasen, 2011; Mulay & Cain, 2017; Attademo ve ark., 2021). Şizoid kişilik bozukluğunun, klinik ortamlarda nadir görüldüğü kabul edilir ve bu bozukluğa ilişkin ampirik araştırmalar sınırlıdır ve yaygınlığı net olarak belirlenememiştir çünkü izolasyonları sıklıkla ego-sintoniktir; bir aile üyesi tarafından yönlendirilmediği veya eşlik eden bir bozukluğun sonucu olmadığı sürece, klinik ortama gönüllü olarak başvurması pek olası değildir (Fariba ve ark., 2023). Dolayısı ile SZPD için doğru prevalans tahminleri azdır fakat genel popülasyonun %1 ila %5'i arasında değişim gösterdiği bilinmektedir (American Psychiatric Association, 2013; Grant ve ark., 2004). Şizoid kişilik bozukluğu, distimi, mani, agorafobi ile birlikte panik bozukluğu, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, şiddet içeren davranışlar, artrit, obezite ve koroner arter hastalığı dahil olmak üzere hem psikiyatrik hem de tıbbi bozukluklarla ilişkilendirilmiştir (Triebwasser ve ark., 2012). Aynı zamanda çocukluk döneminde duygusal açıdan, soğuk, ihmalkar ve mesafeli ebeveynler veya bakıcılar tarafından yetiştirilen bireyler, kişilerarası ilişkilerin tatmin edici olmadığı hissini körükleyerek şizoid kişilik bozukluğunun gelişmesine neden olduğu düşünülmektedir (Tangül Özcan & Gürhan, 2016).

Şizoid Kişilik Bozukluğu için Tanı Kriterleri
Şizoid kişilik bozukluğu tanısı için, hastaların kalıcı bir davranış kalıbına sahip olması gerekir. ✓ Sosyal ilişkilerden kopma ve genel ilgisizlik ✓ Kişilerarası etkileşimlerde duyguların sınırlı ifadesi Bu model aşağıdakilerden ≥ 4'ünün varlığıyla gösterilir: ✓ Aile üyeleriyle olanlar da dahil olmak üzere yakın ilişkiler kurma isteği veya bu ilişkilerden keyif almama ✓ Yalnız aktiviteler için güçlü tercih ✓ Başka bir kişiyle cinsel aktiviteye çok az ilgi duymak ✓ Varsa, az sayıda aktiviteden keyif alma ✓ Aile ve akrabalar dışında yakın arkadaşların olmaması ✓ Başkalarının övgü veya eleştirilerine karşı belirgin kayıtsızlık ✓ Duygusal soğukluk, kopukluk veya düzleşmiş duygulanım şeklindedir. Ayrıca belirtilerin erken yetişkinlik döneminde başlamış olması gerekir.

(Mulay & Cain, 2017; Martens, 2010; Fariba vd., 2023; *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2022).

Şizoid kişilik bozukluğu (SZPD), kişilerarası zorlukların en uç noktası olarak görülebilir. Şizoid bireyler, aile ilişkileri, arkadaşlıklar veya cinsel ilişkiler ile ilgilenmezler ve neredeyse çoğu zaman yalnız kalmayı tercih ederler. Başkalarına karşı hiçbir sevgi göstermediğinden ve onların övgü veya eleştirilerine kayıtsız kaldığından, bu sosyal izolasyona duygusal kopukluk eşlik eder. Şizoid bireyin tercih ettiği sosyal olmayan ortamlarda bile çok az neşe ve zevk duyulur (Ashton, 2013). SZPD klinik popülasyonlarda nadir görülse de, bu bozukluğa sahip bireylerin çok fazla acı çektiği, tüm bu görünür kopukluğun altında başkalarına karşı yoğun bir muhtaçlığın yattığı ileri sürülmektedir (Oldham ve ark., 2014). SZDP olan bireyler, intihar girişimini planlama eğilimine sahip olmanın yanı sıra, intiharın ölümcül potansiyelinin artmasına da neden olurlar (Gvion ve ark., 2014). Yapılan bir çalışma da, intihara teşebbüs eden bireylerin, diğer

bireylere oranla SZPD semptomlarına sahip olduğu, duygusal kopma ve yalnız yaşam tarzının yüksek olduğunu bu durumunda intihar girişimlerinde ölüm riskini ikiye katladığı bulunmuştur (Levi-Belz ve ark., 2019)

VAKA

Bay K. 30 yaşında bir adam. Ortalama üstü bir zekaya sahip olmasına rağmen, eğitimi lise ile sınırlı kalmıştır. Ailesi ve arkadaşlarıyla sıradan bir hayat yaşamak isteyen Bay K., diğer insanların kendi hakkında, garip ve ekzantrik olduğunu düşündüğünü hissediyor, bu nedenle genellikle yalnız aktiviteleri tercih ediyordu. Çocukluğu, anne ve babasının ilçe merkezinden il merkezine taşınması ile farklı okullara geçen Bay K., kendisini hayatta hep yalnız biri olarak görüyordu. Yaşıtları ile birlikte, sosyal hayata ve aktivitelere katılmıyordu. Ders sırasında ise düşünce ve hayallere kapılması nedeniyle de öğretmeni tarafından tembel biri olarak tanımlanıyordu. On üç yaşlarından itibaren bilgisayarlara ilgi duymaya başlayan Bay K., çok bilinen online bilgisayar oyunlarında üst seviyelerde yer alan biri olmasına rağmen, oyun içerisinde gerçek adını ve yüzünü kimsenin bilmesini istemiyor ve tanınmayı da çok tercih etmiyordu. Bay K., tek arkadaşı olarak bilgisayarını görüyordu. Bilgisayarlarla tanıştıktan sonra daha çok yalnızlaşan Bay K. insanlarla olan sınırlı etkileşimini de azaltma yoluna gitmişti. Hiçbir zaman karşı cinsten biriyle ilişkisi olmadı ve bir ilişki içinde olma isteğini de dile getirmedi. Daha önce intihar girişimi olan Bay K., kimsenin onu anlamadığını, artık hayattan çok sıkıldığını, zevk almadığını ve yaşamak istemediğini aile bireyleri ile paylaşıyor. Bunun üzerine Bay K., sosyal ilişkilerinin bozuk olması, yakın ilişkilerin yokluğu, cinsel arzu eksikliği ve yalnız aktiviteleri tercih etmesi nedeniyle ailesi tarafından kliniğe yönlendiriliyor.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bay K'nın tanısı nedir?
2. Bay K'ya konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
3. Suicid (intihar) düşüncesi olan hastaya ekip olarak yaklaşım nasıl olmalıdır?
4. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız, bireydeki sosyal izolasyon ile ilgili hemşirelik girişimi olarak nasıl bir yaklaşım sergilerdiniz?

Vaka sorularının cevapları

1. Şizoid Kişilik Bozukluğu

2. Hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları şu şekildedir:

İntihar etme riski
Yalnızlık riski
Sosyal etkileşimde bozulma
Sosyal izolasyon

Hemşirelik tanısı	Tanı Belirtileri	Amaç	Girişim	Değerlendirme
İntihar etme riski	✓ Depresyon, anksiyete ✓ Anhedoni (Yaşamdan zevk almama, mutsuz olma) ✓ İntihar girişiminde bulunmuş olma ✓ Ümitsizlik	İntihar girişimini önlemek	1.İntihar düşüncelerinin sebepleri hasta ile konuşulur ve duygularını ifade edebilmesi sağlanır. 2. Risk düzeyi değerlendirilir. 3. Hastanın yalnız bırakılmaması ve güven ortamının oluşturulması sağlanmalıdır.	Hastanın intihar girişimi olmadı.
Yalnızlık Riski	✓ Kişinin kendini yalnız hissettiğini ifade etmesi ✓ Psikiyatrik problemler ✓ Depresyon ve stres ✓ Mutsuzluk	Kişinin yalnızlık duygularını azaltma ve kişinin kendisini mutlu etmesini sağlama	1.Birey, yalnızlık duyguları ve nedenleri ile ilgili konuşması için cesaretlendirilir. 2.Hastanın, yalnızlık hissetmesine yol açan duyguları değerlendirilir. 3.Hasta'nın sosyalleşmesi için	

			uygun ortam sağlanmaya çalışılır ve kişinin bu ortamdaki davranış biçimleri gözlemlenir. 4.Hastaya etkili iletişim yolları öğretilir ve değişik iletişim tekniklerini kullanması sağlanır.	
Sosyal Etkileşimde Bozulma	✓ Kalıcı ilişkiler kuramama ✓ Sosyal izolasyon, içe kapanma ✓ Yalnız aktiviteleri tercih etme ✓ İş yaşamında kişiselarası güçlükler	Kişinin çevresi ile sosyal etkileşim kurmasının sağlanması	1.Destekleyici yaklaşım sağlanır. 2.Günlük aktiviteler bireyin ilgi alanlarına göre planlanır. 3.İyi bir iletişim için nasıl davranması gerektiği konusunda bilgilendirme yapılır.	
Sosyal İzolasyon	✓ Sözel iletişimde azalma ✓ Sosyal ortamlarda güvensizlik,etkileşimden kaçınma ✓ Göz temasında azalma ✓ Sosyal aktivite azlığı	Kişinin sosyal izolasyondan çıkması ve kendini farklı gruplarda rahat ifade	1.Hastanın sosyal izolasyon yaşamasına sebep olan faktörler belirlenir. 2.Hastanın duygularını ifade etmesine ve soru	

	✓ Kalabalık ortamlardan kaçma eğilimi	edebilmesi	sormasına olanak sağlanır. Soruları uygun bir dille yanıtlanır. 3.Hasta, günlük yaşam aktivitelerine katılması için teşvik edilir. 4.Bireyin sosyalleşmesini sağlayacak yaklaşımlar belirlenir. 5. Hasta sosyal desteklerden yardım alması konusunda desteklenir. 6.Hasta ve yakınlarının bilgi gereksinimlerine yönelik eğitim planlanır.	

3. Sağlık ekibi, yalnız yaşam tarzı, yalnızlık, duygusal kopukluk ve bozulmuş iletişim yeteneği gibi şizoid özelliklerin intihar davranışına yatkınlıkla ilişkili özellikler olduğunun farkında olmalıdır. Hastanın intihar riskini değerlendirmeli ve riskin düzeyine göre uygun tedavi ve bakım planı yapmalı buna uygun girişimler planlamalıdır. Hastanın intiharı düşüncelerinin olup olmadığına yönelik hastaya direkt sorular yönlendirilmeli ve hasta yakından gözlemlenmelidir. İntihar riski olan hastanın davranışları tüm ekip tarafından gözlenmeli ve bütün ekip bu konu hakkında bilgilendirilmelidir.

4. SZPD semptomlarının yönetiminde kişilerarası beceriler ve iletişimle ilgili eğitim ve geri bildirimi vurgulamak için, hastanın sosyal iletişim becerilerini kişilerarası ve destekleyici psikoterapi yoluyla geliştirmek tedavinin temel odak noktası olmalıdır. Hastanın kendisini doğru ifade edebilmesi için bireysel psikoterapi, mevcut rahatsız edici endişeleri veya yaşam streslerini hafifletmek için basit tedavi hedeflerine odaklanmalıdır. Bilişsel yeniden yapılanma, potansiyel mantıksız düşünceleri ve yanlış algıları ele almanın bir yolu olabilir.

SONUÇ

Şizoid kişilik bozukluğunun tedavisine yönelik genel prensipler, tüm kişilik bozukluklarındakilerle aynıdır. SZPD teşhisi alan bireylerde sosyal beceri eğitimi verilmesi tedavide önemlidir. Şizoid kişilik bozukluğu olan hastalar, diğer insanlarla etkileşim içinde olmamaları ve yalnızlığı tercih etmeleri nedeniyle motive olamazlar. Sosyal becerilerin edinilmesine odaklanan bilişsel-davranışsal yaklaşımların kullanılması, SZPD'li hastaların değişmesinde etkili olabilir.

KAYNAKÇA

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed).

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed. Text Revision (DSM-5-TR)). (2022). American Psychiatric Association.

Ashton, M. C. (2013). *Individual differences and personality* (Edition 2). Academic Press is an imprint of Elsevier.

Attademo, L., Bernardini, F., Psychiatric Inpatient Unit, Department of Mental Health, AsFO Friuli Occidentale, Pordenone, Italy, Spatuzzi, R., & Community Mental Health Service, Department of Mental Health, ASP Basilicata, Potenza, Italy. (2021). Suıcıdalıty In Indıvıduals Wıth Schızoıd Personalıty Dısorder Or Traıts: A Clınıcal Mını-Revıew Of A Probably Underestımated Issue. *Psychiatria Danubina*, *33*(3), 261-265. https://doi.org/10.24869/psyd.2021.261

Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2011). *Introductory textbook of psychiatry* (5th ed). American Psychiatric Pub.

Fariba, K. A., Madhanagopal, N., & Gupta, V. (2023). Schizoid Personality Disorder. Içinde *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559234/

Gençtan, E. (2023). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. Metis Yayınları.

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(7), 948-958. https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0711

Gvion, Y., Horresh, N., Levi-Belz, Y., Fischel, T., Treves, I., Weiser, M., David, H. S., Stein-Reizer, O., & Apter, A. (2014). Aggression-impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(1), 40-50. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.09.003

Koch, J., Modesitt, T., Palmer, M., Ward, S., Martin, B., Wyatt, R., & Thomas, C. (2016). Review of pharmacologic treatment in cluster A

personality disorders. *Mental Health Clinician*, *6*(2), 75-81. https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.75

Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Levi, U., & Apter, A. (2019). Beyond the mental pain: A case-control study on the contribution of schizoid personality disorder symptoms to medically serious suicide attempts. *Comprehensive Psychiatry*, *90*, 102-109. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2019.02.005

Martens, W. H. J. (2010). Schizoid personality disorder linked to unbearable and inescapable loneliness. *The European Journal of Psychiatry*, *24*(1). https://doi.org/10.4321/S0213-61632010000100005

Mulay, A. L., & Cain, N. M. (2017). Schizoid Personality Disorder. Içinde V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Ed.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (ss. 1-9). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_626-1

Oldham, J., Skodol, A., & Bender, D. (2014). *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders* (2nd Ed.). American Psychiatric Publishing.

Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2020). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (16.Baskı). Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti.

Tangül Özcan, C., & Gürhan, N. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: Kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. Akademisyen Kitabevi. https://books.google.com.tr/books?id=Jk-ntgEACAAJ

Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2012). Schizoid Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *26*(6), 919-926. https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.919

BÖLÜM 24

ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Arş. Gör. Burak ŞİRİN[1]

Uzm. Hem. Halil İbrahim BİLKAY[2]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431388

[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi , Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Tokat, buraksirin33@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-8485-5756

[2]Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Samsun,, halilibrahimbilkay@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-8231-960X

GİRİŞ

Şizotipal kişilik bozukluğu (SKB), bilişsel, algısal, sosyal ve kişilerarası işlev bozukluklarıyla karakterizedir. Tedavisinin zor olması, yeterince tanınmaması ve buna bağlı önemli işlevsel bozulma nedeniyle klinik açıdan önemli bir durumdur. SKB' li bireyler sıklıkla tuhaf ve eksantrik davranışlar, sosyal geri çekilme ve bilişsel eksiklikler gibi şizofrenininkine benzer semptomlar sergilerler. Araştırmalar şizofreni ile SKB arasında genetik bir bağlantı olduğunu göstermiştir, bu da her iki bozukluğa karşı ortak bir altta yatan hassasiyet olduğunu düşündürmektedir. Ek olarak travma ve kötü muamelenin, özellikle tuhaflık içeren vakalarda, SKB'nin gelişiminde potansiyel etkiler olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmalar, SKB' li bireylerin şizofrenide gözlemlenen bozukluklardan farklı olarak bilgi işleme ve çalışma belleği hızında bozulma yaşayabileceğini göstermiştir. Otistik ve şizotipal özellikler arasındaki örtüşme, otizm ve şizofreninin daha geniş sosyal fenotipleri arasında, özellikle Asperger sendromu ile çocukluktaki şizoid kişilik ve/veya şizotipal kişilik bozukluğu (SKB) arasında gözlemlenen yüksek derecede kavramsal, tanısal ve fenotipik örtüşme ile tutarlıdır. (Dinsdale ve ark., 2013). Dahası, ikiz çalışmaları şizotipal kişilik bozukluğunun şizofreniyle genetik olarak ilişkili olduğunu ve şizofreniye genetik yatkınlığın bazı yönlerini yansıtabileceğini göstermiştir (Ericson ve ark., 2011). Şizotipal kişilik bozukluğu, şizofreni ile genetik ilişkisini gösteren ve şizofreni hastalarının biyolojik akrabaları arasında en yaygın psikiyatrik bozukluk olduğunu öne süren çalışmalarla, şizofreni spektrum bozukluğu olarak kesin olarak yerleşmiştir (Ahmed ve ark., 2013).

SKB'li bireylerin sıklıkla çeşitli şizofreni spektrum semptomları ve bozukluklarıyla ilişkili pozitif, negatif ve düzensiz şizotipi sergilediğini göstermiştir (Kemp ve ark., 2020). Pozitif şizotipi psikotik benzeri semptomlarla, paranoid kişilik özellikleriyle, işlev bozukluğuyla ve duygudurum bozukluklarıyla bağlantılıdır (Kemp ve ark., 2020). Öte yandan negatif şizotipi, psikotik benzeri semptomlar, şizotipal ve paranoid semptomların yanı sıra daha zayıf uyumla da ilişkilidir (Kwapil ve ark., 2013). Ek olarak, hem pozitif hem de negatif şizotipinin psikotik benzeri, şizotipal ve paranoid semptomları öngördüğü bulunmuştur, bu da SKB'nin çeşitli semptomatolojisini daha da vurgulamaktadır (Kwapil ve ark., 2013). Dahası, şizotipal kişilik bozukluğu büyük ölçüde hem pozitif hem de negatif şizotipi özelliklerini içerir ve bu, şizotipi spektrumundaki konumuyla uyumludur (Kwapil ve ark., 2022) . Bu, SKB semptomlarının çok yönlü

olduğunu ve çok çeşitli şizotipal özellikleri kapsadığını göstermektedir. Dahası, şizotipal özelliklere sahip bireylerin yanı sıra SKB tanısı alan bireylerde psikoz ve ilgili durumlara geçiş açısından yüksek risk altındadır (Fonseca-Pedrero ve ark., 2017) . Bu, SKB ile ilişkili semptomların ciddiyetini ve potansiyel uzun vadeli sonuçlarını vurgulamaktadır. SKB'nin temel semptomlarının yanı sıra şizotipinin anksiyete, depresif ve otistik semptomlar ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Klang ve ark. 2022). Bu, SKB'nin etkisinin bilişsel ve algısal alanların ötesine geçerek duygusal refahı ve genel yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. Ayrıca şizotipal kişilik (şizotipi), şizofreni spektrum bozukluklarıyla ilişkili nörolojik, psikofizyolojik ve davranışsal özellikleri paylaşan şizofreni için bir endofenotip olarak kabul edilmiştir (Ericson ve diğerleri, 2011). Bu, SKB semptomlarının potansiyel bir nörobiyolojik temeline işaret ederek bozukluğun karmaşıklığını daha da vurgulamaktadır. Şizotipal kişilik özelliklerinin şizofreniye yatkınlık veya bunun klinik dışı bir tezahürü olarak kabul edilebileceğini ve bu özelliklere sahip bireyleri daha iyi karakterize etmek ve potansiyel koruyucu veya telafi edici mekanizmaların yanı sıra çevresel risk faktörlerini belirlemek için çalışmalar yapıldığını belirtmek önemlidir (García-Pérez ve ark., 2022). Bu, SKB semptomlarının ve bunların tam gelişmiş şizofreninin gelişimi üzerindeki potansiyel etkilerinin kapsamlı bir şekilde anlaşılması ihtiyacını vurgulamaktadır.

Şizotipal kişilik bozukluğunun semptomları, psikotik benzeri semptomlarla, işlev bozukluğuyla, duygudurum bozukluklarıyla ve psikoza geçişte yüksek riskle ilişkili çok çeşitli pozitif, negatif ve düzensiz şizotipi özelliklerini kapsar. Ek olarak bu semptomlar anksiyete, depresif ve otistik semptomlar, düşük yaşam kalitesi ve potansiyel nörobiyolojik temellerle bağlantılıdır. Bu semptomların çok yönlü doğasını anlamak, şizotipal kişilik bozukluğunun doğru tanısı ve etkili yönetimi için çok önemlidir. Şizotipal Kişilik Bozukluğunun (SKB) tedavisi, bu durumla ilişkili çeşitli semptomları ve zorlukları ele alan kapsamlı bir yaklaşımı içerir. Araştırmalar, SKB'li bireylerin şizofrenide görülene benzer bilişsel işlevlerde bozulma sergilediğini ve aynı zamanda işlevsel kapasite ve gerçek dünyadaki işlevsellikteki bozuklukları şizofreni hastalarıyla paylaşabileceklerini göstermiştir (McClure ve ark., 2013). Ek olarak, şizotipal kişilik özellikleri şizofreni spektrum bozukluklarıyla ilişkilidir, bu da bu özelliklerin şizofreninin bir "prodromunu" veya başka bir gelişimsel öncüsünü temsil edebileceğini düşündürmektedir (Zhang ve diğerleri, 2014). Bazı semptomların örtüşmesine rağmen, şizotipal

kişilik bozukluğunun şizofreni ile diğer Küme A kişilik bozukluklarına göre daha güçlü ailesel ilişkili olduğunu belirtmek önemlidir (Tarbox ve Pogue-Geile, 2011). SKB'li bireyler için umut verici bir müdahale, sosyal beceri eğitimiyle birlikte bilişsel iyileştirme terapisini içerir. Araştırma, guanfacine kullanımıyla desteklenen bu birleşik müdahalenin, SKB'li bireyler için sonuçların iyileştirilmesinde umut vaat ettiğini göstermiştir (McClure ve ark., 2019). Ayrıca, şizotipal kişilik bozukluğuna göre uyarlanmış bireye özgü müdahalelerin kullanımı, tedavinin önemli bir yönü olarak vurgulanmıştır ve SKB ile ilişkili spesifik semptom düzeyindeki bilgileri ele almak için kişiselleştirilmiş yaklaşımlara duyulan ihtiyaç vurgulanmıştır (Xi ve ark., 2019). SKB tedavisinde bilişsel müdahalelerin yanı sıra psikososyal müdahaleler de araştırılmıştır. Grup bazlı psikososyal müdahalelerin bipolar bozuklukta nüksetme riskini azalttığı gösterilmiştir, bu da benzer grup bazlı müdahalelerin SKB'li bireyler için potansiyel faydalara sahip olabileceğini düşündürmektedir (Castle ve ark., 2010). Ayrıca, SKB de dahil olmak üzere psikoz ve şizofreni spektrumlu kişilik bozukluklarına yönelik erken teşhis ve müdahalenin, sonuçların iyileştirilmesi ve bu durumlarla ilişkili farklı semptom boyutlarının ele alınması açısından çok önemli olduğu vurgulanmıştır (Schultze-Lutter ve ark., 2019) . Şizotipal özelliklerin kalıtsallığı ve uzunlamasına stabilitesinin yanı sıra bunların şizofreni spektrum bozukluklarıyla ilişkili nörolojik, psikofizyolojik ve davranışsal özelliklerle olan ilişkisini de dikkate almak önemlidir (Ericson ve ark. 2011). Bu, etkili tedavi stratejileri geliştirmede SKB'nin genetik ve davranışsal yönlerinin kapsamlı bir şekilde anlaşılması ihtiyacını vurgulamaktadır. Genel olarak Şizotipal Kişilik Bozukluğunun tedavisi, bilişsel iyileştirme terapisini, sosyal beceri eğitimini, bireye özgü müdahaleleri ve psikososyal desteği kapsayan çok boyutlu bir yaklaşımı içerir. Ek olarak, şizofreni ile ailesel ilişki ve şizotipal özelliklerin potansiyel prodromal doğası göz önüne alındığında, erken teşhis ve kişiselleştirilmiş müdahaleler, SKB ile ilişkili karmaşık zorlukların ele alınmasında çok önemlidir.

Klinik Tablo

Şizotipal kişilik bozukluğu olan bireyler soğuk ve yalnızdır. Mülayim ve apatik tarzda davranabilirler. Büyüsel inanışlar, garip düşünceler, referans fikirler, yanılsamalar, depersonalizasyon bu bireylerde görülebilir. Batıl inançlara sahip olan bu bireyler doğaüstü güçlere sahip olduklarını telepati ve altıncı hisleri olduğunu belirtebilirler. Konuşma örüntülerinde bozukluklara sahip olabilen bu bireyler genellikle düşüncelerini mantıklı olarak

düzenleyemezler. Belirsiz ve yersiz, teğetsel ve kişilik uyumları kaybolmuş gibi davranabilirler. Kişiliklerinin bu özelliği onları diğerlerine daha fazla yabancılaştırabilir.

Stresli yaşantı durumlarında sanrı, varsanı veya tuhaf davranışlar gibi psikotik belirtileri olabilir. Bu belirtiler kısa sürelidir. Duygulanımlarında künt veya kendi problerine gülme gibi uygunsuz olabilir. Sabit sanrı ve varsanıları yoktur. Bu yüzden şizofrenin tanı kriterlerini karşılamamaktadır. Stres durumlarında geçici olarak psikotik belirtiler gösterebilirler. Psikotik belirtiler olduğu dönem akut antipsikotik tedavi önerilebilir. Ancak uzun vadede terapiler önerilmektedir.

VAKA

26 yaşında, bekar, erkek olan Hasta C şu an işsizdir. Tek yaşamaktadır. Daha öncesinde astrolog olarak iş yaptığını ve insanların tarot, kahve ve yıldız fallarına bakarak geçimini sağlamaktadır. Ancak son 3 aydır astrolog olarak çalışmadığını belirtmiştir. Çalıştığı iş yerinden kovulduğunu belirtmiştir. İşinden kovulduktan sonra depresif belirtileri olduğunu, stres altında hissettiğini ve uyuyamadığı için psikiyatri polikliniğine başvurmuştur. Konsantrasyonu ve enerjisi seviyesi ile ilgili problemleri ile ağlama krizleri olduğunu belirtmiştir. Belirli yiyeceklerin kendisini iyileştirebileceğine dair düşünceleri olduğunu bugünlerde büyüsel iksirler ve yemekler yapmaya çalıştığını ve bunların onu iyi edeceğini belirtmiştir. Mental durum muayenesinde garip giyindiği, bir kristal küre ile gezdiği ve kürenin gelecekle ilgili haberler verdiğini belirtmiştir. Bu haberlerin sık sık olmadığını özellikle stresli dönemlerde ve kötü deneyimlerin olduğu anlarda ortaya çıktığını belirtmiştir. Hasta C, kristal küresinin işten kovulacağı yönünde haber verdiğini söylemiştir. Son günlerde kristal küresinden haber alırken bir ışık süzmesinin gökyüzünden küresine çarptığını ve bakmakta zorlandığını ancak bunun çok sık gerçekleşmediğini belirtmiştir. O yüzden bazen küresine bakarken güneş gözlüğü taktığını belirtmiştir.

Hasta C, 7 senedir ailesi ile çok seyrek olarak konuştuğunu ve herhangi bir partneri olmadığını belirtmiştir. Günde bir paket sigara içtiğini ve hafta 2 veya 3 defa alkol kullandığını belirtmiştir. Ailesinin varlıklı olduğunu belirten Hasta C, geçimini son 6 aydır ailesinden seyrek aralıkla istediği paralar ile sağladığını söylemiştir. Hasta C, hiç arkadaşı kalmadığını, astronomi ile ilgilenmeyi sevdiğini ve yalnız kalarak sık sık astral seyahat üzerinde çalışmayı tercih ettiğini belirtmiştir.

Hasta C, muayene sırasında dört ceketi üst üste giydiği, kapıya arkasını dönemeyecek şekilde oturduğu gözlemlenmiştir. Saçının üçe bölünmüş şekilde düz, kıvırcık ve rasta örgüsü ile kaplamıştır. Duygulamının kısıtlı olduğu gözlemlenen Hasta C' de teğetsel düşünce süreci ve referans sanrıları olduğu saptanmıştır. Daha önce hiç psikiyatriye gitmediğini ve buna ihtiyaç duymadığını belirten Hasta C, biraz huzursuz olduğunu belirtmiştir. Hasta C, referans ve teğetsel düşünce süreçlerinden rahatsız olmadığını söylemiştir. Hastanın akut sanrı ve varsanıları nedeniyle yataklı servise yatışı yapılmıştır. Psikiyatri ekibi Hasta C' ye 1x10 mg Olanzapin, 1x15 mg Ariprazol başlamıştır. Ayrıca psikoterapötik müdahale planı oluşturulmuştur. Klinikte yapılan ilk görüşmede hastanın referans düşünceleri ve teğetsel düşünce süreci olduğunu kabul etmediği gözlemlenmiştir.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Hasta C'nin tanısı nedir?
2. Hasta C'nin kullandığı Olanzapin ve Ariprazol hangi ilaç grubuna girmektedir?
3. Hasta C'nin kullandığı ilaçlarda nelere dikkat edilmesi gerekmektedir?
4. Hasta C'nin kullandığı ilaçların yan etkileri nelerdir? Hemşire olarak hasta ve yakınlarına ilaçlarla ilgili verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
5. Şizotipal Kişilik Bozukluğuna sahip olan hastaya ekip olarak yaklaşım nasıl olmalıdır?
6. Hasta C'ye konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
7. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

VAKA SORULARININ CEVAPLARI

1. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

2. Olanzapin ve Ariprazol atipik antipsikotik ilaç grubuna girmektedir.

3. Antipsikotik ilaçları kullanırken dikkat edilmesi gereken önemli hususlar bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- İlaçların önerilen dozda ve zamanında alınmalıdır.
- Düzenli muayene ve kontrole gidilmelidir.

- Yan etkileri açısından izlenmelidir. Sağlık profesyonelleri ve hasta bu konuda bilinçlendirilmelidir.
- Diğer ilaçlar ile etkileşimine dikkat edilmelidir.
- İlacın etkileri açısından hasta ve yakını bilgilendirilmeli, kilo alımı, iştah gibi durumlar olabileceğinden kontrollerde bu parametrelere de dikkat edilmelidir.
- Alkol ve madde kullanımı istenmeyen sonuçlara yol açabileceğinden hasta alkol ve madde kullanmamalıdır.
- Bazı antipsikotikler dikkat ve motor yeteneklerini etkilediği için motor becerileri değerlendirilmelidir.
- Aniden ilaçlar bırakılmamalıdır veya azaltılamamalıdır. Doz azaltma veya kesme işlemi için sağlık ekibi ile iş birliği içerisinde olunmalıdır.

4. Antipsikotik ilaçlar iki grupta incelenmektedir. Bu gruplar "birinci kuşak antipsikotikler (BKAP)" ve "ikinci kuşak antipsikotikler (İKAP)" başlıkları altında toplanmaktadırlar. Olanzapin ve Ariprazol ikinci kuşak antipsikotikler olarak yer almaktadır.

BKAP'ların yan etkileri içerisinde;

-Yürümede gerileme,
-Hareketlerde yavaşlama,
-Sürekli uyku hali,
-Bulanık görme,
-Ağız kuruluğu,
-Konuşmada güçlük ve kaslarda istemsiz olarak kasılma yer almaktadır.

İKAP'ların yan etkileri ise

-Sersemlik hissi
-Tremor
-İştahta artış
-Uyuma süresinde artış,
-Cinsel bozukluklar
-Şişmanlık
-Periferik ödem
-Adet düzensizliği olarak sıralanabilir.

Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları yan etkiler açısından eğitilmeli ve Antipsikotik ilaçları kullanırken dikkat edilmesi gereken önemli hususlar konusunda dikkat etmelidir (bkz. 3. Hasta C'nin kullandığı ilaçlarda nelere dikkat edilmesi gerekmektedir?).

5. Şizotipal Kişilik Bozukluğu (SKB) olan hastalara, bozukluğun tanısı, tedavisi ve seyri hakkında kapsamlı bir anlayışla yaklaşılmalıdır. Şizotipal Kişilik Bozukluğu olan hastalara yaklaşımlar genel anlamıyla aşağıdaki gibidir.

- Semptomların sürekliliği ve psikoza geçiş için öngörücü güçleri hakkında içgörü sağladığından iç görü oluşturmaya yönelik stratejiler geliştirilmelidir.
- Farmakolojik tedavi, sosyal ve bilişsel terapilerin etkinliği nedeniyle tedaviye uyumun artırılması önerilmektedir.
- Garip inanç ve davranışlar olunabileceği göz önüne alınarak empati ve anlayış bakış açısıyla anlamaya çalışılmalıdır.
- Yargılayıcı bir anlayış sergilenmemeli hastaya kabullenici bir tutum sergilenmeli güven ortamı oluşturulmalıdır,
- Sabırlı ve duyarlı yaklaşım sergilenmelidir.
- Sade ve net bir dil kullanılmalıdır.
- Kişilik bozukluğu olan hastalarla çalışırken sınırlar belirlemek önemlidir. Bu sınırlar hem sağlık çalışanının hem de hastanın güvenliği için gereklidir.
- Uygun kaynaklara yönlendirme yaparak veya uygun destek ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi vererek hastaya destek olunmalıdır.
- Hastaların tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım genellikle etkilidir. Psikiyatri hekim ve hemşireleri, psikologlar, diğer uzmanlarla iş birliği yaparak daha etkili bir tedavi planı oluşturmalıdır.

6. Tanılar

Hasta C' ye konulabilecek hemşirelik tanılarına örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri aşağıdaki gibi sıralanabilir ve arttırılabilir.

Düşünce Sürecinde Bozulma
Duyusal Algısal Bozulma
Sosyal İzolasyon
Uyku Örüntüsünde Bozulma
İnkar

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Düşünce Sürecinde Bozulma	Sanrısal düşünce Yoğunlaşma yetersizliği Problem çözememe Referans ve mistik sanrılar	Stres durumunda baş edememe, Referans ve mistik sanrıların varlığı	Hastanın stres durumlarında yanlış düşünceler meydana geldiğini fark etmesi	1.Hastanın gerçeğe odaklanmasının sağlanması 2.Hastayla gerçek olaylar ve gerçek kişiler hakkında konuşulması ve yanlış düşüncelerden uzaklaştırılması 3.Hastayı sürekli aynı hemşirenin takip etmesi ve hastaya karşı verilen sözlerin dürüstçe tutulması 4. Hastanın fiziksel temas öncesinde bilgilendirilmesi (Vital bulgular öncesinde özellikle kan basıncı ölçümünde hastaya dokunulacağına dair bilgi verilmesi) 5. Hastayla beraberken hastanın	**Olası değerlendirme:** Klinikte yatış süreci esnasında hastadaki sanrısal düşüncelerin hemşirelik girişimleri sonrasında değişmediği gözlemlendi.

				görebildiği fakat duyamadığı fısıldaşarak konuşmalardan kaçınılması 6.Hastanın ilaçlarından sonra yutup yutmadığını değerlendirmek için ağız içinin kontrol edilmesi 7. Hastanın hemşire ve terapisti ile birebir olarak görüşmesi için teşvik edilmesi	
Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Duyusal Algısal Görsel	Uygunsuz tepkiler Düşünce sürecinde bozulma Halüsinasyon görme Konsantrasyonda azalma Oryantasyon bozukluğu	Baş etmek için kaynakları kullanmada yetersizlik, stresörleri gerçekçi anlamlandırmada yetersizlik.	Hastanın halüsinasyonların hastalıktan kaynaklandığını fark edebilmesi	Hastanın görsel halüsinasyon belirtileri açısından takip edilmesi Hastaya karşı kabullenici bir tutum sergileyerek hastanın varsanım içeriğini paylaşması için destek olunması	**Olası Değerlendirme:** Klinikte yatış esnasında hastanın duyusal ve algısal bozulmalarında iyileşmeler olduğu gözlemlendi.

				Hastanın halüsinasyonlarının desteklenmemesi ve gördüğümü belirttiğinde "görüntülerin sana gerçek gibi göründüğünün farkındayım fakat ben herhangi bir şey görmüyorum" diye hastaya belirtilmesi Stres ve varsanım ortaya çıkmasındaki nedenler arasında hastanın bağlantı kurabilmesi için desteklenmesi Hastanın dikkatinin varsanımlardan başka yöne çekilmesine yardım edilmesi	
Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**

Sosyal İzolasyon	İçe kapanma Kendi düşünceleri ile meşguliyet Kimseyle görüşmediğinin belirtilmesi	Sanrılar ve sanrıların meşguliyeti Davranışlarda gariplik	Hastanın hemşireye güvenmesi ve isteyerek grup terapisine katılması	Kısa ve sık aralıklarla hastayla temas halinde olunması hemşirenin kabullenici tutumunu hastaya yansıtması Koşulsuz bir şekilde hastaya olumlu tutumla saygı gösterilmesi Hastanın zorlandığı ve kendisine zor gelen grup aktiveleri esnasında desteklenmesi Hastanın sosyalleşme için diğer hastalarla gönüllü olarak tanışmasına fırsat tanınması ve desteklenmesi	Olası Değerlendirme Hastanın klinikte kaldığı esnada sosyal izolasyonunda azalma olduğu gözlemlendi.

7. Hasta C' ya verilebilecek eğitimler aşağıdaki gibidir;

- Stresle bas etme teknikleri
- Gevşeme ve solunum egzersizleri
- Sosyal beceri eğitimi
- Bilişsel uyum eğitimi
- Semptom yönetimi eğitimi

SONUÇ

Şizotipal kişilik bozukluğu latent (gizli) şizofrenikler olarak değerlendirilmiştir. Davranış ve düşünceleri tuhaf ve garip olarak tanımlansa da şizofreni düzeyinde değildir. Şizotipal kişilik, şizoid kişilik örüntülerinin derin bir formudur. Çalışmalar popülasyonun yaklaşık yüzde 1-2'sinin bu bozukluğa sahip olduğunu göstermektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu olan bireylere müdahale ve tanılama gecikmekle birlikte birçok kez şizofreni ile karıştırılabilmekte veya sanrıları desteklenmektedir. Bu durum tedavi ve yatış sürecini zorlaştırmakta ve uzatmakta, tedavi maliyetini artırmaktadır. Psikiyatri hemşireleri şizotipal kişilik bozukluğunun tanımlanması, bireylerin korunması ve rehabilite edilmesinde önemli bir role sahiptir. Psikiyatri hemşireleri gerek tedavi gerek psikoeğitimsel girişimler yaparak bireylerin tedavilerinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bunların sonucunda psikiyatri hemşirelerinin şizotipal kişilik bozukluklarının tanı ve tedavisinde etkin ve önemli bir rolü üstlendiği; bu konuda yetkinliklerinin artırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Berenbaum, H., Valera, E., & Kerns, J. (2003). Psychological trauma and schizotypal symptoms. *Schizophrenia Bulletin, 29*(1), 143-152. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006985.

Castle, D., White, C., Chamberlain, J., Berk, M., Berk, L., Lauder, S., … & Gilbert, M. (2010). Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 196*(5), 383-388. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.058263

Ericson, M., Tuvblad, C., Raine, A., Young-Wolff, K., & Baker, L. (2011). Heritability and longitudinal stability of schizotypal traits during adolescence. *Behavior Genetics, 41*(4), 499-511. https://doi.org/10.1007/s10519-010-9401-x

Ericson, M., Tuvblad, C., Raine, A., Young-Wolff, K., & Baker, L. (2011). Heritability and longitudinal stability of schizotypal traits during adolescence. *Behavior Genetics, 41(*4), 499-511. https://doi.org/10.1007/s10519-010-9401-x

Fonseca-Pedrero, E., Debbané, M., Ortuño-Sierra, J., Chan, R., Cicero, D., Zhang, L., … & Jablensky, A. (2017). The structure of schizotypal personality traits: a cross-national study. *Psychological Medicine, 48*(3), 451-462. https://doi.org/10.1017/s0033291717001829

García-Pérez, Á., González-Rodríguez, A., Godoy-Giménez, M., Sayans-Jiménez, P., Cañadas, F., & Estévez, A. (2022). Mental rotation and schizotypal personality traits: a bayesian approach. *Scandinavian Journal of Psychology, 64*(2), 113-122. https://doi.org/10.1111/sjop.12874

Kemp, K., Bathery, A., Barrantes-Vidal, N., & Kwapil, T. (2020). Positive, negative, and disorganized schizotypy predict differential patterns of interview-rated schizophrenia-spectrum symptoms and impairment. *Assessment, 28*(1), 141-152. https://doi.org/10.1177/1073191119900008

Klang, A., Westerberg, B., Humble, M., & Bejerot, S. (2022). The impact of schizotypy on quality of life among adults with autism spectrum disorder. *BMC Psychiatry,* 22(1). https://doi.org/10.1186/s12888-022-03841-2

Kwapil, T., Clark, H., Rbeiz, K., Bathery, A., Kemp, K., & Barrantes-Vidal, N. (2022). Association of positive, negative, and disorganized

schizotypy with cluster a, borderline, and avoidant personality disorders and traits.. Personality Disorders *Theory Research and Treatment, 13*(2), 182-191. https://doi.org/10.1037/per0000488

Kwapil, T., Gross, G., Silvia, P., & Barrantes-Vidal, N. (2013). Prediction of psychopathology and functional impairment by positive and negative schizotypy in the chapmans' ten-year longitudinal study.. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 807-815. https://doi.org/10.1037/a0033759

McClure, M., Graff, F., Triebwasser, J., Perez-Rodriguez, M., Rosell, D., Koenigsberg, H., … & New, A. (2019). Guanfacine augmentation of a combined intervention of computerized cognitive remediation therapy and social skills training for schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 176*(4), 307-314. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18030349

McClure, M., Harvey, P., Bowie, C., Iacoviello, B., & Siever, L. (2013). Functional outcomes, functional capacity, and cognitive impairment in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research, 144*(1-3), 146-150. https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.012

Rosell, D., Futterman, S., McMaster, A., & Siever, L. (2014). Schizotypal personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports, 16*(7). https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1

Schultze-Lutter, F., Nenadic, I., & Grant, P. (2019). Psychosis and schizophrenia-spectrum personality disorders require early detection on different symptom dimensions. *Frontiers in Psychiatry, 10.* https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00476

Tarbox, S. and Pogue-Geile, M. (2011). A multivariate perspective on schizotypy and familial association with schizophrenia: a review. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1169-1182. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.002

Tonelli, H. (2014). How semantic deficits in schizotypy help understand language and thought disorders in schizophrenia: a systematic and integrative review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 36*(2), 75-88. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0053

Xi, C., Cai, Y., Peng, S., Lian, J., & Tu, D. (2019). A diagnostic classification version of schizotypal personality questionnaire using diagnostic classification models. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 29*(1). https://doi.org/10.1002/mpr.1807

Zhang, J., Wang, W., Zhang, Y., Wu, Q., Xiao, W., Shang, L., … & Miao, D. (2014). Spatial analysis of schizotypal personality traits in chinese male youths: evidence from a gis-based analysis of sichuan. *International Journal of Mental Health Systems, 8*(1). https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-3

BÖLÜM 25

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Esma ÖZMAYA[1]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431398

[1] Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü, ozmayaesma@gmail.com, Orcıd: :0000-0003-0932-4012, Karaman.

GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) küresel anlamda görülme oranı giderek artmakta olan bir ruhsal bozukluktur (Sareen, 2014). Bireyler, doğal afetler, kazalar, savaş, cinsel saldırı ve ciddi hastalıklar dahil olmak üzere doğal yollarla veya insan yapımı olaylar nedeniyle hayatlarında TSSB ye maruz kalabilmektedirler (Diehle et al, 2015). Travma Sonrası Stres Bozukluğu, travmatik bir olay tarafından bireyin tehdit edilebildiği veya birey tarafından doğrudan deneyimlenen, bireylerin koşullarını ve ruh halini olumsuz etkileyen çeşitli travmatize edici faktörlere maruz kalma olarak tanımlanmaktadır (Bryant, 2019). DSM-V' e göre ise Travma sonrası stres bozukluğu travmatik bir olaya maruz kalma veya şahit olma sonrası ortaya çıkan, kişide aşırı uyarılma hali, travmayı hatırlatan veya çağrıştıran uyaranlardan kaçınma ve kişinin travmatize edici olayı rüyalarında ve "flashback"ler şeklinde tekrar tekrar yaşaması ayrıca yoğun çaresizlik, huzursuzluk, uyku ve yemek bozuklukları ve disosiyatif belirtiler ile karakterize bir bozukluktur. Bu semptomların en az bir ay boyunca devam ediyor olması gerekmektedir (APA, 2013).

Travma sonrası semptomlar ilk olarak birinci dünya savaşından sonra literatürümüzde yer bulmaya başlamıştır. Savaş sonrası gazilerde aşırı uyarılmışlık, huzursuzluk gibi semptomlarla kendini gösteren tablo Bomba Şoku ya da Savaş Nevrozu olarak adlandırılmış ve ikinci dünya savaşından sonra DSM-I de tanı klavuzunda yer bulmuştur (Javidi and Yadollahi, 2012). 2013 yılında yayınlanan DSM-V te ise örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar kümesinde yer almıştır (APA,2013).

TSSB dünya genelinde genel nüfusun yaklaşık %4'ünü etkilemektedir (Koenen et al, 2017). Dünya sağlık örgütü verilerine göre son 10 yılda savaş veya başka bir çatışmaya maruz kalan bireylerin neredeyse beşte birinde depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, bipolar bozukluk veya şizofreni gibi ruhsal bozukluklar görülmektedir (%22) (WHO, 2022). Farklı ülkelerin değerlendirildiği bir araştırma sonucuna göre ise travmatik olayların görülme oranları en yüksek 3 ülke Hollanda, Kolombiya ve Amerika Birleşik Devletleri iken, en düşük maruziyet oranlarına sahip ülkeler ise İtalya, Romanya ve İspanya olduğu görülmektedir (Dückers et al, 2016).

Ayrıca Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan hastalar arasında (neredeyse yarısında) sıklıkla majör depresif bozukluk (MDB) eştanı olarak karşımıza çıkabilmektedir (Flory and Yehuda, 2015). Ayrıca TSSB'li

hastalarda somatoform bozukluklar, kardiyorespiratuar, kas-iskelet sistemi, gastrointestinal ve immünolojik bozukluklar (Schnurr et al, 2007, Gupta, 2013), intihar riski (Sareen et al, 2007) dahil olmak üzere çok sayıda fiziksel ve psikiyatrik sorunlar gözlenebilmektedir

Travma sonrası stres bozukluğu için iyi bir prognozun belirtileri şunlardır:

1. Travma sonrası stres semptomlarının ilk defa ortaya çıkması.
2. Travma sonrası stres semptomlarının 6 aydan kısa süredir devam ediyor olması.
3. Travmatize olmuş bireyin TSSB den önce işlevselliğinin iyi olması.
4. Travmatize olmuş bireyin güçlü bir sosyal destek sisteminin olması.
5. Travmatize olmuş bireyde başka bir fiziksel rahatsızlığının olmaması.
6. Travmatize olmuş bireyin TSSB öncesinde psikiyatrik bir bozukluğunun olmaması.
7. Travmatize olmuş bireyin madde kulanım bozukluğunun olmaması (Türksoy, 2003).

Travma sonrası stres bozukluğunu önlemek için riskli grupların değerlendirilip önleme çalışmalarının aktif yürütülmesi ve bu alanda çalışan personelin de gerekli bütün eğitimleri eksiksiz tamamlaması gerekmektedir (

Yanık ve Ediz, 2022). Bütün önlemlere rağmen Travma Sonrası Stres Bozukluğu yaşayan bireylere ise en etkili tedavi yaklaşımı, travma odaklı psikoterapiler ve farmakolojik tedavi kombinasyonu olmaktadır (Budur et al, 2006; Yeşilçınar ve Yanık, 2023). TSSB için farmakolojik tedaviler, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin ve nörepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri gibi antidepresanlar, alfa blokerler, antipsikotikler, antikonvülsanlar ve benzodiazepinler gibi sempatolitik ilaçları içermektedir. Bu ilaçlardan fluoksetin, paroksetin, sertralin, topiramat, risperidon ve venlafaksin tedavide etkili olarak tanımlanmaktadır (Miao et al, 2018).

Psikoterapotik olarak ise Bilişsel Davranışçı Terapiler en sık uygulanan terapi yöntemidir. Stres Aşılama Yöntemi, Bilişsel Süreç Terapisi,

Uzun Süreli Alıştırma Tedavisi, Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme gibi teknikler de tedavilerde kullanılmaktadır. Bireyin travmatize olayı hatırladığı sırada yaşadığı anksiyetesini azaltmaya yönelik gevşeme tekniklerinden yararlanılmaktadır. Bireyin durumuna göre haftada bir ya da iki kez ve yaklaşık 9-12 hafta süren bir görüşme planı yapılmaktadır. Bu görüşmeler ortalama 60-90 dakika süren sürmektedir. (Fao et al, 2007; Miao et al, 2018).

VAKA ÖRNEĞİ

Ülkesindeki zulüm ve esaret den kaçarak kardeşi ile birlikte Türkiye'nin doğu Anadolu bölgesine yerleşen 36 yaşındaki bayan A kardeşi refakatinde; kötü uyku, yemek yeme sorunları ve genel huzursuzluk şikayetleri ile yardım almak için bir psikiyatri kliniğine başvurmuştur.

Ruhsal durum muayenesinde kendine olan bakımı yetersiz, yaşından daha ileri yaşta görünen, göz teması kurmakta zorlanan, görüşme boyunca ağlama nöbetleri de olsa konuşmaya istekliydi. Duygudurumunun şiddetli düzeyde anksiyeteli olduğu, huzursuzluk hali otururken bacaklarını sallama göz iletişimi kurmakta zorlanma, sorulan sorulara odaklanmakta zorluk çekme, çevresel uyaranlara karşı hassasiyette artma olduğu görülmüştür. Konuşması açık, amaca yönelik ve düşük bir se tonu ile konuşmaktadır. Düşünce içeriğinde ise çoğunlukla korku, karamsarlık ve suçluluk temaları içermektedir. Bilinç açık oryantasyon tamdır. Algısal herhangi bir patoloji olmamakla birlikte görüşme boyunca flashbackler yaşamaktadır.

Bayan A ile yapılan görüşmede ülkesinde uzun yıllardır dinmek bilmeyen bir çatışma ve savaş ortamı olduğunu, aralarında bir aile üyesinin (eşinin) de bulunduğu çok sayıda kişinin ölümüne tanık olduğunu bildirmiştir. Hemen hemen her gün çatışma bomba sesleri duyduklarını her an ölümle burun buruna yaşadıklarını, bir lokma yemeden uyku uyumadan günlerce bu şekilde yaşadıklarından bahsetmektedir. Bir gün düşman askerlerinin evlerini bastığını ve daha 15 ve 17 yaşlarında iki oğlunu hırpalayarak yanlarında götürdüklerini giderken çocuklarının 'anne hakkını helal et… kendine iyi bak…' dediklerini onlarla tam olarak vedalaşamadığını söylemektedir. Sonraki günlerde hemen hemen her gün o anı hayalinde ve rüyalarında gördüğünü onları kurtaramadığı için suçluluk duyduğunu ifade etmektedir. Çocukları ile olan iletişimini tamamen kaybettiğini ve nerede olduklarından bilgisi olmadığını, çevresinden aldığı bilgiye dayanarak çocuklarının esir düştüğünü tahmin etmekte, kendisinin de altı ay kadar esir edildiğini daha

sonra bir şekilde kurtulduğunu ve kardeşine ulaştığını ifade etmektedir. Esir edildiği dönemde ise cinsel istismara maruz kaldığını, hakarete uğradığını ve köle olarak çalıştırıldığını ifade etmektedir. Kardeşinin onu göç etmek için zorladığını, birlikte buraya geldiklerini ve çocuklarının ölmüş olmasından korktuğunu, şu an tek aile yakınının kardeşi olduğunu ifade etmektedir.

Yaklaşık 3 aydır Türkiye de bulunan hasta geldikleri süreçten bu yana şikayetlerinin devam ettiğini söylemektedir. Şikayetleri sorulduğunda uykuya dalmakta zorluk çektiğini, uyuduğunda ise kabuslar gördüğünü, kronik bir tehdit duygusu yaşadığını ve kendisine köleliğini hatırlatan faaliyetlerden (örneğin, pişirmeye zorlandığı yiyeceklerin kokusu) kaçındığını bildirmektedir. Kabuslarında ise sürekli eşinin ölümünü ve çocuklarından koparıldığı anı gördüğünü ifade etmektedir. Buraya geldiğinden beri kendini huzursuz, uyuşuk ve çaresiz hissetmekte olduğunu, günlük rutinlere karşı yabancılaşmış hissettiğini ve çocuklarını kaybettiği, onları koruyamadığı için sürekli kendini suçlamaktadır. Gün içerisinde sık sık kalbinin sıkıştığını, soluk almakta zorlandığını söylemekte ve her an sanki bomba atılacak korkusu yaşadığını söylemektedir. Yaşadıklarından dolayı hem utanç duygusu hem de kendi kültüründen insanlar da dahil olmak üzere başkalarına olan güven duygusunu tamamen kaybettiğini ifade etmekte ve her türlü sosyal temastan kaçınmaktadır.

Gerekli tüm tetkikler yapıldıktan sonra kliniğe Post Travmatik Stres Bozukluğu tanısı ile yatışı yapılan bayan A. ya hekim tarafından tedavi planı oluşturulmuştur. Anksiyetesi arttığı dönemler için lüzum halinde 1x1mg Xanax başlanmış ve depresif semptomlarına yönelik Paxil 20mg günlük doz başlanmıştır. Ayrıca günlük değerlendirmeler gevşeme egzersizleri dışında haftalık psikoterapi (EMDR) planlanmıştır.

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1- Bayan A'nın tanısı nedir?
2- Bayan A için DSM-V kriterlerine göre bu tanıyı düşündüren 3 ana semptom nedir?
3- Bayan A için tedaviye eklenen ilaçlar hangi ilaç grubuna girmektedir?
4- Bayan A için düşünülebilecek hemşirelik tanıları neler olabilir?
5- Bu tanı ile kliniğe yatışı yapılan bir hastanız için psikiyatri hemşiresi olarak nasıl yaklaşım sergilersiniz?

Vaka Sorularının Cevapları

1-Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2-A) Aile yakınlarının başına gelen örseleyici (travmatik) olayları görmesi ve doğrudan tanıklık etmesi.

B) Örseleyici olaylarla ilgili ya da yakından ilişkili anımsatıcılardan uzak durması ya da kaçınması

C)Örseleyici olayla ilgili tetikte olma, uyarılma hali

3- Xanax: etken maddesi alprazolam olan bir sakinleştiricidir. Alprazolam, benzodiazepinler olarak adlandırılan bir ilaç grubuna aittir. Benzodiazepinler, beyindeki kimyasal aktiviteyi etkileyerek uyku getirebilmekte ve kaygıyı azaltmaktadır. Bağımlılık riski açısından dikkatli kullanılmalıdır.

Paxil; etken maddesi paroksetindir ve SSRİ (Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri) adı verilen antidepresan ilaç grubuna dahildir. Beyindeki serotonin seviyesini artırarak tedaviye yardımcı olmaktadırlar.

4-Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu tanılar ve girişimler arttırılabilir.

Anksiyete
Etkisiz baş etme
Sosyal etkileşimde bozulma
Öz bakım eksikliği
Uyku örüntüsünde bozulma
Yalnızlık Riski
Sosyal İzolasyon
Ümitsizlik
Beslenmede dengesizlik

Hemşirelik Tanısı	Tanımlayıcı Özellikler	Neden (Etyolojik faktörler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Anksiyete	-Huzursuzluk -Dikkatte azalma -Hiperaktivite	-Travmatik yaşantılar -Çaresizlik	-Kısa dönem: bireyin duygularının farkında olması -Orta dönem: Kendi kendine gevşemeyi sağlayabilmesi -Uzun dönem: anksiyete ataklarından arınmış olması	-Bireye sakin bir şekilde yaklaşılır. -Açık, anlaşılır,basit ifadeler kullanılır. -Anksiyete düzeyi belirlenmeli -Kaygı düzeyi yükseldiğinde bireyin yanında olunmalı -Baş etme becerileri değerlendirilip, etkili teknikler öğretilmeli -Derin nefes alma, progresif gevşeme, meditasyon, sakin ortam hayaletme gibi gevşeme egzersizlerine katılımı desteklenmeli ve bu teknikler öğretilmeli	-Bireyin anksiyete belirtilerine farkındalığı arttı. -Anksiyete hafif düzeyde iken uygun teknikler kullanılarak kontrol edildi.

Hemşirelik Tanısı	Tanımlayıcı Özellikler	Neden (Etyolojik faktörler)	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Etkisiz bireysel başetme	-Stresörleri gerçekçi yorumlayamama -Kaçınma davranışı -Yeterli duygu ifadesinin olmaması	-Kendine ve çevreye yönelik olumsuz şemalar	-Kısa dönem: bireyin duygularını ifade edebilmesi -Orta dönem: Stresle baş edebilmesi için alternatif yollar denemeyebilmesi -Uzun dönem:	-Bireyin duygularını ifade edebilmesi ve anksiyete kaynaklarını açıklayabilmesi -Bireyin daha önce kullandığı başetme	-Bireyin stres düzeyini kontrol edebilmek için alternatif yolların denendiği ve başetmekte zorlanmadığı gözlendi.

			Güçlü yönlerini fark edip stresle baş edebilmesi	yöntemlerinin öğrenilmesi -Bireye adım adım problem çözme becerisinin öğretilmesi (problemi tanımlama, alternatifleri bulma,sonuçla rı değerlendirme ve karar verme) -Olumlu sonuçlar için olumlu geri bildirimler verilmesi. -Etkisiz başetmeler sonucu alternatif yolları keşfedebilmesi destek olunması	

5- Kullanılabilecek uygun hemşirelik yaklaşımları;

-Bireyin iyileşme sürecini hızlandırmak ve doğru bir tanılama için bireyin kendisinden ve yakınlarından bilgi alınmalıdır

-Bireyle güvene dayalı bir ilişki yürütülmelidir

-Açık, anlaşılır, etkili iletişim becerileri kullanılmalıdır

-Travmatik olay sonrasında bireyin duygularının ve tepkilerinin farkında olmasına ve duygularını ifade edebilmesine destek olunmalıdır.

-Birey içinde bulunduğu yas sürecinin aşaması değerlendirilip uygun davranışlar konusunda konuşulmalıdır.

-Güvenli çevre oluşturulmalıdır.

-Sosyal destek sistemleri belirlenmelidir.

-Bireyin kullandığı baş etme stratejileri belirlenip geliştirilmelidir.

-Bireyin fizyolojik gereksinimleri de belirlenmeli ve uygun bakım planlanmalıdır.

SONUÇ

Giderek küresel anlamda travma sonrası stres bozukluğu yaygınlık oranlarında artışlar gözlenmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu beraberinde depresyon, uyku ve yeme bozuklukları gibi ruhsal sorunları da getirebilmektedir. Bireylerin yaşam kalitesi giderek düşmekte ve klinik yatışlar artabilmektedir. Psikiyatri hemşireleri olarak travmatize olayların ve risk altındaki bireylerin belirlenerek önleme çalışmalarının yapılması ve travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylerin bakımının profesyonelce sağlanabilmesi önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından çev. Köroğlu e., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Bryant, RA. (2019). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-art review of the evidence and challenges. World Psychiatry.; 18 :259–269. doi: 10.1002/wps.20656.

Budur, K., Falcone, T. and Franco, K. (2006). Diagnosing and managing posttraumatic stress disorder. Cleveland Clinic journal of medicine. 73, 2, s. 121- 2, 5-6, 8-9.

Diehle, J., Opmeer, BC., Boer, F., Mannarino, AP., Lindauer, RJL. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works for children with post-traumatic stress symptoms? A Randomized Controlled Trial. Euro. Children Adolescentsc. Psychiatry.24 :227–236. doi: 10.1007/s00787-014-0572-5.

Dückers, MLA., Alisic, E. and Brewin, CR. (2016). A vulnerability paradox in the cross-national prevalence of post-traumatic stress disorder. J. Psikiyatri. 209 :300–305. doi: 10.1192/bjp.bp.115.176628.

Flory, JD. and Yehuda, R. (2015). Comorbidity between posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: Alternative explanations and treatment considerations. Dialog-Clin. neuroscience. 17 :141–150. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory.

Foa, EB, Hembree, E ve Rothbaum B. Prolonged exposure therapy for PTSD. New York: Oxford University Press. 2007. s. 85.

Gupta, MA. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. Int Rev Psychiatry; 25:86-99.

Javidi, H and Yadollahie, M. Post-traumatic Stress Disorder. The International Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2012. Cilt 3, 1, s. 2-9.

Koenen, KC., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, KA., Bromet, EJ., Stein, DJ., Karam, EG., Ruscio, AM, Benjet, C., Scott, K., et al. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. Psiko Med.; 47 :2260–2274. doi: 10.1017/S0033291717000708.

Miao, XR, Chen QB, Wei K, Tao KM and Lu ZJ et al. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. Mil Med Res. 2018. Cilt 5, 32, s. 1-7.

Schnurr, PP., Green, BL. and Kaltman, S. (2007). Trauma exposure and physical health. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, eds. Handbook of PTSD: science and practice. Guilford Press.

Sareen, J. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. Can J. Psychiatry. 59 :460–467. doi: 10.1177/070674371405900902.

Sareen, J., Cox, BJ., Stein, MB., Afifi, TO., Fleet, C., Asmundson, GJG. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. Psychosom Med; 69:242-8.

Türksoy, N. (2003). Psikolojik travma ve sonuçları, Psikolojik travma ve tanım sorunlar. s. 214-216.

Yanık, D., & Ediz, Ç. (2022). Determining the attitudes and behaviors of university students towards dating violence, and the levels of psychological resilience and burnout. Anatolian Journal of Health Research, 3(3), 119-125. https://doi.org/10.29228/anatoljhr.64192

Yeşilçınar, İ., Yanık, D. (2023). Doğum yapan ve yapmayan kadınlarda premenstrual sendrom ve mental iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 6(2), 290-298. DOI:10.38108/ouhcd.1122220

WHO. (2022). Mental health in emergencies. Erişim adresi: https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/mental-health-in-emergencies

BÖLÜM 26

YEME BOZUKLUĞU OLAN HASTADA VAKA YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Doç. Dr. Nevin GÜNAYDIN[1]

DOI: https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10431400

[1] Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği ABD, Ordu, gunaydinnevin@gmail.com,
ORCID ID: 0000-0002-5382-6354

GİRİŞ

Yeme bozuklukları beslenme, kilo veya şekil bozuklukları olarak kavramsallaştırılan ve az yemeden aşırı yemek yemeye kadar geniş bir yelpazede değerlendirilebilen ciddi bozukluklardır (Wade, Bergin, Martin, Gillespie ve Fairburn, 2006). Anoreksiya nervoza (AN), normal sağlıklı vücut ağırlığını koruyamama ve sıklıkla ideal vücut ağırlığının (IBW) %85'inin altına düşme ile kendini gösteren ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Bulimia nervoza (BN), uygunsuz telafi edici davranışla birlikte tekrarlayan, tıkınırcasına yeme ataklarının eşlik ettiği bir psikiyatrik bozukluktur. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) olan bireyler, telafi edici davranışların yokluğunda düzenli olarak tıkınırcasına yeme davranışı ile karekterize bir bozukluktur (Berkman, Lohr, & Bulik, 2007).

Kültüre bağlı sebepler nedeniyle, öncelikle kadınları etkileyen bir sendromdur (Thomas, Lee & Becker, 2016). Son araştırmalar, artan kentleşme ve küreselleşmeyle, batılı olmayan kültürlerin de katılımıyla birlikte, küresel bir artışa işaret etmektedir (Gorrell, Trainor & Le Grange, 2019; Hoek, 2016). Geçtiğimiz yıllarda yapılan yıllık sistematik bir inceleme, Kuzey Amerika'da %4,6 ve Avrupa'da %2,2 olan nokta yaygınlık oranının, Asya genelinde nokta yaygınlık olarak %3,5 düzeyine yükseldiğini belirlemiştir (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavolacci, 2019; Thomas ve diğerleri, 2016). Yine yakın zamanda yapılan yaşları 21-77 arasında olan toplam 797 Singapurlu yetişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %6,2'sinin DSM-5'e göre yeme bozukluğu kriterlerini karşıladığını, %19,5'unun ise beslenme veya yeme bozukluğu geliştirme riski taşıdığını, sadece %1,6'sının tedavi gördüğünü ve erkek/kadın oranının 1:1 olduğunu belirlemiştir (Chua ve ark., 2021).

Yeme bozukluklarının (ED'ler) tarihsel olarak psikolojik veya çevresel nedenlerin (örneğin aile işlev bozuklukları) bir sonucu olduğu düşünülmüş (Ediz ve Kartal, 2023), son yıllarda ise çeşitli biyolojik faktörler tanımlanmıştır (Bulik, Blake ve Austin, 2019). Şu anki kanıtlar ise, YB'lrının karmaşık gen-çevre etkileşimlerinin ürünü olduğunu ve kalıtsal zayıflıkların yaşam boyunca birden fazla çevresel uyarana maruz kalmayla etkinleştiğini göstermektedir (örn. Perinatal olarak hakaretlere mauz kalma, çocuklukta yaşanan olumsuzluklar, kalori kısıtlaması.) (Steiger & Booij, 2020; Yanık ve Arslan, 2023). Yeme bozukluklarına ilişkin olarak transdiagnostik ve bilişsel-davranışsal model ise, ağırlık ve şekle aşırı değer verilmesinin, düzensiz yeme davranışına yol açtığını ileri sürmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003).

YB'li bireylere ve ailelerine son yıllarda yapılan kanıta dayalı çalışmalarla desteklenen, entegre bir gen-çevre etiyolojik modelini destekleyen psikoeğitim uygulamasını yapmanın, olumlu bir etkiye sahip olacağı teorileştirilmiştir. Bu kavramsallaştırmanın hastaya veya ailesine yönelik suçlamaları azalttığı gibi hasta utancını da azalttığı ileri sürülmüştür (Steiger ve Booij, 2020). Özellikle, yeni ortaya çıkan araştırmalar bu modelin faydasını desteklemektedir. Sonuçlar, YB'larının gen-çevre etiyolojik modelini vurgulayan bir danışmanlığın hastalar üzerindeki etkilerinin olumlu (utanç, suçluluk ve damgalanma duygularında önemli azalmalar) olduğunu göstermektedir (Farrel ve ark., 2015; Michael, Bulik, Hart, Doyle ve Austin, 2020). Yeme bozukluklarının tedavisine ilişkin olarak diğer yaklaşımlar ise yetişkinler için bilişsel davranışçı terapi veya kişilerarası psikoterapinin (Fairburn ve ark, 2015; Kass, Kolko ve Wilfley, 2013) ve ergenler için aile temelli tedavinin (Lock, 2015) kullanımını desteklemektedir. Ancak bu yaklaşımlarla tedavi sırasında iyileşme göstermeyen önemli sayıda birey bulunduğu bildirilmektedir (Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Özellikle AN'li hastaların iyileşme oranlarının düşük olduğu ve bu yaklaşımlarla yürütülen özel tedavilerin bile AN'lı bireyler üzerinde uzun vadeli etkisinin olmadığı; kilo alımı veya psikolojik belirtileri üzerine etkisinin ise (Murray, Quintana, Loeb) düşük olduğu bildirilmektedir. Bunun yanında TYB veya BN için iyileşme düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak tedavi etkinliği açısından önemli tutarsızlıkların devam ettiği belirtilmektedir (Berkman ve ark., 2007).

Tedavi gören bireylerin tedavi sırasındaki görevinin yanı sıra aile ve tedavi gören bireyle ile iş birliği yaparak tedaviye uyum sağlamasında önemli görevleri vardır (Ertekin Pınar ve Tel, 2012). Bu istikamette hemşireler, hastaların hastalıklara ve bakım gereksinimlerine verdikleri yanıtlar çerçevesinde bireyselleştirilmiş, hastanın ruhsal semptomlarının ve fizyolojik durumunun bir arada bütüncül olarak değerlendirilmesini sağlayan bir hemşirelik bakımı planlamalıdır (Toru, 2020). Hemşirelik bakımı planlanırken, uygulama ve bilgiyi entegre ederek, kavramsal olarak bir çerçevesi olan modellerin kullanılması, bakımın etkinliğini ve kalitesini artırmaktadır (Çalışkan ve Gürhan, 2019; Dağcı, 2019; Türen, Atakoğlu, Kıvanç ve Gül, 2019).

VAKA

Anoreksiya Nervoza (AN), düşük vücut ağırlığı, kronik gidişli, kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edecek şekilde devam eden bozulmuş beden algısı, besin kısıtlaması ile karakterize ruhsal bir bozukluktur (Moskowitz, & Weiselberg, 2017; Schorr & Miller, 2017). AN'de, şişman olma korkusu, kökendeki patolojik özelliktir. Bireyin zayıf olduğunda bile kilo vermeye çalıştığı, aşırı kilolu olduğuna ilişkin bir inanca sahip olduğu bir tablo söz konusudur. Genellikle kadınlarda görülen, yaygınlığı %0.05-l düzeyinde olan AN'nın, erkeklerde görülme düzeyinin düşük olduğu bildirilmekle birlikte, erkeklerde artış olduğunu bildiren çalışmalar da vardır.

Bay A., ilköğretim 8. sınıf öğrencisidir. 14 yaşında ve erkek olan olgunun başvurusunda, halsizlik, yemek yememe isteği, iştahsızlık mutsuzluk, hiçbir şey yapmak istememe ve keyifsizlik yakınmaları vardı. Hem ailesi, hem de kendisi ile yapılan görüşmede, vakanın yakınmalarının, hastaneye gelmeden yaklaşık 3 ay kadar önce, arkadaşlarının şişko ve kilolu olduğunu ima etmeleri, alay etmelerinin ardından, diyete başlamasının ardından geliştiği öğrenildi. Bu süreçte 37 kiloya kadar düştüğü ve son zamanlarda yemeyi de daha şiddetli şekilde reddettiği görüldü. Hastane başvurusunda BKI: 14,4 (Boy:160 cm, ağırlık:37 kg) olarak belirlendi.

Gelişim dönemlerine göre öyküsüne bakıldığında; olgunun, ailenin 3. Çocuğu olduğu, planlanan ve istenen bir hamilelik sonucu, normal doğumla, zamanında dünyaya geldiği, 3250 gr. Olarak doğduğu; doğum sırasında, solunum problemi sebebiyle kısa süre küvezde kaldığı; annenin bu süreçte bebeğini yitirebileceğine dair yoğun kaygı yaşadığı ve bu kaygının ilerleyen dönemlerde de devam ettiği öğrenildi. Hastanın motor-mental gelişim aşamalarının, tuvalet eğitimi de dahil olacak şekilde zamanında ve normal olduğu tanımlanmakta; sıklıkla ASYE (alt solunum enfeksiyonu) ve ASYE (üst solunum enfeksiyonu) geçirdiği belirtildi. Ebeveynin anlatımıyla o süreçte 'astım' olduğu ifade edilen olgunun, uzun bir süre çok sık hastanede kalmak zorunda bırakıldığı ifade edildi. Annenin, hastaya ilişkin olarak verdiği bilgide, bir erkek çocuğunun olmasını çok arzu ettiğini, bu nedenle çok üzerine titrediğini ve onun için hep çok korktuğunu ifade etmesi, önemli bulunmuştur. Hasta, anaokuluna gitmemiş, okula zamanında başlamıştır. Okula başladığı ilk günlerde uyum sorunları belirlenen hastanın, okuma-yazmayı zamanında öğrendiği, yaşıtlarıyla ilişkilerinde de herhangi bir sorun yaşamadığı belirlenmiştir. Hastanın seksüel konuları konuşmada zorlandığı ve bu konulardan uzak olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir.

Hastanın annesi 48, babası 49 yaşında olduğu; anne ve babanın ilkokul mezunu olduğu; annenin ev hanımı, babanın ise emekli olduğu; hastanın bir de ablası olduğu ve ablasının da BN belirtilerine uyan yakınmaları olduğu, ancak tedaviye başvurmadığı belirlendi. Hastanın annesi yorgun, mutsuz, dış görünüş olarak depresif görünüyordu. Anne bu durumu; oğluma çok üzüldüğünü, çocukluktan itibaren sıklıkla tedavi için hastaneye gitmek zorunda kaldığı ve tüm bu işleri kendisinin yaptığı şeklinde ifade etmiştir. Hastanın aile yapısına bakıldığında, görücü usulü ile evlenen ebeveynlerden babanın, çocukların sorumluluklarını ve ihtiyaçlarını anneye yüklediği; annenin hastanın bağımsız olmasını zorlaştıran ve çocuksu olmasını sürdüren davranışlarının görüldüğü belirlendi. Hastanın annesi koruyucu, aşırı kollayıcı ve katı tutumunu eleştirel tarzda gösteren bir tutum içindeydi ve hasta hala annesi ile birlikte uyumaktaydı. Engelleyici, sosyal ilişki kurmada zorlayıcı davranışlar, hastanın gelişimine ve yaşına uygun sorumluluk geliştirme duygusunun engelleyen sınırlayıcı anne figürü ve bir aile ortamı olduğu izlenmiştir.

Anne, oğlunun ayrı yatakta uyuyamadığını, oğlunun kendisine düşkün olmasıyla ifade etmiştir. Duygusal boyutta oğlundan uzak baba ise, görüşmelere çağırıldığı halde, hiçbir zaman gelmemiş, buna da iş ve çalışma koşullarını sebep göstermiştir. Ayrıca babanın tutumunun, kızına daha çok ilgi ve sıcaklık gösterme şeklinde olduğu belirlenmiştir. Hasta ise annesini kendisine baskı yapan, babasını ise çocukları ile zayıf ilişkileri olan birisi olarak tanımlamıştır.

Halsiz, oldukça zayıf, omuzları çökmüş, özbakımı azalmış olan hasta, üstüne bol gelen kıyafetler giymekteydi. İşbirliği kurma konusunda isteksizdi ve utangaç davranıyordu. Nadiren göz teması kurmaktaydı. Sorulara kısa yanıtlar veriyordu ve sesi kısıktı. Duygudurumu affektif depresif duygudurumu ile uyumluydu.

Konsantre olmakta zorlanan hasta, herhangi bir bozukluğunun bulunmadığını, fiziksel görünümünden mutlu olduğunu belirtiyordu. Bu nedenle içgörüsünün sınırlı, beden algısının bozuk olduğu belirlendi. Düşünce içeriği fakirleşmiş, düşünce süreci yavaşlamış idi. Psikomotor hareketlerinin yavaşladığı gözlenen hasta, arkadaşlarıyla etkileşiminde bozulma yaşıyordu ve önceden yaptığı etkinliklere ilgisi de azalmıştı. Hasta yemeyi reddetme, belirgin şekilde gözlenirken; tıkınırcasına yeme /kusma, laksatif /purgatif / diüretik kullanımı saptanmamıştır (Bilaç, Perçinel, & Özbaran, 2013).

Vakayı Sorularla Analiz Edelim

1. Bayan A'nin tanısı nedir?
2. Bayan A'nın çocukluk döneminde ailesel yaşadığı sorunlar nelerdir ve şu andaki yeme problemiyle ilişkisi nedir?
3. Bay A'nın sorumluluk duygusunun gelişmemesinin nedenleri nelerdir?
4. Hastanın duygudurumu ile ilgili belirtiler nelerdir?
5. Hastanın yeme reddinin sebepleri nelerdir?
6. Hastaya verilmesi gereken bilgiler nelerdir?
7. Bay A'ya konulabilecek hemşirelik tanıları ve girişimleri nelerdir?
8. Olumsuz duygudurum içinde olan hastaya ekip olarak yaklaşım nasıl olmalıdır?
9. Siz bu klinikte çalışan hemşire olsaydınız bu hastaya hangi eğitimleri planlardınız?

Vaka sorularının cevapları

1. Anoreksiya nervoza
2. Bay A.'nın çocukluk döneminde yaşadığı sorunlar; sorumsuz baba figürü, aşırı koruyucu, mutsuz bir anne figüre ile büyümek. Hastanın bu problemleri ve etkilerini bedensel olarak ifade etme yoluyla obsesif olarak yemek yemenin reddi şeklinde ifade etmiştir.
3. Aşırı koruyucu anne figürünün olması
4. Depresif duygudurum, kısık sesle konuşma, motor aktivitelerin yavaşlaması.
5. Beden algısının bozulması, içgörünün çok sınılı olması/ ortadan kalkmış olması
6. Hastaya verilmesi gereken bilgiler; sağlıklı ve dengeli beslenmenin önemi, gerecek beden algısının oluşmasına yönelik etkinlik planlaması, duygu/düşünce ifade etmesinin önemi konusunda bilgi verilmelidir.
7. Hemşire olarak yapılması gereken hemşirelik girişimleri aşağıda verilmiştir.

I. Öncelikle hemşire olarak ilaç yan etkileri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
II. AN'da tedaviye uyum önemlidir Bu bağlamda ilaç kullanımının önemi hakkında hasta ve aileye bilgilendirme yapılmalıdır.

III. Tedavide dikkat edilecek önemli noktalardan biri hasta zorlanmamalıdır. Hastanın davranışları eleştirilmemeli, hastanın üzerine gitmeden izlenmelidir. Bu bağlamda hemşire olarak aileye hastanın düşünceleri/duyguları yönünden değerlendirilmeli ve bu konuda uyanık olunması konusunda bilgi verilmelidir.

IV. Hasta/yakınlarının hastalık konusunda eğitilmeleri ve bilgilendirilmeleri, tedavinin iyiye gitmesini sağlayan etkenlerden biridir. Tedavi sırasında ortaya çıkabilecek olası yanıtlar hakkında bilgi verilmelidir.

V. İlaçlar hakkında bilgi verilmelidir (kilo alımı…). Önemli belirtilere öncelik verilmesi tedavinin prognozunu iyileştirebilir. Örneğin psikomotor retardasyon, uykusuzluk, iştahsızlık, anksiyete, gibi belirtiler ilaç seçimini etkiler. Bu bağlamda hasta ve ailesi ile ilgili yan etkiler konusunda değerlendirme yapılmalı ve tedavi planı bu bağlamda yapılmalıdır.

Hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarından örnekler verilmiştir. Bu hemşirelik tanıları ve girişimleri artırılabilir.

Kendine zarar verme riski
Benlik saygısında rahatsızlık
Etkisiz baş etme (bireysel baş etmede yetersizlik)
Uyku örüntüsünde rahatsızlık
Öz bakım eksikliği
Sosyal etkileşimde bozulma

Hemşirelik tanısı	**Tanımlayıcı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirme**
Anksiyete	İnce olma ideali Kendi kendine kusma Aşırı yemek yeme düşükbenlik saygısı	Benlik saygısında bozulma	Kısa dönem: bireyin kendine zarar vermemesi Uzun dönem: Yaşam isteğinin ifade	1.Alternatif baş etme mekanizmalarını öğrenmesi 2.Kaygısının nedenlerini anlamasını sağlanması 3.Hastanın gerçek	Hasta kendine zarar verici herhangi bir eylemde bulunmadı. İntihar ile ilgili düşüncelerinin azaldığı belirlendi.

	yalnızlık, umutsuzluk, çaresizlik, fiziksel ağrıyı gidermede yetersizlik.		edilmesi	ihtiyaçları (yalnızlık, çaresizlik..) anlamasını sağlaması 4.Yalnızlık ve sosyal izolasyon duygularının azaltılması, 5.Düzensiz yeme davranışlarını izlemenin azaltılması,	

Hemşireli k tanısı	**Tanımlayıc ı özellikler**	**Neden (etiyolojik nedenler)**	**Amaç**	**Girişim**	**Değerlendirm e**
Beden algısında bozulma	Şişman olduğu yönünde algısının bozuk olması, Hastalığını n olmadığını ifade etmesi (içgörü sınırlı), Obsesif şekilde kilosuyla uğraşması,	Kendisine ilişkin olumsuz inançları nedeniyle yardım arama davranışlarınd a eksiklikler olması	Hastanın içgörü kazanmasına , bedeniyle ilgili gerçekçi algılar oluşturmasın a yardım etmek	1.Hastanın kendisine ve bedenine dair gerçekçi algılar oluşturmasının sağlanması, 2. Hastanın kendini ifade etmesinin desteklenmesi, 3.Hastanın çevresi ile olumlu etkileşimler kurmasının desteklenmesi, 4.Hastanın duygularını ifade etmesi için desteklenmesi, 5.Hastanın	Bireyin ilk başvurduğu zamana göre kendini daha iyi ifade ettiği gözlendi.

				kendisini, duygu/düşünceleri ni daha iyi anlamlandırabilme si için desteklenmesi	

7. Sağlık ekibi hastanın olumsuz duygudurumunu değerlendirmeli ve risk düzeyine göre uygun tedavi ve bakım planı yapmalıdır. Hastanın bu konuda yardıma açıklığı değerlendirilmeli ve bütün ekip bilgilendirilmelidir.

8. Bu tür hastalarda hemşirelik girişimleri gere şunladır:

- Hastaya beden imajı/kilo gibi konulara ilişkin olumsuz ifadeler söylenmemesi konusunda ziyaretçiler bilgilendirilecek,
- Hastaya terapötik bir ortam sağlanacak,
- Hasta yakından gözlenecek,
- Yemekler yakından ve iyi denetlenebilen bir alanda servis edilecek,
- Oral ilaçlar verildiğinde tüm ilaçların yutulup yutulmadığı kontrol edilecek,
- Kişinin intihar etme riski ekip üyeleriyle paylaşılacak,
- Doktor tarafından talep olmadığı surece kişi klinikten ayrılmayacak, ünite dışına çıktığında bir ekip üyesi eşlik edecek,
- Bireyin duygularını uygun şekilde ifade edebilmesi için desteklenecek,
- Tedavisini planlama ve ilerlemelerini değerlendirmeye bireyin katılımı sağlanacak.

9. Hastaya hemşire olarak verilebilecek eğitimlerden örnekler verilmiştir.

- Stresle bas etme teknikleri
- Gevşeme ve solunum egzersizleri
- Kişisel bakım ve hijyen
- Akılcı ilaç kullanımı

SONUÇ

Ülkemizde ve dünyada sıklıkla görülen psikiyatrik bozukluk olan yeme bozuklukları, intihar riski, işgücü kaybı, sağlık giderleri, relaps durumu göz önüne alındığında sağlık çalışanları özellikle psikiyatri hemşireleri tarafından ciddiyetle ele alınması gereken bir konudur. Psikiyatri klinikleri ve diğer birimlerde çalışan psikiyatri hemşireleri önemli bir noktadadır. Psikiyatri hemşireleri uygun terapötik yaklaşım (terapötik ortam sağlanması, terapötik iletişim…) ve uygun müdahaleler (psikoeğitim, terapi…) uygulayabilmekte ve girişimlerin etkinliği çalışmalarla kanıtlanabilmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin gerek klinik hemşiresi olarak, gerek toplum ruh sağlığı hemşiresi olarak yeme bozukluklarının önlenmesi ve tedavisinde etkin olan yaklaşımların kullanılması için gereken becerileri kazanması ve kanıta dayalı uygulamaların artırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 40,* 293–309. https://doi.org/10.1002/eat.20369

Bilaç, Ö., Perçinel, İ., & Özbaran, B. (2013). Anoreksiya nervoza tanılı bir erkek ergen: Olgu sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağliği Dergisi, 20*(1),33-40

Bulik, C. M., Blake, L., & Austin, J. (2019). Genetics of eating disorders: What the clinician needs to know. *Psychiatric Clinics, 42*(1), 59–73. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007

Chua, S. N., Fitzsimmons-Craft, E. E., Austin, S. B., Wilfley, D. E., & Taylor, C. B. (2021). Estimated prevalence of eating disorders in Singapore. International *Journal of Eating Disorders, 54*(1), 7-18.

Çalışkan, B.B. ve Gürhan, N. (2019). Majör depresyon tanılı bir olgunun Peplau'nun kişilerarasi ilişkiler teorisi doğrultusunda hemşirelik bakımı olarak ele alınması: Olgu sunumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 35*(3) , 163-171.

Dağcı, M. (2019). Türkiye'de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmaları: Sistematik inceleme. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9,* 929-943.

Ediz, Ç., Kartal, S. (2023). Examination of Social Support, Burnout, and Hopelessness Levels Perceived by Mothers with Children in Need of Special Education in terms of Sociodemographic Characteristics: A Cross-Sectional Study from a Rural Region of Turkey. World Women Studıes Journal, 8(1), 107-119. https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8154961

Ertekin Pınar, Ş. ve Tel, H. (2012). Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3*(2), 86-91.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41,* 509–528. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8

Farrell, N. R., Lee, A. A., & Deacon, B. J. (2015). Biological or psychological? Effects of eating disorder psychoeducation on self-blame and recovery expectations among symptomatic individuals. *Behaviour Research and Therapy, 74,* 32–37. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.011

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition, 109*(5), 1402–1413. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342

Gorrell, S., Trainor, C., & Le Grange, D. (2019). The impact of urbanization on risk for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 32*(3), 242–247. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000497

Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 29*(6), 336–339. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000282

Kass, A. E., Kolko, R. P., & Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 26*, 549–555. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a30e.

Lock, J. (2015). An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology,44,* 707–721. https://doi.org/10.1080/15374416.2014.971458.

Michael, J. E., Bulik, C. M., Hart, S. J., Doyle, L., & Austin, J. (2020). Perceptions of genetic risk, testing, and counseling among individuals with eating disorders. International *Journal of Eating Disorders, 53,*1496–1505. https://doi.org/10.1002/eat.23333

Moskowitz, L, & Weiselberg, E (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 47*(4), 70-84.

Murray, S. B., Griffiths, S., & Mond, J. M. (2016). Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualising muscularity-oriented disordered eating. *British Journal of Psychiatry, 208,* 414–415. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168427.

Schorr, M, & Miller, K.K (2017). The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management, Nature Reviews

Endocrinology, 13(3), 174-186. Steiger, H., & Booij, L. (2020). Eating Disorders, Heredity and Environmental Activation: Getting Epigenetic Concepts into Practice. *Journal of Clinical Medicine, 9(*5), 1332. https://doi.org/10.3390/jcm9051332

Thomas, J. J., Lee, S., & Becker, A. E. (2016). Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. *Current Opinion in Psychiatry, 29*(6), 354–362

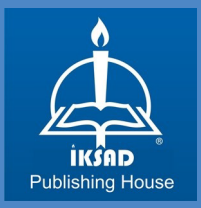
Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: Bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4*(1), 46-59.

Türen, S., Atakoğlu, R., Kıvanç M.M. ve Gül, A. (2019). Hemşirelikte kuram ve modele dayalı lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11,* 202-216.

Yanık, D., Arslan, R. (2023). Efficacy of technology addiction awareness training given to high school students: Randomized controlled experimental study. OPUS– Journal of Society Research, 20(54), 516-526

Wade, T. D., Bergin, J. L., Martin, N. G., Gillespie, N. A., & Fairburn, C. G. (2006). A transdiagnostic approach to understanding eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194,* 510–517. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000225067.42191.b0

Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist, 62,* 199–216. https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199



ISBN: 978-625-367-538-7