

Psikiyatri Hemşireliği

Yeni

Akıl Notları

Güncel • Pratik • Referanslı

Editörler:

Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak

Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz



- ✓ Psikiyatri Hemşireliği Literatür Özetleri
- ✓ Tüm Yaklaşım, Tedaviler ve İşlemler
- ✓ Güncel Yaklaşımlar Konusunda Hap Bilgiler
- ✓ Pratiğe Yönelik Anlatımlar
- ✓ Görsel ve Tablolarla Desteklenmiş İçerik
- ✓ Bilinmesi Gereken Önemli Ayrıntılar
- ✓ Uyarılar, Önlemler ve Nokta Bilgiler
- ✓ Kolay Öğrenme ve Tekrara Uygun Format



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Psikiyatri Hemşireliği Akıl Notları



Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Editörler

Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak

Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz

Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



**GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ**

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ AKIL NOTLARI

Copyright © 2020

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir. Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-815-3

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.
İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A
Ostim/ANKARA
Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94
Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnönü Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpasha Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Psikiyatri hemşireliği, ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi, ruhsal sorunların erken tanınması, tedavisi ve rehabilitasyonu alanında çalışan, bilim ve sanatın birleşimi ile bakım sunan bir ruh sağlığı disiplini­dir. Ruhsal sorunların genetik, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve daha birçok faktörden etkilenen çok boyutlu doğası bu sorunların ele alınabilmesinde de çok boyutlu ve özgün bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Bu nedenle ruhsal sorunlar sadece biyomedikal yaklaşımlarla tedavi edilemeyen, ek olarak iletişim becerilerinin, psikolojik anlamda yardım ve danışmanlık becerilerinin, ortam yönetiminin kullanımını gerekli kılan sorunlardır. Psikiyatri hemşireliği bilgisi, deneyimi ve becerilerine sadece hastanelerdeki psikiyatri kliniklerinde değil, toplum ruh sağlığı merkezlerinde, fiziksel hastalıklara bakım sağlanan kliniklerde, yaşlı/engelli bireylere bakım kurumlarında, madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde, okullarda, iş yerlerinde kısacası toplumun her alanında ihtiyaç bulunmaktadır. Psikiyatri hemşireliği konusunda güncel, kanıta dayalı ve sistematik bilgiye ulaşabilmesini sağlayan kaynaklar ise bu bağlamda büyük önem taşımaktadır.

Değerli okurlarımız, bu kitap ile psikiyatri hemşireliği alanında güncel ve pratik bilgileri sizlere ulaştırmayı amaçlıyoruz. Kitabın hazırlanma sürecine katkı sağlayan psikiyatri hemşireliğine gönül vermiş yazarlarımıza teşekkür ediyoruz. Bu kitabın psikiyatri hemşireliği alanına yararlı olmasını diliyoruz.

Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak

Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz

YAZARLAR

Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım

Bolu Abant
İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Çiğdem Yüksel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz

Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak

Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Figen İnci

Ömer Halisdemir Üniversitesi
Niğde Zübeyde Hanım Sağlık
Yüksekokulu

Doç. Dr. Gül Ergün

Burdur M. Akif Ersoy Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Leyla Baysan Arabacı

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Neslihan Günüşen

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Semra Karaca

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Adeviye Aydın

Sinop Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı
Özbaş**

Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Didem Ayhan

Bandırma
Onyedü Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Maral Kargın

Fırat Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Meltem Meriç

Yakın Doğu Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Nevin Onan

Karabük Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Kahraman

Kastamonu Üniversitesi
Fazıl Boyner
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Şeyda Ökdem

Başkent Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri
Meslek Yüksekokulu

Dr. Öğr. Üyesi**Yeter Sinem Üzar Özçetin**

Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Arş. Gör. Dr. Sevecen Çelik İnce

Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü - Zonguldak

Arş. Gör. Ayşe Sarı

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Arş. Gör. Esen Öngün

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Hem. Melisa Bulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi

Arş. Gör. Gülsenay Taş

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

İÇİNDEKİLER

Bölüm 1:	PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE TERAPÖTİK ORTAM HASTA KABUL VE TABURCULUK SÜRECİ GÖZLEM, GÖRÜŞME VE KAYIT TUTMA. 1 <i>Doç. Dr. Semra Karaca, Arş. Gör. Esen Öngün</i>
Bölüm 2:	TERAPÖTİK İLETİŞİM 17 <i>Dr. Öğr. Üyesi Adeviye Aydın</i>
Bölüm 3:	ÇOCUKLUK VE ADÖLESAN DÖNEMLE İLGİLİ YAYGIN GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI 33 <i>Doç. Dr. Çiğdem Yüksel, Hem. Melisa Bulut</i>
Bölüm 4:	NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI 69 <i>Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak</i>
Bölüm 5:	MADDEYLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR VE BAĞIMLILIK BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI 83 <i>Dr. Öğr. Üyesi Maral Kargın</i>
Bölüm 6:	ŞİZOFRENİ, ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI . . 103 <i>Dr. Öğr. Üyesi Meltem Meriç</i>
Bölüm 7:	DEPRESİF BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI 117 <i>Dr. Öğr. Üyesi Şeyda Ökdem</i>
Bölüm 8:	BİPOLAR VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI 127 <i>Prof. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman, Arş. Gör. Ayşe Sarı</i>
Bölüm 9:	ANKSİYETE BOZUKLUKLARI, OBSESİF- KOMPULSİF BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI 143 <i>Dr. Öğr. Üyesi Nevin Onan</i>
Bölüm 10:	TRAVMA-STRESÖR İLİŞKİLİ VE DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI . . 161 <i>Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz</i>

Bölüm 11:	BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI	179
	<i>Doç. Dr. Leyla Baysan Arabacı, Arş. Gör. Gülsenay Taş</i>	
Bölüm 12:	UYKU BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI	195
	<i>Doç. Dr. Gül Ergün</i>	
Bölüm 13:	CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI VE PARAFİLİ BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI	213
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı Özbaş</i>	
Bölüm 14:	SOMATİK BELİRTİ BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI ..	229
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Yeter Sinem Üzar Özçetin</i>	
Bölüm 15:	KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI	245
	<i>Arş. Gör. Dr. Sevecen Çelik İnce, Doç. Dr. Neslihan Günüşen</i>	
Bölüm 16:	PSİKİYATRİK ACİLLER	257
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Didem Ayhan</i>	
Bölüm 17:	RUHSAL HASTALIKLARIN SAĞALTIMINDA KULLANILAN TEDAVİLER	273
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Kahraman</i>	
Bölüm 18:	ÖZEL DURUMLAR: ÖLÜM, KAYIP VE YAS. .	289
	<i>Doç. Dr. Figen İnci</i>	
Bölüm 19:	FİZİKSEL HASTALIĞI OLAN KİŞİLERİN PSİKOSOSYAL SORUNLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI	303
	<i>Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım</i>	
Bölüm 20:	PSİKİYATRİ HASTALARININ FİZİKSEL SAĞLIĞI VE HEMŞİRELİK BAKIMI	321
	<i>Arş. Gör. Dr. Sevecen Çelik İnce, Doç. Dr. Neslihan Günüşen</i>	

Terapötik Ortamın Unsurları

- **Güvenlik/ Emniyet:** Hastane ortamı hasta bireyin güvenliğini tehlikeye sokan birçok riski barındırmakla birlikte, bireyin hastalık durumu da hasta güvenliği için risk oluşturmaktadır. Bu nedenle hasta güvenliğini sağlamak, sağlık hizmetlerinin kalite programlarında önemli konulardan biridir. Klinik ortamının güvenliğini sağlamak hem sağlık çalışanları hem de hastalar için önemlidir. Bu amaçla psikiyatri kliniklerinde benzer yöntemler uygulanmaktadır (Özdelikara & Kaya, 2018; Savaşan & Mete, 2018; Coşkun & Öztürk, 2010).

Psikiyatri Kliniklerinde Fiziksel Güvenliği Sağlamak İçin Alınan Önlemlerden Bazıları Şunlardır:

- Enjektörlerin kullanıldıktan sonra atılması ve hastaların erişemeyeceği yerlerde muhafaza edilmesi,
- Kibrit ve çakmak kullanımının kısıtlanması ve gözlenmesi, yatak odalarında sigara içilmesine izin verilmemesi,
- Gargara, tıraş losyonları, kolonya ve çamaşır suyu gibi maddelerin odalarda açıkta bırakılmaması, cam malzemelerin kullanılmaması ve kesici aletlerin odalarda bulundurulmaması,
- İlaçların, hastaların erişemeyeceği alanlarda saklanması ve anahtarların her zaman hemşire veya diğer personelde olmasının sağlanması (çift kilit sistemi),
- Hastaneye yatış sırasında hastanın, eşyalarının ve ziyaretçilerin kontrol edilmesi,
- Kilitli kapılar, alarm sistemi, kapalı devre kamera, elektronik kapılar, özel gözlem/izolasyon odaları, güvenlik personeli bulundurmak gibi yöntemlerin uygulanması. (Çam & Dülgerler, 2014; Oflaz, 2006; Coşkun & Öztürk, 2010).

- **Yapılandırılmış Ortam:** Yapılandırılmış ortamın amacı mükemmel bir ortam oluşturmaktan ziyade, agresyon, engellenme ve kaybı önlemek, sakinleştirici ve destekleyici ortam koşullarını oluşturmaktır. Ortamın yapısını oluşturan dört temel etmen vardır (Çam & Dülgerler, 2014):
- **Birimin fiziksel planı:** Terapötik ortamlar, hastaların tüm yaşamsal ve sosyal aktivitelerini gerçekleştirebilecek mekanlar olarak düzenlenmelidir. Bu nedenle, tedavi, terapi ve yataklı birimlere ek olarak hastaların günlük aktivitelerini ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek işlevlere sahip klinik düzenlemeler yapılmalıdır. Yapılandırılmış bir ortamda yatak odası, sessiz kalabilecek kişisel bir alan, hijyen alanlarına mahremiyet içinde erişebilme, özel eşyalar için depolama alanı, yeme içme alanları, sosyal aktiviteler için kullanılacak ortak alanlar, doğal ışık, hastaların istedikleri zaman yürüyüş yapabilecekleri bir bahçe olmalıdır. Bahçe duvarları hasta kaçışını önleyecek şekilde düzenlenmelidir. Klinik duvarlarının rengi, olumlu duyuları destekleyecek açık ve yumuşak tonlarda olmalıdır. Pencere yarısı açılır ya da açılmaz olmalı ve camlar kırılmaz özellikte olmalıdır. Hasta odaları hastaların mahremiyetini ve güvenliğini sağlayacak biçimde düzenlenmelidir. Hasta odalarındaki eşyalar sabitlenmelidir. Hemşire odaları tüm birimi görebilecek konumda düzenlenmelidir. Hastalar için rehabilitasyon alanları, sigara içme alanı, hastaların ziyaretçileri için ziyaret alanı bulunmalıdır. (Çam & Dülger-

tepkilerinden, tedaviye verdiği yanıt kadar çok geniş bir yelpaze olarak düşünülebilir. Bu anlamda psikiyatri hemşirelerinin neyi gözleyeceğine, gözlediği durumu nasıl değerlendireceğine, bu gözlemi kişisel fikirle değil, bilimsel bir bakışla yapmasına olanak tanıyacak donanımlara sahip olmalıdır.

- Gözlem hastanın kendisine ve çevresine zarar verme riskine göre değişen düzeylerde uygulanabilir.
- Gözlem süresi ve sıklığı gözlem düzeyine göre değişmektedir.
- Bir hastanın aldığı denetim miktarını arttırmak genellikle “Özel Gözlem” olarak adlandırılır.
- En yoğun özel gözlem düzeyi, “Sürekli Özel Gözlem” (SÖG) olarak adlandırılır ve tuvalet, yıkanma ve uykusu da dahil olmak üzere her zaman bir hastayı izlemeye atanmış bir personeli içerir.
- İkinci ve en yoğun seviye, atanmış personelin sürekli olarak bir kolun ulaşabileceği bir yerde veya hastadan belirli bir mesafede durmasını gerektiren bire bir gözlemdir (Ray, Perkins, Roberts, & Fuller, 2017).
- Minimum düzeyde genel gözlem klinikteki bütün hastalar için gereklidir.

Kayıt Süreci

- Sistemli bir şekilde sürdürülen tüm çalışmalarda kayıt tutulması gerekmektedir. Eğer kayıtlar gerektiği gibi düzenli yapılmazsa hemşirelik sürecinde başarısızlıklar ortaya çıkmaktadır. Hemşirelik bakımının kayıt altına alınması bakımın devamlılığı ve kalitesi için önemli bir konumda yer almaktadır. Geçmişte verilen bakımı ve bu bakımın gerekli olduğu koşulları bilmeden bakımın devamlılığında başarıya ulaşamamaktadır. Hemşireler klinik farkındalıklarını yansıtarak, karar verme becerilerini ve klinik bilgilerini somutlaştırarak belgelemektedirler. Bu belgeler klinik bilgileri saklamak ve iletmek için kullanılmaktadır. Bu nedenle kayıtlar, bakımın çıktıları, güvenliği ve devamlılığı için hasta bakımında elzem olmaktadır. Bu bakımdan kayıtlar ulaşılabilen, yorumlanabilen ve kurumlarda dolaşabilen kurumsal gerçekleri yazmak için kullanılan araçlar konumuna gelmektedir (Baş, 1991; Frauenfelder, Achterberg, & Staub, 2018; Sharma, Rana, & Avasthi, 2009; Buus & Hamilton, 2016).

Hemşirelik Kayıtlarının Özellikleri

- Kayıtlar ne olduğu ve ne zaman olduğu ile ilgili doğru açıklamalardır.
- Kayıtlar hastayı doğru bir şekilde tanımlamalıdır.
- Hemşire hasta ile ilgili bilgileri kaydederken kendi kişisel tepkilerini ve izlenimlerini kaydetmekten kaçınmalıdır.
- Kayıtlar açık, kısa ve okunaklı olmalıdır.
- Kayıtlar bir amaca hizmet etmelidir. Sağlık bakımında bu amaç ekip içi iletişimden fazlasını içermektedir. Kayıt sürecinin ikincil olarak (veya bakım sürecinden ayrı) görülmesi hemşirelik bakımının gönüllüğünü azaltmakta ve ekip çalışmasını olumsuz etkilemektedir. Kayıt sürecinin sonuçlarından hiçbir dikkatli kayıt tutmadan elde edilemez.
- Kayıtlar girişimin bir parçasıdır. Girişimin kendisi ile olduğu kadar, sonuçları ile ilgili de kanıt oluşturur.
- İyi kayıt tutma özel bir amaç olarak görülmeli ve bakım sürecine entegre edilmelidir (John & Bhattacharya, 2016; Dülgerler, 2014; Ward, 2009).

- Hasta-hemşire ilişkisinin gelişiminde empati beş düzeyde oluşmakta ve tanımlanmaktadır. Düşük düzey empatide (Düzy 0-1) hemşire hastanın duygularını önemsemez, teğet bir biçimde üzerinden geçer ya da yanlış yorumlar. Bu empati düzeyinde hemşire hasta ile ilgilenemeyebilir ya da hastanın şu andaki söyledikleri ve deneyimleri yerine durumuna odaklanır. Hemşire tavsiye verme, nasihat etme ya da kişisel sorunları/ihitiyaçları düşünme gibi terapötik olmayan teknikler kullanır ve bu durum ilişkinin gelişiminde engellere yol açar. Orta düzey empatide (Düzy 2) hemşire, hastanın duygularını anlamak için çaba gösterir. Genellikle güven ortamı ve tarafsızlık sağlanmaktadır. Yüksek düzey empatide (Düzy 3-4) yukarıda değinilen oryantasyon ve çalışma evrelerindeki türden etkili empatik tepkiler verilmektedir (Stuart, 2013).
- Hemşire ve hasta arasında cinsiyet, yaş, gelir, inanç sistemleri, eğitim ve etnik yapı gibi sosyokültürel farklılıklar empatinin oluşmasına engel teşkil edebilmektedir. Hemşirenin kültürel farklılıklara duyarlı ve geniş bir bakış açısına sahip olması başkalarını daha rahat anlamasını sağlamaktadır. Empati kurabilmek için, iletişim kurmakta olan kişilerin aynı ya da benzer deneyimlerinin olması gerekli değildir (Stuart, 2013).

TERAPÖTİK İLETİŞİM TEKNİKLERİ

- Terapötik iletişim teknikleri, sağlık sorunlarına daha iyi çözümler sağlamak ve hastaların kendi bakımlarına katılımlarını arttırmak için kişilerarası ilişkilerde kullanılan tekniklerdir (Torres et al., 2017). Kişilerarası etkileşimden daha fazlası olup kullanılan terapötik teknikler, hemşirenin hastayı daha iyi anlamasına yardımcı olmaktadır (Sherko et al., 2013).
- Hemşire, terapötik iletişim tekniklerini kullandığında veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme sürecini hasta için değil, hasta ile birlikte gerçekleştirmiş olur. Terapötik iletişim teknikleri zordur ve pratikte uygulamaya gerektirmektedir. Uygun bir şekilde kullanılırsa hemşirenin etkililiğini artırmaktadır (Stuart, 2013).
- **Aktif Dinleme:** Dinleme, hastanın kendisi ile ilgili ifade ettiği duygularını, düşüncelerini ve algısını değerlendirerek terapötik ilişkinin gelişmesinde kullanılan hastayı anlamaya yardımcı olan temel becerilerdendir (Stuart, 2013). İletişimde hemşire, göndericinin eş zamanlı olarak mesajlarını almak amacıyla aktif dinlemeyi gerçekleştirmelidir. Aktif dinleme, diğer içsel zihinsel faaliyetlerden kaçınma ve sadece bireyin söylediklerine yoğunlaşma anlamına gelir (Videbeck, 2011). Aktif dinleme, dinamik bir süreç olup hemşire hastanın mesajlarını dinler, bu mesajların anlamlarını kodlar, yanlış anlaşılmalrı önleme ve somutlaştırma için sorular sorar ve hastanın geri bildirimlerine yanıt verir (Arnold, 2016). Aktif dinlemede öncelikle ortamın fiziksel koşullarının (ısı, ışık, aydınlanma, havalandırma vb.) uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Görüşme için hazır olunduğu mesajı verilmesi için uygun pozisyon ve mesafede karşılıklı göz iletişimi sağlanmalı; tarafların birbirlerini rahat bir biçimde duyabileceği ses tonu ve hızı ayarlanmalıdır (Kocaman Yıldırım, 2010).
- **Gözlem Yapma:** Sözel olmayan iletişimde yüz ifadeleri, ses tonu, mimikler, beden hareketleri, dokunma ve kişisel alan gibi farklı kanallar kullanılmak-

Uygunsuz İnceleme/ Deşme	"Bana psikiyatrik öykünü anlat"	Uygunsuz inceleme/ deşmede, hasta duygularının kullanıldığını ya da ihlal edildiğini hisseder. Hastaların sorununu ya da endişelerini söyleme hakları vardır. Hemşirenin hastayı konuya itmesi ya da uygunsuz biçimde derinlemesine incelemesi hastayı konuşmaya teşvik etmez.
İlişkili olmayan konular sunma	Hasta: Ölmek istiyorum Hemşire: Geçen akşam ziyaretçileriniz geldi mi?	Hemşire hasta ile etkileşimi başlatır ancak hastaya nasıl yanıt vereceğini bilemez ya da başka bir konu üzerinde tartışır.
Basmakalıp yorumlar yapma	"Kendi iyiliğin için" "Hayır, daha iyi olacaksın"	Sosyal sohbet oldukça klişe ve anlamsızdır. Bu tür basmakalıp yorumların hemşire-hasta ilişkisinde bir değeri bulunmamaktadır.
Teminat verme	"Her şey yoluna girecek" "İyiye gidiyosun"	Hastanın endişesini gidermeye yönelik yapılan girişimlerde hastanın duygularının değerini azaltmak uygun değildir. Gerçek durumlarla ilgili olmayan anlaşılması güç güvenceler, hasta için anlamsızdır.
Reddetme	"Tartışmayalım" "Duymak istemiyorum"	Hemşire herhangi bir konuyu reddettiğinde, kişinin duygu ve düşüncelerini incelemeyi. Buna karşılık, hasta fikirleriyle birlikte bireysel olarak reddedilmiş hissedebilir.
Test Etme	"Hala böyle bir fikrin var mı?" "Nasıl bir hastane olduğunu biliyor musun?"	Bu tip sorular karşısında hasta sorunlarını tanımlamada zorlanır. Hemşirenin ihtiyaçları karşılanabilir ancak hasta için yararlı değildir.
İnkarı kullanma	Hasta: Ben öldüm. Hemşire: Aptal olma	Hemşire, hastanın duygularını veya durumun ciddiyetini, anlamaya çalışmadan yorumları reddeder.

Kaynak: Videbeck, S.L. (2011). Building the nurse-client relationship. *Psychiatric-mental health nursing*. 5th ed. China: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams and Wilkins.

Tablo 1• Çocukluk ve Adölesan Dönemle İlgili Yaygın Görülen Ruhsal Bozukluklar.

Nörogelişimsel Bozukluklar	Anksiyete İle İlişkili Bozukluklar
• Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk • Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu • Entellektüel (Anlıksal) Yetiitimleri • İletişim Bozuklukları • Özgöl Öğrenme Bozukluğu • Devinsel (Motor) Bozukluklar • Tik Bozuklukları	• Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu • Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm) • Sosyal Fobi (Toplumsal Anksiyete Bozukluğu) • Özgöl Fobi • Panik Bozukluğu • Yaygın Anksiyete Bozukluğu • Agorafobi
Yeme Bozuklukları	Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar
• Anoreksiya Nervoza • Bulimia Nervoza • Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu • Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu • Geri Çıkarma (Ruminasyon-Geviş Getirme) Bozukluğu • Pika	• Obsesif Kompulsif Bozukluk • Beden Algısı Bozukluğu (Vücut Dismorfik Bozukluğu) • Biriktiricilik Bozukluğu • Trikotillomani • Deri Yolma Bozukluğu • Maddenin/ilacın Yol Açtığı OKB ve İlişkili Bozukluklar
Depresif Bozukluklar	Bipolar Ve İlişkili Bozukluklar
• Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu • Major Depresif Bozukluk • Distimi (Süregiden Depresif Bozukluğu) • Premenstrüel Disfori Bozukluğu • Maddenin/ilacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk	• Bipolar I Bozukluğu • Bipolar II Bozukluğu • Siklotimi • Maddenin/ilacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikozla Giden Diğer Bozukluklar	Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi Ve Davranım Bozuklukları
• Kısa Psikotik Bozukluk • Şizofreniform Bozukluk • Şizofreni • Şizoaffektif Bozukluk • Sanırsal Bozukluk	• Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu • Aralıklı Patlayıcı Bozukluk • Davranım Bozukluğu
Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	Madde İle İlişkili Bozukluklar Ve Bağımlılık Bozuklukları
• Bedensel Belirti Bozukluğu • Hastalık Kaygısı Bozukluğu • Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu • Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etmenler • Yapay Bozukluk • Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk	• Alkolle İlişkili Bozukluklar • Kafeinle İlişkili Bozukluklar • Kenevirle İlişkili Bozukluklar • Hallüsinojenle İlişkili Bozukluklar • İnhalanla İlişkili Bozukluklar • Opiyatla İlişkili Bozukluklar • Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitikle İlişkili Bozukluklar • Uyarıcı ile İlişkili Bozukluklar • Tütün ile İlişkili Bozukluklar

- Anksiyeteye tepki olarak ortaya çıkan fiziksel semptomlar değerlendirilmeli, hangi durumlarda ortaya çıktığı saptanmalıdır.
- İntihar girişimleri sık görülür. Bu yüzden intihar düşüncesi sorgulanmalı, hasta bunun için gözlenmelidir (Öztürk & Uluşahin, 2008; Townsend, 2016).

Yaygın Görülen Yeme Bozuklukları

- Bu bölümde yaygın görülen “Yeme Bozuklukları”nın genel olarak etiyolojisi, belirtileri (anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza için), tedavi seçenekleri, hemşirelik tanıları ve bakımı ele alınmıştır.

Etiyolojisi

- **Genetik Faktörler:** İkiz çalışmalarında %50’den %80’e varan genetik yatkınlık
- **Nörobiyolojik Faktörler:** Anoreksiya, çok az miktarda besin alma, yemeyi reddetme ve kilo kaybı; bulimia ise yemeyi kısıtlama girişimi sonrası gelişen denetimsiz yeme atakları ve takip eden telafi edici kusma ile karakterizedir. Bulimia ve ilişkili yeme bozukluklarında serotonin sistemindeki bozukluklar etkilidir. Dopamin azlığı, ödül merkezinin uyarılması ile bağımlılık çok yemek yemeye; serotonin azlığı, gri madde azalması ise az yemek yemeye neden olmaktadır.
- **Psikososyal ve Çevresel Faktörler:** İçinde yaşanılan toplumdaki ideal kilo tanımı, kitle iletişim araçları yolu ile servis edilen ideal beden imajı, bedene eleştirel bakış.

Belirtileri

Tablo 3. Anoreksiya ve Bulimia Nervoza Belirtileri.

Anoreksiya Nervoza	Bulimia Nervoza
• Enerji alımı kısıtlanarak yaş ve cinsiyete göre ileri derecede zayıf olma, • Yoğun kilo alma ya da şişmanlama korkusu, • Beden biçimi ve kilonun algılanmasında bozukluk, • Kilo kaybetme amaçlı çeşitli davranışlar, • Amenore, • Metabolizmanın yavaşlaması, • Konstipasyon, • Düşük nabız, düşük kan basıncı, • Kızarıklık ve soğuk uzuvlar, • Anemi, lökopeni, trombositopeni, • Çok düşük kan şekeri deri altı yağında azalma, • Ölümle sonuçlanabilir.	• Üç ay süre ile ortalama haftada en az bir kere yineleyen tıknırcasına yeme atakları, • Kilo almayı önlemek için yineleyen uygunsuz dengeleyici davranışlar (örn; çıkarma, hiç yememe, aşırı egzersiz), • Kendilik değerlendirmesinin beden biçimi ve kilosundan etkilenmesi • Çıkarma davranışları sonucu sıvı ve elektrolit bozuklukları bazen ciddi sorunlara yol açabilir. • Yemek borusu ve mide yırtılması, • Kardiyak aritmiler seyrek, fakat ölümcül olabilir • Diş minesinde zayıflama, menstrüasyonun kesilmesi, • Metabolizmanın yavaşlaması, • Konstipasyon, • Düşük nabız, düşük kan basıncı, • Ölümle sonuçlanabilir (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010)

Tedavisi

- Hasta eğer aşırı dehidrate ya da ciddi malnütrisyona sahip değil ise ayaktan

- Stresle baş etme becerileri öğretilmelidir.
- Bir terapi programında yer almaları ve ritüel davranışların sınırlandırılması konusunda çocuk/adölesan ve aile desteklenmelidir.
- Hastalık, belirtileri, yönetimi, tedavisi ve ilaçlar konusunda psikoeğitim verilmelidir. Psikoeğitimde vurgulanması gereken hususlar şunlardır:



İlaçların etki göstermesi 12 hafta sürebilir. İlk birkaç hafta boyunca hastalar birçok yan etkiye sahip olabilir, ancak OKB semptomlarında bir rahatlama olmaz. Bunu bilmesi hastanın yan etkilere katlanmasına ve ilaç uyumuna katkı sağlayacaktır.



Hastanız ve ailesi ne kadar süre ilaç kullanılacağını sorabilir. Çalışmalar, kısa süreli tedaviden sonra ilaç bırakımında obsesif kompulsif bozukluk (OKB) semptomlarının sıklıkla geri döndüğünü göstermektedir. Bu yüzden hastanıza doktoru ilacı bıraktırmadığı sürece ilaç kullanımına devam etmesi gerektiğini söylemeniz gerekir.

Trisiklik Antidepresanlar	SSRI'lar	MAOI'lar
• Anafranil ve diğer trisiklik antidepresanlar kalbin elektiriksel iletimini etkileyebilir. • Periyodik olarak EKG çekilmesi gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. • Ağız kuruluğu, kabızlık, sedasyon, görmede bulanıklıklaşma, uykuya eğilim/uyanıklık, kilo artışı gibi yan etkiler ve bunlarla baş etme konusunda bilgi verilmelidir.	• Hemşire burun kanaması, morarma ile bozulmuş pıhtılaşma belirtileri, serotonin sendromu gibi yan etkilere dikkat etmelidir. • Karaciğerde metabolize olan diğer ilaçlarla ve nöroleptiklerle etkileşime girebilirler. Bu durum fluoksetin ve sertralin kullanımında artmış yan etkilere neden olabilir. • Hastanın aldığı tüm ilaçlar ve diğer yan etkiler hakkında bilgi verilmelidir. • Bu yan etkiler; bilişsel değişiklikler, halsizlik, kilo alımı, akatizi ve geç diskinezi olabilir. • Başka ilaç başlamadan önce en az iki hafta ilaç alımı durdurulmalıdır. • Prozac için bu aralık beş haftadır.	• MAOI'leri belirli gıdalar ve ilaçlarla birlikte alındığında ciddi yan etkiler ve hatta ölümcül reaksiyonlar ortaya çıkabilir. • Hasta uygun diyet (bekletilmiş peynirler, mayalı içecekler, tutsülenmiş etlerden oluşmayan bir diyet) ve birlikte alınması gereken ilaçlar (SSRI'lar, buspiron) konusunda bilgilendirilmelidir. • Başka ilaç başlamadan önce en az iki hafta ilaç alımı durdurulmalıdır.

- Gevşeme teknikleri yardımcı olabilir,
- Bazı OKB hastalarında sık el yıkama veya kompulsif toplama nedeniyle ciltte dökülme olabilir. Erken tedavi sırasında hastanın cilt bütünlüğünü koruma konusunda eğitime ihtiyacı olabilir veya hatta yara bakımı gerekebilir (Karaman et al., 2011; Townsend, 2016).

Yaygın Görülen Depresif Bozukluklar

- Bu bölümde “Yaygın Görülen Depresif Bozukluklar”ın genel olarak etiyolojisi, belirtileri, tedavi seçenekleri, hemşirelik tanıları ve bakımı ele alınmıştır.

- **Aralıklı Patlayıcı Bozukluk:** Tedavisinde kesin bir yaklaşım yoktur. SSRI verilebilir. Sınır koyma ve karşı-aktarım sorunları nedeniyle psikoterapisi güç ve zorlayıcı olabilir. Öfke yönetimi için; bilişsel davranışçı terapi, aile ve grup terapisi, sosyal beceri eğitimi verilebilir.
- **Davranım Bozukluğu:** Agresif tutumların, saldırganlığın kontrolü için antipsikotikler, antikonvülsanlar, lityum, antidepresanlar, uyarıcılar, benzo-diazepinler ve beta blokerler verilebilir (Karamustafalıoğlu, 2018).

Sık Kullanılan Hemşirelik Tanıları

• Kendine yönelik şiddet riski	• Başkalarına yönelik şiddet riski
• Etkisiz dürtü kontrolü	• Savunucu baş etme
• Uyumsuzluk	• Sosyal etkileşimde bozulma

Hemşirelik Bakımı

- Yapılandırılmış terapötik aktivite planı uygulanmalıdır. Gerçekçi beklentiler ile hedefler zamanla artırılmalıdır.
- Uyumsuz davranışların sonuçları net bir şekilde açıklanmalıdır ve uyumlu davranışlar için ödüllendirilmelidir.
- Sınırlamalar konulmalıdır. Çocuğa neyi yapıp, neyi yapmayacağı; kendisinden ne beklenildiği; uygun olan/kabul edilen davranışın ne olduğu net bir biçimde açıklanmalıdır. Sınır koymada aşağıdaki basamaklar izlenmelidir:

Sınır Koyma Basamakları	
1.	Duyguya isim vermek,
2.	Davranışın sınırını hatırlatmak,
3.	Kendisinin reddedilmediği, sadece davranışına sınır konulduğunu gerektiğinde çocuk/adölesana açıklamak,
4.	Kabul edilebilir alternatif bir davranış önermek,
5.	Davranışın sonuçlarını paylaşmak.

- Örn: Cem, şuan oldukça gerginsin, klinikte bağırarak konuşamayacağını hatırla, bu davranışını kabul etmiyorum, lütfen alçak sesle konuş. Eğer bağır-maya devam edersen, gruptan ayrılmanı ve odana gitmeni isteyeceğim.
 - Tehdit edici bir tavır içinde olmaktan kaçınılmalıdır.
 - Çocuk/adölesanın çatışma yaşadığı durumlar belirlenmeli, bu durumlar-da çatışmayı engelleyecek şekilde nasıl davranabileceğini göstermek adına duruma benzer senaryolar oluşturularak, rol-oyunlar gerçekleştirilmelidir. (Örn: Arkadaşın senden izin almadan kalemini aldığında kızıp ona bağırıldığını söyledin. Yine benzer bir durum yaşansa, örneğin arkadaşın defterini senden izinsiz olarak alsa, kızmak ve bağırarak davranışının yerine acaba başka nasıl tepki verebilirsin, şimdi gel bunu birlikte oynayalım. Şimdi ben arkadaşınım ve senden izinsiz olarak bu defteri aldım. Bana ne dersin?)
 - Hastanın özgüvenini, uyumsuz davranışları kullanmadan artırmanın yolları bulunmalıdır,

Sık Kullanılan Hemşirelik Tanıları

• İdrarı tutamama	• Enfeksiyon riski
• Gastrointestinal motilitede fonksiyon bozukluğu riski	• Disfonksiyonel aile içi süreç
• Uyku örüntüsünde rahatsızlık	• Umutsuzluk
• Anksiyete	• Sosyal izolasyon
• Ailenin etkisiz baş etmesi	• Kronik düşük benlik saygısı riski
• Etkisiz bireysel baş etme	

Hemşirelik Bakımı

- Enürezis/Enkoprezis nedenleri, risk faktörleri ve tedavi yöntemleri aileye anlatılmalıdır.
- Seçilen tedavi yöntemi hakkında aileye bilgi verilmelidir.
- Davranışsal yöntemlerin nasıl uygulanacağı ile ilgili aileye eğitim verilmelidir.
- Tedavinin 6-12 ay sürebileceği aileye açıklanmalı; gerçekçi hedefler oluşturulmaları sağlanmalıdır.
- Altta yatan sebebin belirlenebilmesi için aile içi ilişkiler, ailenin sosyoekonomik düzeyi, ailenin stres kaynakları ve anksiyeteye verdiği tepkiler, çocuğun çevresi ve maruz kaldığı risk faktörleri değerlendirilmelidir.
- Aileye ayıplama, cezalandırma gibi yöntemlerin tedavide yer almadığı açıklanmalıdır.
- Bu çocuklarda yalnızlık, sosyal izolasyon, akademik başarıda düşme, sosyal çekingenlik sık görülebildiği için okul ve akran çevresi ile etkileşim desteklenmeli, çocuğun güçlü yönleri ortaya çıkarılmalıdır.
- Çocuklar için uygun diyet ve egzersiz programı yapılmalıdır (Coehlo, 2011; Gözen & Çağlar, 2011).

Yaygın Görülen Cinsel Kimlikten Yakınma Bozuklukları

- Bu bölümde yaygın görülen “Çocuk ve Adölesanda Cinsel Kimlikten Yakınma Bozuklukları”nın genel olarak etiyolojisi, belirtileri, tedavi seçenekleri, hemşirelik tanıları ve bakımı ele alınmıştır.

Etiyolojisi

- Genetik Faktörler: İkiz çalışmaları ile gösterilen genetiğin rolü, steroid reseptörlerinde veya steroid enzim genlerinde periferik seks steroidiyle ilgili polimorfizmler.
- Hormonal Faktörler: Doğum öncesi androjene maruz kalma.
- Nörofizyolojik Faktörler: Önemli bir psikopatolojiye sahip olma riskleri yüksek.
- Psikososyal Faktörler: Cinsel kimlik gelişimine katkı sağlayan faktörler (anne baba tutumları, dinsel inanç, kişinin bilişsel süreçleri vb.), doğum düzeni (Castilla-Peon, 2018; Guillamon, Junque, & Gomez-Gil, 2016).

Tablo 7. Çocuk ve Adölesanlarda İntihar İçin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler.

Çocuk ve Adölesanlarda İntihar İçin Risk Faktörleri	Çocuk ve Adölesanlarda İntihar İçin Koruyucu Faktörler
• Madde bağımlılığı, psikopatoloji varlığı, kronik hastalık veya sakatlığın varlığı, sosyal izolasyon, intihar girişimi nedeniyle ölen bir kişinin tanınması ve özellikle bu kişinin aile üyelerinden biri olması (Siu, 2019) • Düşük benlik saygısı, dürtüsellik, mükemmeliyetçilik, umutsuzluk, yalnızlık, problem çözme becerilerinin zayıf olması, duyguları ifade edememe (Grimmond, Kornhaber, Visentin, & Cleary, 2019; Siu, 2019) • Ebeveynlerin boşanması, ebeveynler ile çatışma, aşırı kontrolcü ve olumsuz çocuk yetiştirme uygulamalarına maruz kalma, ihmal, istismar ve zorbalığa maruz kalma, aile tarafından reddedilme • Düşük sosyoekonomik düzey, yeterli eğitim alamama	• Olumlu yaşam becerilerine sahip olma, pozitif ve güçlü yönlerinin farkında olma • Bilişsel yeterlilik ve problem çözme becerilerinin yüksek olması • Aile bağlarının kuvvetli olması, akran desteğinin olması • Benlik saygısının yüksek olması, bireysel baş etme yöntemlerinin işlevsel olması (Siu, 2019)

Çocuk ve Adölesanlarda İntihar Girişimini Önleme Stratejileri

- Çocuk/adölesanın intihar ile ilgili risk faktörleri değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme; bireysel özellikler, aile içi ilişkiler, akran ilişkileri, şiddet veya istismara maruz kalma, psikopatoloji boyutlarını içerecek şekilde çok yönlü olmalıdır.
- Çocuk/adölesanın maruz kaldığı çevre koşullarının iyileştirilmesi, aile ve akran ilişkilerinin güçlendirilmesi, okula devamlılığın sağlanması intihar girişimi riskini azaltmada önemlidir (Brent, 2019; Epstein et al., 2019; Grimmond et al., 2019).
- Çocuk/adölesanın okullarda kendine zarar verme davranışları ile ilgili uyarı işaretlerine, risk faktörleri ile ilgili eğitime ve yardım alabilecekleri birimlere sahip olmaları sağlanmalıdır (Grimmond et al., 2019).
- Okul ve toplum tabanlı tarama, önleme, değerlendirme, müdahale ve ruh sağlığını geliştirme programlarının yaygınlaştırılması sağlanmalıdır (Brent, 2019; Gwyther, Swann, Casey, Purcell, & Rice, 2019).
- Ebeveyn eğitimi odaklı müdahale çalışmaları yapılmalıdır. Ebeveyn eğitim programları, aile odaklı psikoterapiler bunlara örnek verilebilir (Brent, 2019).
- Psikopatoloji varlığında çocuk/adölesanın intihar riskinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Psikiyatri profesyonelleri çocuk/adölesanda intihar riskini küçümsememelidir. İntihar düşüncesi, kendine zarar verme için yapılmış planlar, kendine zarar verme veya bununla tehdit etme geçmişi hakkında sorular sorulmalıdır (Grover & Avasthi, 2019b).

Etiyolojisi

- DSM-5 deliryumu aynı semptomları göstermesine rağmen etiyolojisine göre alt tiplerine ayırmıştır (APA, 2013; Sachs-Ericsson & Blaze, 2015; Simpson, 2014).
- **Madde İntoksikasyonu Deliryumu:** Bu alt tipte, deliryum belirtileri alkol, amfetaminler, esrar, kokain, hallusinojenler, inhalanlar, opioidler, fensiklidin, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler gibi ya da diğer (ya da bilinmeyen) belirli maddelerin neden olduğu intoksikasyondan kaynaklanır.
- **Madde Yoksunluğu Deliryumu:** Belirli maddelerin yol açtığı yoksunluk, klinik dikkat gerektiren deliryum semptomlarına neden olabilir. Bu maddeler alkol, opioidler, sedatif-hipnotikler ve anksiyolitikler ve diğerlerini içerir.
- **İlaçların Yol Açtığı Deliryum:** Deliryuma neden olduğu bilinen ilaçlar antikolinergikler, antihipertansifler, kortikosteroidler, antikonvülsanlar, kardiyak glikozitler, analjezikler, anestezipler, antineoplastik maddeler, antiparkinson ilaçlar, H2-reseptör antagonistleri (örneğin simetidin) ve diğerleridir.
- **Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Deliryum:** Öykü, fiziksel muayene ya da laboratuvar bulgularında deliryum belirtilerinin başka bir tıbbi durum ile ilişkili olduğu belirlenebilir.
- **Çoğul Etkene Bağlı Deliryum:** Öykü, fiziksel muayene ya da laboratuvar bulgularında deliryum belirtilerinin birden fazla nedene bağlı olabileceğine ilişkin kanıtlar olabilir (APA, 2013; Sachs-Ericsson & Blaze, 2015; Simpson, 2014; Akgün Çıtak, 2016).
- **Belirti ve Bulgular:** Deliryumda sık görülen belirtiler aşağıdaki tabloda (Tablo 1) yer almaktadır (Akgün Çıtak, 2016; Ozel & Ulvi, 2013; Kaya, Sönmez & Barlas, 2013).

Tablo 1. Deliryumda Sık Görülen Belirtiler	
Klinik Özellikler	Bulgular
Bilinç düzeyinde dalgalanma	Derin uykudan tam uyanıklığa kadar değişen ve dalgalanan uyanıklık düzeyi gözlenir.
Dikkat bozuklukları	Deliryumun en çarpıcı özelliğidir. Hasta şaşkın görünmekte, anlamsız hareketler yapmaktadır
Oryantasyon bozuklukları	En yaygın belirtidir. Saati, günü, ayı, nerede olduğunu doğru şekilde söyleyememe, çevredeki kişileri hatalı tanıma, evdeymiş gibi konuşma, ölmüş olan akrabalar hakkında konuşma gözlenebilir.
Bellek bozukluğu	Yakın hafıza daha fazla etkilenir. Öğün, ilaç, ziyaretçi vb. unutmama, yakın zamanda tartışılan/konuşulan konuları unutmama gözlenebilir.
Konuşma ve anlatım bozukluğu	Uyumsuz veya anlamsız ya da ilgisiz konuşma, cisimleri yanlış adlandırma, konuşulanları anlamada güçlükler gözlenebilir.

11. Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Nörobilişsel Bozukluk: Hipotroidizm, hiperparatroidizm, hipofiz yetmezliği, üremi, ensefalit, beyin tümörü, pernisiyöz anemi, tiamin eksikliği, pellegra, kontrolsüz epilepsi, kardiyopulmoner yetmezlik, sıvı ve elektrolit dengesizlikleri, merkezi sinir sistemi ve sistemik enfeksiyonlar, sistemik lupus eritematozus ve multipl skleroz gibi birçok tıbbi durum da nörobilişsel bozukluklara yol açabilmektedir (Akgün Çıtak, 2016; Towsend & Morgan, 2018; Towsend, 2015).

Belirti ve Bulgular

■ Nörobilişsel Bozukluk ile tanımlanan belirti ve bulgular şunlardır:

1. Bellek bozukluğu (yeni bilgileri öğrenme yeteneğinde bozulma veya daha önce öğrenilen bilgileri hatırlayamama).
2. Soyut düşünme, yargılama ve dürtü kontrolünde bozulma
3. Dil becerilerinde bozulma, örneğin; nesneleri isimlendirmede güçlük, hiç konuşamama (afazi ve apraksi)
4. Kişilik değişiklikleri.
5. Motor aktiviteleri gerçekleştirmede yetersizlik
6. Yönelim bozukluğu.
7. Gezinme.
8. Sanrılar (özellikle zarar görme sanrıları) (Videbeck, 2011; Towsend & Morgan, 2018; Towsend, 2015).

Ağır nörobilişsel bozukluğa özgü problemleri davranışlar aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 2. Ağır Nörobilişsel Bozukluğa Özgü Problemleri Davranışlar

Davranış	Tanım	Örnekler
Agresif psikomotor davranış	Diğerlerine zarar veren motor davranışlar	Vurma, tekme atma, itme
Agresif olmayan psikomotor davranış	Diğerlerine yönelik zarar verici olmayan davranışlar	Huzursuzluk, adımlamak, gezinmek
Sözlü agresif davranış	Diğerlerine zarar veren sözlü davranışlar	Zorlu, yıkıcı bağırma, şikayet etme gibi manipülatif davranışlar
Pasif davranış	Motor davranışta azalma, apatik olma, çevreyle etkileşime girmeme	Aktivitenin azalması, ilgi kaybı, apati, geri çekilme
İşlevsel davranışların bozulması	Kendi bakımını sürdürmememe	İnkontinans, kötü kişisel hijyen

Stuart, G. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 10 th ed.*, 2013, ss:409 Elsevier'dan alınmıştır.

DSM-5 Madde Bağımlılığı Tanı Kriterleri

- Madde bağımlılığı 12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsüdür.

Tablo 1 • DSM-5 Madde Bağımlılığı Tanı Kriterleri (APA, 2014)

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için sürekli bir isteğin olması veya sonuç vermeyen çabalar
3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme
5. Yineleyen kullanım sonucu evde, iş yerinde ya da okuldaki sorumluluklarını yerine getirememe
6. Toplumsal ya da kişilerarası problemler olmasına rağmen kullanıma devam etme
7. Kullanıma bağlı olarak işe ya da eğlenceye dayalı günlük aktivitelerin sona erdirilmesi ya da azaltılması
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda bile kullanımın yinelemesi
9. Bedensel veya ruhsal olumsuz etkilerinin farkında olunmasına rağmen kullanımın devam ettirilmesi
10. Madde kullanımına karşı tolerans gelişmiş olması 1. İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi 2. Maddenin aynı ölçüde sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması.
11. Yoksunluk belirtilerinin olması (Bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunalım, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.).

(APA, 2014)

Madde Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar

- Madde kullanımının yol açtığı bozukluklar aşağıda yer verilen tabloda sunulmaktadır:

Tablo 2 • Madde Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar (Çam & Engin, 2014)

Tolerans	Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı ile etkisinde azalma ve istenen etkiyi sağlamak için daha çok maddeye gereksinim duyulmasıdır.
Madde İntoksikasyonu	Kısa bir süre önce bir maddenin aşırı miktarda alınmasına bağlı olarak kullanım sırasında veya hemen sonrasında maddeye özgü olan semptomlar; davranışlar ya da psikolojik fonksiyonlarda bozulma (yargılama bozukluğu, kavgacılık, toplumsal işlevsellikte bozulma, duygu durum değişikliği gibi) ortaya çıkmasıdır (Tükel, Çakır, & Ertekin, 2017).
Madde Yoksunluğu	Uzun süreli ve fazla miktarda kullanılan maddenin aniden azaltılması ya da tamamen bırakılmasına bağlı olarak maddeye özgü psikolojik ya da fiziksel semptomların oluşması ve ortaya çıkan bu durumlardan kurtulmak için madde kullanma ihtiyacının ortaya çıkması ile belirginlik kazanan bir durumdur.

(Çam & Engin, 2014)

Alkol Kullanım Bozukluğu ile İlişkili Sorunlar

- Alkol kullanım bozukluğu ile ilişkili sorunlar aşağıda sıralanmaktadır:

Tablo 5 • Alkol Kullanım Bozukluğu ile İlişkili Sorunlar
(Ray, et al., 2010; APA, 2014)

Alkol intoksikasyonu	Alkol alımı sırasında ya da kısa bir süre sonra sorunlu davranışsal ve ruhsal değişiklikler (uygunsuz cinsel ya da saldırgan davranış, duygudurum değişkenliği, yargılama bozukluğu) meydana gelir. Bu duruma eşlik eden denge kusurları, konuşmanın bozulması, dikkat ya da bellekte bozulma, nistagmus gibi belirtiler olur. Kanda 100 ml'de 100-200 mg alkolün bulunması durumunda genelde zehirlenme belirtileri ortaya çıkar. Kandaki miktar 400-500 mg olursa bilinç kapanır ve 600-800 mg olunca ölüm olur.
Alkol yoksunluğu	Alkol yoksunluğu yoğun ve uzun süreli alkol kullanımının bırakılmasının ya da azaltılmasının ardından 6-12 saat sonra başlar. Belirtiler ikinci günde en yüksek seviyede iken 4 ile 5. günlerde oldukça azalır. Yorgunluk, beslenme bozukluğu, fiziksel hastalıklar, ileri yaş, geçirilmiş deliryum tremens ve depresyon yoksunluk belirtilerinin ağır geçmesine neden olur. Belirtiler; ellerde, göz kapaklarında, dilde titremeler, taşikardi, terleme, ağız kuruluğu, baş ağrısı, uykusuzluk, bulantı, kusma, geçici halüsinasyon/illüzyonlar, bunalı, dikkat ve bellek bozuklukları, psikomotor ajitasyon, tonik-klonik nöbet şeklindedir.

(Ray, et al., 2010; APA, 2014)

- Uzun süreli alkol kullanımı deliryum tremens, alkol halüsinozu ve alkole bağlı amnestik sendrom gibi başka sorunları da beraberinde getirebilmektedir:

Tablo 6 • Alkol Kullanım Bozukluğu ile İlişkili Diğer Sorunlar
(APA, 2014; Öztürk & Uluşahin, 2016)

Deliryum Tremens	Alkol yoksunluğunun deliryumu olan deliryum tremens, ciddi morbidite ve mortaliteye sonuçlanabilecek acil müdahale gerektiren akut bir beyin sendromudur. Alkolün bırakılmasından ya da azaltılmasından sonra sıklıkla ilk 72 saat içinde görülür. İkinci haftadan sonra ya da daha geç dönemde de görülebilir. Genellikle 5-15 yıl ağır alkol kullanma döneminden sonra GABA etkinliğinde ani düşüş yaşanmasına bağlı olarak bunalı, ajitasyon ve epilepsiye yatkınlık artmasıyla ortaya çıkar. Deliryum tremenste saatler ya da günler içinde ortaya çıkan ve gün içinde dalgalanmalar gösteren bilinç bozukluğu olur. Dikkat çok dağınıktır; yönelim, bellek, dil ve yargılama bozuklukları vardır. Konuşma ve düşünce içeriği dağınık ve ilgisizdir. Hastalar şaşkın, telaşlı, saldırgan, huzursuz ve ajitedir. Görsel, işitsel ve dokunsal halüsinasyonlar ve yanılsamalar çok sıktır. Uyku uyanıklık döngüsü bozulmuştur ve uykuya eğilim ya da stupor görülebilir. Gözde ve yüzde kızarma, ateş, taşikardi, hipertansiyon, terleme, dehidratasyon ve elektrolit bozuklukları görülebilir. Grand mal türünde epileptik nöbetler sık görülür. Tedavi edilmezse ölüm riski %20 dolayındadır.
-------------------------	--

Devam ediyor

C. Süre	Bu bozukluğun devam ettiğini gösteren belirtiler en az 6 ay süreyle bulunmaktadır. Bu süre en az 1 ay süren aktif dönemi (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) içermelidir. Prodromal ve rezidüel dönemler de bu süreye dahil olabilir.
D. Şizoaffektif bozukluk ve duygu durum bozukluğunun dışlanması	Şizoaffektif bozukluk ve psikotik bulgulu duygudurum bozukluğu dışlanmalıdır. Aktif evre ile birlikte depresif, manik veya karma bir dönem ortaya çıkmamalı ya da aktif evre sırasında duygudurum belirtileri de olmuşsa bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmalıdır.
E. Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun dışlanması	Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaca, tedavide kullanılan bir ilaca) ya da genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamalıdır.
F. Yaygın gelişimsel bir bozuklukla olan ilişki	Otistik bozukluk veya diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı ve varsanılar da mevcutsa şizofreni ek tanısı konulabilir.

BELİRTİLER

- Şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluklarında semptomlar genellikle geç ergenlikte veya erken dönemde ortaya çıkar (Halter, 2014). Belirtiler, hastalarda yeti yitimine yol açar ve günlük yaşam becerilerini etkiler. Hasta ilgisiz, donuk, çekingen-ürkek, bakımsız ve dağınıktır.
- **Konuşmada;** düzensizlik ve dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, kalıplaşmış yinelenmeler (stereotipi), ekolali, hiç konuşmama (mutizm), çok konuşma gibi farklılıklar
- **Motor davranışlarda;** ağır ilgisizlik, eylem azlığı ve toplumdan çekilme
- **Duygulanımda;** küntlük, yüzeysellik veya uygunsuz duygulanım, yersiz gülme ve ağlama görülebilir.
- Şizofrenide belirtiler pozitif ve negatif belirtiler olarak ikiye ayrılır. Pozitif belirtiler hastanın her zamanki işlevinde aşırılık, bozukluk olarak tanımlanmakta iken, negatif belirtiler ise tam tersi bu işlevlerin azalması ve kaybı olarak tanımlanır. Bazı hastalarda pozitif belirtiler ön planda iken bazı hastalarda negatif belirtiler ön plana geçmektedir. Genellikle aktif dönemde ve hastalığı akut başlayanlarda pozitif belirtiler, epizodların yatıştığı fakat süregelenleştği durumlarda ise negatif belirtiler hakimdir (Towsend, 2013). Şizofrenide görülen negatif ve pozitif belirtiler Tablo 2'de verilmiştir (Gürhan, 2016).

Farmakolojik Tedavi

- Şizofreninin farmakolojik tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların temel etki düzenekleri dopamin, serotonin, asetilkolin, noradrenalin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesini içermektedir. Antipsikotikler tipik ve atipik olarak sınıflandırılır. Tipik antipsikotik ilaçlar, özellikle pozitif belirtiler üzerine etki göstermektedir. Atipik antipsikotiklerin ise negatif belirtiler üzerinde de etkisi gösterilmiştir ancak tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Çetin, 2015; Kocal, Karakuş, & Sert, 2017). Klorpromazin ilk antipsikotik ilaçtır. Şizofreni tedavisinde ilaç tedavisinin düzenli sürdürülmesi önemlidir. İlaç tedavisi düzenli olan hastaların ilk hastalık nüksünden sonra tekrar hastaneye yatışları, düzensiz kullananlara göre daha düşüktür. Antipsikotik ilaçlar bağımlılık yapmazlar. Hastalara bu bilginin verilmesi tedaviye uyumun sağlanması ve sürdürülmesi için önemlidir. Çoğu zaman şizofreni hastaları, hastalığın kabulünde yaşanan zorlukları hastalığı ve tedaviyi reddetme gibi nedenlerle tedaviye geç başlamaktadır. Bu nedenle hastalık fark edilir edilmez tedavi sürecine başlanılmalıdır. Bu konuda özellikle ailelerin desteği önemlidir (Mahone, Maphis, & Snow, 2016).
- Haloperidol (Nörodol), Klorpromazin (Largactil), Pimozid (Nörofren), Trifluoperazin (Stilizan) klasik antipsikotikler olarak adlandırılırken; Risperidon (Risperdal), Olanzapin (Zyprexa, Rexapin), Ketiapin (Seroquel, Cedrina) ve Klopazin (Leponex, Clonex) yeni kuşak antipsikotiklerlerdir. Antipsikotik ilaçlar gerçekten güçlü etkiye sahip olmakla birlikte hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, hastaya rahatsızlık verecek şekilde yan etkilere de sahiptir. Bu nedenle hastalar ilaç kullanmak istemeyebilir, tedaviye uyum sorunu yaşayabilir.

Tablo 4 • Antipsikotiklerin Yan Etkileri

Antikolinergik Yan Etkiler	Ekstrapiramidal Yan Etkiler	Otonomik Yan Etkiler
Görme bulanıklığı Ağız kuruluğu Ejeksiyon gecikmesi Taşikardi Kabızlık İşeme zorluğu İştah artması (kilo artması önemli bir sorundur) Libido azalması Bellek bozukluğu Konfüzyon Öğrenme güçlüğü	Hareketlerde yavaşlama Akut Distoni Akatizi Parkinsonizm Tardiv Diskinezi	Uyku hali Uyuşukluk Baş dönmesi Çarpıntı

Elektrokonvülsif Terapi (EKT)

- Genellikle EKT ve standart antipsikotikler birlikte kullanılmaktadır. Hastalığın akut belirtileri azalır azalmaz EKT tedavisine başlanabilir. Özellikle tedaviyi reddeden hastalar, intihar düşüncesi olan ve saldırgan davranışları olan hastaların tedavisinde EKT öncelikli olarak düşünülmelidir.

şimidir (Townsend, 2015). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) depresyonu, kederli bir ruh hali, kişinin daha önce ilgi duyup zevk aldığı etkinliklerden kaçınması şeklinde tanımlamakta ve bu durumun çeşitli fiziksel ve duygusal sorunlar yaratarak günlük yaşam ve iş yaşamına ilişkin olumsuz etkiler yarattığını belirtmektedir (APA, 2000).

- Depresyon bedensel belirtilerin yanı sıra beyindeki birtakım değişikliklere de neden olmakta, görüntüleme yöntemlerinden pozitron-emisyon tomografi (PET) taraması ile kişilerin yoğun depresyon yaşayıp ilaç tedavisi almadıkları dönem ile iyileştikten sonraki dönem arasında beyindeki değişimlerini görüntülemek mümkün olmaktadır (Ayuso Mateos et al., 2010). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (2017) depresyon dünya çapında sağlıksızlığın ve sakatlığın önde gelen nedenidir ve günümüzde 300 milyondan fazla insan depresyon sorunu yaşamaktadır.
- Yaşamında bir kez majör depresyon yaşayanların ikinci ya da üçüncü kez bu bozukluğu deneyimleyebilecekleri belirtilmektedir (APA, 2000). Depresyon intihara yol açabilir. Depresyon doğru tanılandığında tedavi edilebilen bir sorundur (WHO, 2012).

SINIFLANDIRMA VE BOZUKLUKLARA İLİŞKİN BELİRTİLER

- Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA, 2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (DSM-5) beşinci baskısında yer alan tanılar aşağıda yer almaktadır.



ANAHTAR TERİM VE KAVRAMLAR

Duygulanım (Affect): Bireyin olaylara, anılara, uyarılara ve düşüncelere duygusal tepki verebilme yeteneğidir.

Duygudurum (Mood): Bireyin bir süre neşeli, sıkıntılı, hüzünlü, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunduğu durumdur.

Normal Duygudurum (Euthymia): Bireyin duygudurumunun belli sınırlar içinde dalgalanmalar göstermesidir.

Anhedoni: Zevk alamama durumudur.

Hipersomnia: Aşırı uyuma durumudur.

Letarji: Uyku hali, uykuya eğilim durumudur.

İrritabilite: Sinirlilik, çabuk öfkelenme, asabiyet

Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu

- Bu hastalık kronik, şiddetli ve kalıcı bir sinirlilik ile karakterizedir. Gelişim düzeyine uygun olmayan, sık aralarla gelişen şiddetli öfke patlamaları ve bu patlamalar arasında da var olan sürekli kızgın ruh halini içerir. Bu durum 12 ay ya da daha uzun bir süreden beri vardır. Bu bozukluk 10 yaşından önce başlamaktadır ancak altı yaşından önce tanı konmaz (APA, 2013, Townsend, 2015).

Major Depresif Bozukluk

- Bu bozukluk çökkün duygu durumu ile karakterizedir. En az iki hafta süreyle sosyal ve iş yaşamına ilişkin işlevsellikte değişim yaşanır. Keder, umutsuz-



Hemşireler İçin Önemli Notlar

- Antidepresan ilaçların etkileri, yan etkileri, başka ilaçlarla geçimsizlikleri, yiyeceklerle etkileşimi konularında hasta ve aile eğitimi yapılması
- İntihar riski olan hasta için güvenli bir çevre oluşturulması
- Beslenmenin ve ilaç tedavisinin yakından izlenmesi

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association (2000) Practice Guidelines for The Treatment of Psychiatric Disorders. Washington D.C.:American Psychiatric Press.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çev: Ertuğrul Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
3. Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, Naidoo N & Chatterji S.,(2010). From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds, Br J Psychiatry, 196(5):365-71.
4. Balcıoğlu İ. (1999). Depresyonun Etiyopatogenezi, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul.
5. Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. Nursing Research, Sep-Oct;50(5):275-85.
6. Engin E, Ergün G. Depresyon. In:Olçay Çam, Esra Engin (Ed) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul; Tıp Kitabevleri, 2014:335-345.
7. Helvacı Çelik F & Hocaoglu Ç. (2016). "Major Depresif Bozukluk" Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Journal of Contemporary Medicine, 6(1): 51-66.
8. Mental Health Information Prevalence of Major Depressive Episode Among Adults, NIH <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>
9. NIH Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys (2004), JAMA The Journal of the American Medical Association, January, 291(21):1213-1225.
10. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, & Zlotnick C. (2009). Postpartum depression. Am J Obstet Gynecol, April; 200(4):357-364.
11. Royal College of Psychiatrists. Retrieved from <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/depression?searchTerms=depression>
12. Savrun, B.M. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul.
13. Shives, L. R. (2012). Basic Concepts of Psychiatric-mental Health Nursing (8th ed.) Lippincott Williams & Wilkins.
14. Shives, L. R. (2012). Basic Concepts of Psychiatric-mental Health Nursing (8th ed.) (pp 215-219). Lippincott Williams & Wilkins
15. Stuart G. (2012). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed.). Mosby
16. Townsend, M. C. (2011). Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing (5th ed.). F. A. Davis company, 336-343.
17. Townsend, M. C. (2015). Psychiatric Nursing Assessment, Care Plans, and Medications (9th ed.). F. A. Davis Company Philadelphia
18. Townsend, M. C. (2015). Psychiatric Nursing Assessment, Care Plans, and Medications (9th ed.). F. A. "Davis company, 379-381
19. Türkiye Psikiyatri Derneği (2019), <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/23/depresyon>
20. Varcarolis, E. M. (2002). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach (4th ed.). W.B. Saunders Company NYC, 454-457

- **Karbamazepin:** Hem akut belirtiler hem de sürdürüm tedavisinde etkilidir (Miller, 2016). Karbamazepinin etkinliği tedaviye başlandıktan 2-3 hafta sonra başlar ve %50-70 oranında etkindir. Yan etkileri arasında; bulantı, kusma, mide rahatsızlıkları, kabızlık, ishal ve iştahsızlık, baş dönmesi, ataksi, sedasyon, aplastik anemi, agranülositoz, hepatit, ekfoliyatif dermatit, Stevens-Johnson sendromu yer almaktadır (Eroğlu & Özpoyraz, 2010).
- **Lamotrijin:** Lamotrijin sürdürüm tedavisinde çökkünlük döneminin sağaltımı için koruyucu olarak kullanılan bir ilaçtır. Kan düzeyi ile sağaltıcı etkisi arasında sabit bir ilişki kurulamamıştır fakat antiepileptik olarak hedeflenen kan düzeyi 2.5-15 mg/litredir. En sık görülen yan etkileri baş ağrısı, deri döküntüsü, baş dönmesi, diyare, anormal rüyalar ve kaşıntıdır (Öztürk & Uluşahin, 2016).

Tablo 6 • Sık Kullanılan İlaçlarda Hemşirelik Bakımında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Kullanılan İlaçlar	Hemşirelik Bakımında Dikkat Edilmesi Gerekenler
• Lityum (Lithuril) • Valproat (Depakin) • Karbamazepin (Tegretol)	• Alkolle birlikte alımından kaçınılmalı. • Hamilelik şüphesi ya da planı varsa mutlaka hekim ile bu konu görüşülmeli. • Yargılamayı, düşünmeyi veya motor becerileri bozabilir; bu nedenle dikkat gerektiren riskli işlerden uzak durulmalı. • Düzenli kan düzeyi kontrolleri yaptırılmalı (Boyad, 2008). • Hasta kendisini iyi hissetse de ilacı düzenli kullanmaya devam etmeli. • İlaçların her gün aynı saatte alınmasına özen gösterilmeli. Eğer bir ilaç dozunun alınması unutulursa bir sonraki saatte iki doz alınmasından kaçınılmalı. • Eğer lityum kullanılıyorsa her gün 8-10 bardak su almaya özen gösterilmeli (Womble, 2015).

Nonfarmakolojik Tedavi

- Tedavinin etkinliğini artırmada psikososyal müdahalelerin psikofarmakolojik yöntemler ile birlikte kullanımı önemlidir (Miklowitz et al., 2007). Hastanın ve hastanın destek sistemlerinin hastalığı anlaması tedavinin bir parçasıdır. Hastanın tanısı, tedavisi, belirtileri ve hastalık yönetimi konularında hastaya ve ailesine bilgi verilmelidir. Tedavide psikoeğitim, aile terapileri ve bilişsel davranışçı terapi ilaç tedavisi ile birlikte kullanılarak işlevselliğin artırılması ve epizot sıklığının azaltılması sağlanabilir (Miller, 2016). Aile odaklı terapiler ailenin tedaviye katılımını sağlayarak aile başetmesi, iletişimi ve problem çözme becerilerini artırmaktadır. Bu terapi çeşidi psikoeğitimi de içerisinde barındırmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi hastaların düşüncelerindeki bilişsel çarpıtmalarını fark etmesini sağlayarak hastalıkla başetmede yeni yollar öğrenmelerini sağlar (Miklowitz et al., 2007).

- Bu bozukluklar DSM-5'e göre Tablo 2'deki gibi sınıflandırılır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Köroğlu, 2015; Engin, 2016):

Tablo 2. Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozuklukların DSM-5'e Göre Sınıflandırılması

Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları	• Ayrılma Kaygısı Bozukluğu • Seçici Konuşmazlık (Mutizm) • Özgül Fobi • Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) • Panik Bozukluğu • Agorafobi • Yaygın Kaygı Bozukluğu • Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu • Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu • Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu • Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu
Obsesif-Kompulsif Bozukluk (Takıntı-Zorlantı Bozukluğu) ve İlişkili Bozukluklar	• Obsesif-Kompulsif Bozukluk (Takıntı-Zorlantı Bozukluğu) • Beden Algısı Bozukluğu (Vücut Dismorfik Bozukluk) • Biriktiricilik Bozukluğu • Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu) • Deri Yolma Bozukluğu • Maddenin/İlacın Yol Açtığı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk • Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk • Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk • Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

ANKSİYETE (KAYGI) BOZUKLUKLARI VE BELİRTİLERİ

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

- Aşağıdakilerden en az üçünün varlığıyla belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılması ile ilgili aşırı düzeyde bir kaygı duymasıdır.
 - Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında hep aşırı tasalanma.
 - Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına hastalık, yaralanma, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak sürekli bir biçimde aşırı tasalanma.
 - Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak istenmedik bir olay (kaybolma, kaçırılma) yaşayacağıyla ilgili olarak sürekli bir biçimde aşırı tasalanma.
 - Ayrılma korkusu nedeniyle okula işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.
 - Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan sürekli bir biçimde, aşırı korku duyma.

Uyku örüntüsünde bozulma <u>Tanımlayıcı özellikler:</u> Uykuya dalma güçlüğü Uyku süresinde belirgin azalma Kabus görme Uyku sırasında sık uyanma Sabahları erken uyanma Uykunun dinlendiriciliğinde azalma	- Uyku örüntüsünde bozulma büyük ölçüde anksiyeteden kaynaklandığı için; yukarıda anksiyeteyi gidermeye yönelik olarak sözü edilen müdahaleleri uygulayın. - Alkol ve kafeinden kaçınmasını sağlayın - Uyku hijyeni eğitimi verin ve buna uymasını teşvik edin.
Ümitsizlik <u>Tanımlayıcı özellikler:</u> Geleceğe, dünyaya, çevreye ilişkin karamsarlık tarifleme Umut kaynaklarının azalması ya da yokluğu Çökkünlük	- Ümitsizlik büyük ölçüde baş etme güçlüğünden kaynaklandığı için; yukarıda etkisiz bireysel baş etmeye yönelik olarak sözü edilen müdahaleleri uygulayın. - Ümitsizlik yaşamasına neden olan süreçleri birlikte tanımlayın. - Ümidinin artmasını sağlayan kaynakları birlikte keşfedin. - Bireye geldiği günden bu yana kaydettiği gelişmeleri fark ettirerek ümidinin artmasına destek olmaya çalışın.
Durumsal/Kronik düşük benlik saygısı <u>Tanımlayıcı özellikler:</u> Kendi başına karar verme, eyleme geçme ya da inisiyatif alma güçlüğü Özgüveninde azalma tarifleme Kendini ifade etmekten kaçınma Beceriksiz/yetersiz olduğunu ifade etme	- Travmaya yönelik verdiği tepkilerin normal ve travma yaşayan herkeste görülen türden tepkiler olduğunu, kişisel başarısızlık ya da zayıflık olmadığını anlamasına yardım edin.
Öz bakım eksikliği sendromu <u>Tanımlayıcı özellikler:</u> Öz bakım etkinliklerini (banyo, diş fırçalama, temiz kıyafet giyme, saç tarama vb.) yerine getirmede bozulma	- Yaşamakta olduğu belirtilerin öz bakımını sürdürmesini nasıl etkilediğini birlikte belirleyin. - Başlangıçta öz bakımını yerine getirme konusunda daha fazla destekleyin ancak zaman içinde kişinin destek olmaksızın yapabildiği öz bakım faaliyetlerinin giderek artmasını sağlayın.

Duyusal algılamada bozulma (Görsel, kinestetik) (Depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğu için)

Tanımlayıcı özellikler:

Kendini, bedenini, vücudunun parçalarını, bulunduğu ortamı, çevresindeki insanları vb. değişmiş farklılaşmış algılama Kendine, bedeni-ne, vücudunun parçalarına, bulunduğu ortam, çevresindeki insanlara vb. yabancılaşmış hissetme

- Algılamada bozulmanın olduğu dönemlerde destek ve teşvik sağlayın.
- Algılamadaki bozulmanın nasıl kendini gösterdiğini ve kendisindeki işleyiş amaçlarını açıklayın.
- Ciddi anksiyete ile algılamadaki bozulma arasındaki ilişkiyi açıklayın. Hastanın yaşadığı ciddi stres anlarında bu belirtilerle ilgilenin.
- Geçmiş deneyimleri ve olası bastırılmış travma ve taciz gibi örseleyici/acı verici durumları bireyle birlikte ortaya koyun
- Bireyi bu örseleyici/acı verici durumla ilgili duygularını fark etmesi ve ifade etmesi için destekleyin. Bu bastırılmış duyguların yarattığı içsel çatışmaları birlikte çözmeye çalışın.
- Hastanın strese daha uyumlu cevap verebileceği yolları birlikte ele alın ve bu yöntemleri önce rol oynama ile sonra gerçek hayatta ve ilişkilerde kullanmasını destekleyin ve sonuçları birlikte değerlendirin.

KAYNAKLAR

1. Agorastos, A., Marmar, C.R., & Otte, C. (2011). Immediate and early behavioral interventions for the prevention of acute and posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 526-532.
2. Aker, A. T., Özeren, M., Başoğlu, M., Kaptanoğlu, C., Erol, A., & Buran B. (1999) Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö)-Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 286-293.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çev: Ertuğrul Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
4. Balcıoğlu, Y.H., & Balcıoğlu, İ. (2018). Dissosiyatif bozuklukların tanımı ve tanı ölçütleri. *Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, 3(3), 8-13.
5. Black, D.W., & Andreasen, N.C. (2014). *Introductory Textbook of Psychiatry* (6th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
6. Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210.
7. Carpenito, L.J. (2016). *Handbook of Nursing Diagnosis* (15th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
8. Department of Veterans Affairs. (2012). How common is PTSD? Retrieved February 19, 2013, from www.ptsd.va.gov/public/pages/how-common-is-ptsd.asp
9. Gartlehner, G., Forneris, C.A., Brownley K.A., Gaynes, B.N., Sonis, J., ...Lohr, K.N. (2013). Interventions for the Prevention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults after Exposure to Psychological Trauma. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
10. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2012). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd rev. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12(2), 115-187.

5. Evre (REM)

- Bu uyku yavaş dalga uykusuna (NREM) eklenir. Gece boyunca uykuda 4-5 kez REM dönemi olur ve toplam süresi uykunun beşte biri kadardır. Normal uykuda ilk REM dönemi uykuya geçişten 90-100 dakika sonra görülür. Her 90-100 dakikada bir yinelenir. Bu uykuda genellikle rüya görülür. Bu uykuya aktif uyku da denmektedir. Bireyin yaşamsal belirtileri artmıştır. Vücuttan adrenalin salgınır. Beyin dalgaları çok aktiftir, gözler ani ve hızlı hareket eder. Bu dönemde metabolik süreç hızlanmıştır. Gastrik sekresyonun artması, ülserli hastalarda ağrıya neden olabilir. Gece oluşan miyokard enfarktüsü, genellikle REM uykusu döneminde olur. REM uykusunun serebral uyku gereksinimi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Özellikle bebeklerde bilgi depolanması, yeni davranışlarla hafıza arasında ilişki kurabilme bu uyku döneminde olmaktadır. Yetişkinler REM evresinde çok daha kısa süre kalırlar, bebekler yetişkinlere kıyasla çok daha uzun süre bu evreyi deneyimlemektedir. REM uykusu psikolojik başatma mekanizmaları için gereklidir. Bireyin mental sağlığını düzenler (Türk Nöroloji Derneği, 2019; Öztürk & Uluşahin, 2014).

NREM ve REM Uykusu Arasındaki Fark

NREM Uykusu	REM Uykusu
* Uyku NREM ile başlar	* Uykuya daldıktan 1 saat sonra oluşur.
* Çizgili kaslarda gevşeme olabilir.	* Diş gıcırdatma olabilir.
* Nabız sayısı	* Nabız sayısı
* Solunum sayısı	* Solunum sayısı
* Kan basıncı	* Kan basıncı
* Rüya görülmez.	* Rüya görülür.
	* Penis ereksiyonu ve salgısı

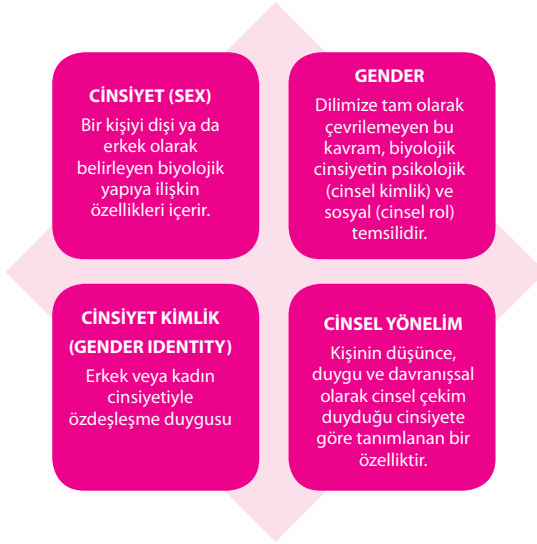
(Öztürk, & Uluşahin, 2014; Şahin & Aşçıoğlu, 2013; Stuart, 2014)

UYKU-UYANIKLIK BOZUKLUKLARI

- Uyku bozukluğu başka bir bedensel ya da ruhsal hastalığın bir belirtisi olarak ortaya çıkabileceği gibi başlı başına bir hastalık olarak da görülebilir. 2013 yılında yayımlanan DSM-5'te "Uyku-Uyanıklık Bozuklukları" başlığı altında insomnia, hipersomnia, narkolepsi, solunumla ilişkili uyku bozuklukları (tıkayıcı uyku apne hipopnesi, santral uyku apnesi, uyku ile ilişkili hipoventilasyon), sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları, parasomnialar (NREM uykusundan uyanma bozuklukları (uyurgezerlik, uyku terörü), uyku felci (karabasan), REM uykusu davranış bozukluğu), huzursuz bacaklar sendromu, madde/ilacın yol açtığı uyku bozukluğu, tanımlanmış diğer ve tanımlanmamış uyku bozukluğu ele alınmıştır (Keskin & Tamam, 2018).

Insomnia

- Uykuya dalmada, uykuyu sürdürmede güçlük ya da uyuduğu halde uyumamış, dinlenmemiş hissetme durumudur. Uykuya dalamama ya da gece



(Başar, 2012; Don Lucas, 2019; Başar, 2014; Dünya Sağlık Örgütü, 2019)

Cinsel sağlık

- Sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir. Cinsel sağlık; cinsellik ve cinsel ilişkilerde, zorlama, ayrımcılık ve şiddetten arınmış, hem keyifli hem de güvenli cinsel deneyimlere sahip olma olasılığının sonucu olarak, olumlu ve saygılı bir yaklaşım gerektirir (Dünya Sağlık Örgütü, 2019; Tsai et al., 2014).

Sınıflandırma ve Her bir Bozukluğa İlişkin Belirtiler

- Cinsellik ilgili başlıklar DSM-5 tanı ölçütleri esas alınarak; Cinsel İşlev Bozuklukları, Cinsiyetinden Hoşnutsuzluk ve Cinsel Sapkınlıklar olarak oluşturulmuştur.

Tıbbi Tedavi

- Tedavide öncelikle psikoterapi, bununla birlikte ilaç tedavileri kullanılır (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, 2019).

Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı	Tanım	Tanımlayıcı Özellikler	Hemşirelik Girişimleri
Bilgi eksikliği	Tedavi planı ya da durumla ilgili bilgi ve ya beceri eksikliği	Bilgi ve ya beceri eksikliğini sözel olarak ifade eder ya da bilgi ister Sağlık durumuna ilişkin yanlış bilgi ifade eder Tanımlanan sağlık davranışının tam olarak yerine getiremez	Kişinin öğrenme gereksinimlerini değerlendirin Mevcut bilgi düzeyini ve içerik anlayışını değerlendirin Bilgi işlemem ve kavrama becerisini destekleyin Geleceğe yönelik rehberlik sunun, gelişimsel ya da durumsal krizlere kişiyi hazırlayın Sağlık okur-yazarlığını geliştirin Birey ve aile ile ilişki kurun Birden fazla eğitim yöntemi kullanın (sözlü, yazılı, demonstarsyon) Öğrenmeyi kolaylaştırmak için yargılamadan iletişim kurun
Cinsel dis-fonksiyon (işlev bozukluğu)	Cinsel işlevde yetersizlik ya da doyum-suzluk/değersizlik olarak görülen bir değişim yaşayan ya da bu riski taşıyan bireydeki durum	Cinsel işlevle ilgili sorunu sözel olarak ifade eder Hastalık ya da tedaviden dolayı cinsel performansın sınırlandığını bildirir	Hastanın cinsel öyküsünü ve önceki cinsel ilişkisindeki tatmin düzeyini değerlendirin Hastanın sorunu algılayışını değerlendirin Hastanın problemin başlangıcı ile ilişkili zaman boyutunu tanımlamasına yardım edin ve yaşamının bu döneminde ne olduğunu tartışın Hastanın enerji düzeyini değerlendirin İlaç yönetimini gözden geçirin, yan etkileri gözleyin Hastayı cinsel işlev bozukluğuna katkı sağlayabilecek süreçleri tartışması için cesaretlendirin Eğer hasta ve partneri istiyorsa, hastanın cinsel tatmin sağlayabilecek diğer mevcut ve ya cinsel danışmanlık yoluyla öğrenebilecekleri olası yöntemlerin farkında olduğundan emin olun Cinsellik ve cinsel fonksiyonla ilgili bilgi verin Eğer gerekiyorsa ek bir danışma ya da seks terapisi önerin

- Cinsel sorunların doğası hakkında bilgiye sahip olması
- Bireysel ve mesleki sınırlarının farkında olması ve uzmanlık gerektiren cinsel sorunları tanıyıp, uygun yerlere sevk edebilmesi gerekir (Özcan, 2016).

Cinsel Gelişim

- Cinsel bakım verebilmek için hemşirenin bilmesi gereken temel konulardan biri insanın cinsel gelişimidir!



Cinselliği konuşmak

- ! Cinsellikle ilgili konuları konuşmak hem hasta hem de hemşire için utanç verici ve zorlayıcı olabilir. Hasta kendini başarısız ve anormal hissedebilir. Hemşireler, hastanın utancını tahmin etmeli ve bu konular hakkında konuşmanın zor olabileceğini akıllarında tutmalıdır.

Cinselliği konuşurken göz önünde bulundurmanız gereken önemli hususlar

- Cinselliği konuşmanın hem siz hem de hasta için zorlayıcı olabileceğini unutmayın
- Cinsel öykünün rutin tıbbi değerlendirmenin bir parçası olduğunu belirterek görüşmeye başlayın
- Görüşmeyi mahremiyetin ve konforun sağlandığı bir ortamda yürütün
- Yargılayıcı olmayın, empatik ve anlayışlı olmaya özen gösterin
- Hastanın anlayabileceği, nötr kelimelerle (argo, yargı vb. içermeyen) konuşun, sadece yaygın kullanımı varsa tıbbi kelimeleri tercih edin.
- Hasta anlamadığınız kelimeler kullanıyorsa, açıklattırmasını isteyin.
- Hastanın ne bildiğini değerlendirmek ve hastaya cinsel konuları açıklamak için anatomik çizimler kullanın.
- Olabildiğince basit, net ve spesifik açıklama yapın, hastanın ne anladığını mutlaka kontrol edin.
- Görüşmeyi genelden öze doğru ilerletin. Hastanın cevaplamakta zorlanacağı özel soruları görüşmenin ilerleyen bölümlerine saklayın.
- Görüşmede ön yargıdan sakının (cinsel yönelim, partner sayısı, cinsel olarak aktif olmama vb).
- Eğer bir çiftle görüşüyorsanız, cinsel öyküyü her bir partnerle yalnız konuşun.
- Eğer bir kadından cinsel öykü alan bir erkek hemşire iseniz, cinsel öykü alma sırasında başka bir kadının yanınızda bulunmasını sağlayın.
- Kültürel ve dini faktörlerin cinselliği etkilediğini unutmayın.

(Avasthi et al., 2017)

Hastalığın süregelen olmasına bağlı etkisiz aile içi baş etme	Aile desteğinde yeter-sizlik Sürecin yönetilme-sinde ailenin etkisiz olması Ailenin yanlış pekiş-tireçler kullanması	Birey aile içi etkin destek aldığını ifade edecek	- Güven ilişkisi kurulur - Kendini ifade etmesi için birey desteklenir Gereksinimlerini ve duygularını sözelleştirmesini artırmak için desteklenir Fiziksel şikayetlerine ve gerçek dışı taleplerine odaklandığında sınırlanır Fiziksel belirtilerine odaklanmayı azaltacak aktivitelere yönlendirilir Sosyal destek kaynaklarını etkin kullanabilmesi için desteklenir Rollerini yerine getirebilmesi, böylece fiziksel semptomlarına odaklanmaması için desteklenir Aile ile yapılan görüşmelerde ailenin farkında olmadan yaptığı pekiştireçler varsa aile fark etmesi için desteklenir
Hastalığın süregelen olmasına bağlı rol performansında değişim	Rollerini etkinb yerine getirememe Fiziksel hastalık varlığına odaklanma	Birey rollerini etkin şekilde yerine getirebilecek	Güven ilişkisi kurulur Kendini ifade etmesi için birey desteklenir Gereksinimlerini ve duygularını sözelleştirmesini artırmak için desteklenir Sekonder kazançları azaltmak için fiziksel semptomlara odaklanması azaltılır Duygusunu tanımlamasına ve ifadesine yardım edilir Tutarlı davranılır Sosyal destek kaynaklarını etkin kullanabilmesi için desteklenir Rollerini yerine getirebilmesi, böylece fiziksel semptomlarına odaklanmaması için desteklenir Baş etmesine ve işlevselliğinin artmasına odaklanılır Aile ile yapılan görüşmelerde ailenin farkında olmadan yaptığı pekiştireçler varsa aile fark etmesi için desteklenir

PSİKİYATRİK ACİLLER

AKIL NOTLARI

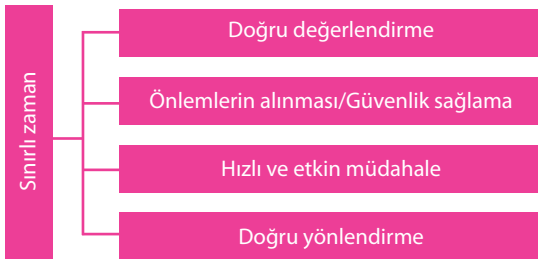
Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



Dr. Öğr. Üyesi Didem Ayhan

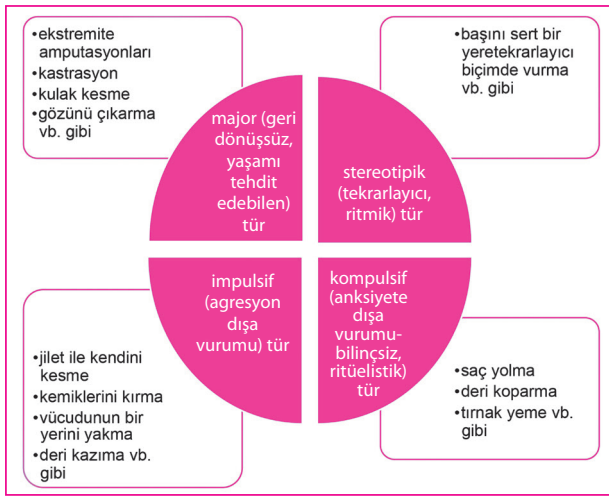
GİRİŞ

- Acil psikiyatrik durumlar; bireyin bilişsel fonksiyonları (düşünme, bilinç, oryantasyon, bellek, dikkat, algı, zekâ), duygulanımı ve motor hareketleri üzerinde meydana gelen akut değişiklikler ile karakterize, kendisi ya da çevresi için tehdit oluşturan ve/veya acil müdahale gerektiren durumlar olarak tanımlanabilir (Keskin, 2014; Parker, 2019). Bu durumlar oluştuğunda birey yetersiz veya kişisel sorumluluğunu üstlenemez haldedir (Thomson, Cross, Key, Jaye, & Iversen, 2013). Bireylerin, kronik ya da psikiyatrik hastalık mevcudiyeti, anksiyete eşiğinin düşük olması, primitif savunma düzeneklerini kullanılıyor olması, baş etme mekanizmalarının etkisiz ve immatür olması psikiyatrik aciller için ortaya çıkarıcı (presipitan) faktörleri oluştururken, stres, madde ya da alkol kullanımı, olumsuz yaşam olayları, ilaç yan etkileri, ilaç-ilaç/besin etkileşimleri, intoksikasyon yatkınlık oluşturan (predispozan) faktörlerdir. *Ayrıca bir olgu için ortaya çıkarıcı etkenin başka bir olgu için yatkınlık etkeni olabileceği unutulmamalıdır* (Bouveng, Bengtsson, & Carlborg, 2017).
- Suisid girişimi ya da diğer türde kendine zarar verme davranışı, eksitasyon ve saldırganlık, anksiyete ve panik, konversiyon psikiyatrik acil durumlar arasındadır ve sebep olan etmenin bilinmesi yol haritasının doğru çıkarılması açısından oldukça önemlidir (Sæbye, Høegh, & Knop, 2017).
- Bireyin ya da çevresinin yaşamını tehdit eden ya da zarar veren, yıkıcı davranışlarla ortaya çıkan psikiyatrik bakım ile doğrudan ilişki içinde olan acil durumların tümüne müdahalede yol haritasının ortak özellikleri şunlardır (Garriga et al., 2016)



(ölüm niyeti olmadan yapılan intihar girişimleri), kendine yönelik saldırganlık (otoagresyon) şeklinde ifade edilebilmektedir. Doku bütünlüğünü bozan ancak toplumsal kabul gören, kültürel ya da dini ritüelleri içeren davranışlar kendine zarar verme davranışı olarak kabul edilmemektedir (Barker, Kölves, & De Leo, 2014; Helvacı Çelik & Hocaoglu, 2016).

- Daha önce dürtü kontrol bozuklukları altında değerlendirilen kendine zarar verme davranışı Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı beşinci baskısında (DSM-5) 'kendine zarar verme öyküsü' klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar başlığı altındadır (Köroğlu, 2013). Çeşitli psikiyatrik bozukluklara eşlik eden kendine zarar verme davranışı başlı başına görülen bir davranış bozukluğu değildir. Özellikle b kümesi kişilik bozuklukları (histriyonik, antisosyal, borderline kişilik bozuklukları), anksiyete bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, madde kullanımı, depresyon ve diğer davranış bozukluklarına kendine zarar verme davranışının görülebildiği psikiyatrik bozukluklardır. Simeon ve Favazza (2001), kendine zarar verme davranışını 4 başlık altında sınıflandırmıştır (Simeon & Favazza, 2001):



- Bir bireyin kendine zarar verme davranışı olduğunu veya vermeye eğilimi olduğunu gösteren belirtiler (Helvacı Çelik & Hocaoglu, 2016; Ichimura et al., 2018; Simeon & Favazza, 2001):
 - Vücutta tekrarlayan yaralar
 - Geçmeyen, kapanmayan fiziksel travmalar
 - Tekrarlayıcı davranışların varlığı
 - Organ ve/veya doku kayıpları
 - Çaresizlik, umutsuzluk hissi
 - Nefret, korku, suçluluk, yalnızlık duygularının artması
 - Anksiyete varlığı
 - Saldırgan davranışlar
 - Problemlerinin üstesinden gelmede zorluk çekme

Başkalarına yönelik şiddet riski	Bir bireyin başkalarına karşı fiziksel, duygusal ve/veya cinsel olarak zararlı davranış gösterme eğilimi
Kendine yönelik şiddet riski	Bir bireyin kendine yönelik fiziksel, duygusal ve/veya cinsel olarak zararlı davranış gösterme eğilimi
Anksiyete	otonomik yanıtın eşlik ettiği belirsizlik, rahatsızlık ya da korku hissi.
Etkisiz uyaran kontrolü	İç veya dış uyaranlara karşı birey ya da başkalarını etkileyebilecek olumsuz sonuçları düşünmeden ani ve hızlı tepkiler gösterme örüntüsü
Etkisiz baş etme	Stres kaynaklarının doğru bir değerlendirmesini yapamama, uygulanan yanıtların yetersiz seçimi ve/veya mevcut kaynakları kullanamama
Sözel iletişimde bozulma	İşaret sistemini alma, işleme süreci, iletme ve/veya kullanma becerisinin azalması, gecikmesi ya da yokluğu.

(Herdman & Kamitsuru, 2018)

HEMŞİRELİK BAKIMI/GİRİŞİMLERİ

- Psikiyatrik acil durumlarda hemşirelik girişimleri, diğer psikiyatrik bakımların aksine önce müdahale ile başlayıp sonra hasta görüşmesi devam edebilir. Görüşmede mevcut yakınma ve nedenler üzerinde odaklanır. Psikiyatrik acil görüşme zaman kısıtlılığı dışında standart psikiyatrik görüşmeye benzerdir (Sæbye et al., 2017). Hasta bakımında ise öncelikle yapılması gereken ilk girişim güvenliğin sağlanması olmalıdır. Psikiyatrik acil durumlarda hastanın kendine ya da etrafındakilere zarar verme riskinin olduğu unutulmamalıdır (San et al., 2016). Müdahale basamakları sırasıyla personelin kendini güvende tutması, olabilecek zararları-riskleri hesaplama ve gerekli önlemleri alma, tıbbi tablonun sebep olabileceği organik sebeplerin değerlendirilip bunlara ilişkin müdahalelerin yapılması, organik sebepler dışlandıktan sonra mevcut durumun tanılanması şeklinde olmalıdır (McEwan et al., 2017).
- Mevcut durum tanılandıktan buna ilişkin hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Öncelikle
- Hasta ile sağlık personeli arasındaki mesafe ayarlanmalı
- Ortamda bulunan hastanın kendine ve çevresine zarar verebileceği objeler kaldırılmalı
- Hastanın yanında kalınmalı ve izlenmeli
- Hasta ile empatik ve destekleyici iletişim kurulmalı
- Soğukkanlı bir yaklaşımda bulunmalı
- Kısa, basit cümlelerle, sakin bir sesle konuşulmalı
- Hastaya her şeyin kontrol altında olduğu mesajı verilmeli
- Hasta sessiz, sakin ve uyarı az bir yere alınmalı
- Hastadan duygularını ve korkularını açıklaması istenmelidir.
- Hasta hastaneye isteği dışında getirilmişse iş birliği yapmak istemeyebilir. Hastanın iş birliği yapmasını sağlamak için kendisine karşı-ona rağmen

da akla getirilmelidir (Kocaman, 2017; Kocaman Yıldırım, Küçük, & Kayış, 2010; Russel, Daly, Hughes, & Hoog Co Co, 2003).

- Tedaviye uyum gösteren hastaların da hastalığı kabullendiği sonucuna varmak yanıltıcı olabilir. Bazı hastalar tedavinin pasif alıcısı olarak davranıp, diğer taraftan zihinleri kendine acıma ile meşgul olabilir. Fiziksel hastalıklar evrensel olarak narsistik bir yaralanma yaratır. Hastalığı kendine yakıştırmama, kendini zayıf, kusurlu, daha az arzulanan biri olarak algılamaya yol açabilir. Neden ben, bunun başıma gelmesi için ne yaptım sorularının yanıtı aranır. Kişinin ve çevresindekilerin hastalığın nedenini sigara kullanımı, riskli cinsel davranış gibi hastanın yaşam biçimine atfetmesi veya kişinin zamanında sağlık kurumuna başvurmamış olması ya da hastalık nedeniyle her zamanki rollerini yerine getirememesi gibi sebeplerle suçluluk, utanç hissedilebilir. Hastalığa veya tedavi yöntemine bağlı olarak aktivitelerin kısıtlanması, engellenmişlik, çaresizlik, güçsüzlük, yetersizlik, öfke yaratabilir. Hastaneye yatış esnasında, relokasyon (yer değiştirme) stresi sendromu, güçsüzlük, yalnızlık, durumsal düşük benlik saygısı, uykusuzluk gibi psikososyal sorunlar olasıdır. Hastalık öncesi mevcut stres kaynaklarına hastalığın ve hastane yatışının eklenmesi, stres yüklenmesine yol açabilir. İlgi, onay ve sevginin kaybedileceği endişesi, benlik saygısında azalma, ağrı-acı çekme, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneyeceği endişesi, beden imajında bozulma, vücut fonksiyonlarını veya bunlar üzerindeki denetimini kaybedeceği kaygısı, ilişkilerinde, rol ve işlevsellikte değişim, kontrol eksikliği, bağımsızlığını kaybetme ve ölüm korkusu hastanın baş etmesi gereken diğer psikososyal sorunlardan bazılarıdır. Tüm bu psikososyal sorunlarla baş etmede mevcut kaynakların yetersizliği veya kaynakların yetersiz olarak algılanması, kişinin kullandığı yöntemlerin maladaptif olması durumunda etkisiz baş etme ortaya çıkmaktadır (Tablo 2) (Ackley, Ladwig, & Flynn Makic, 2017; Amos & Robinson, 2010; Kocaman Yıldırım, 2010).

Tablo 2 • Hastalarda Ortaya Çıkabilecek ve Hemşirelik Müdahalesi Gerektiren Psikososyal Sorunlar

Psikososyal sorunlar	
Patolojik inkâr	Travma sonrası stres reaksiyonu
Anksiyete	Suçluluk
Korku	Değersizlik
Öfke patlamaları	Kişisel kontrolde azalma
Bilgi eksikliği	Benlik saygısında azalma
Güçsüzlük	Beden imajında bozulma
Abartılı bağımlılık veya bağımsızlık	Stres yüklenmesi
Duygudurumu düzenlemede bozulma	Manevi sıkıntı
Hastalığı kabullenememe	Yas - matem
Tedavi rejimine uyumsuzluk	Umutsuzluk
Uykusuzluk	Depresyon
Karar vermede çatışma	Aile içi ilişkilerde bozulma
Akut konfüzyon	Cinsel yaşamda değişim
Ölüm anksiyetesi	Yalnızlık
Sözel iletişimde bozulma	Sosyal etkileşimde bozulma
Etkisiz başetme	Sosyal izolasyon

Psikiyatri Hemşireliği

Akıl Notları

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnönü Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasımpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



9 789752 778153