

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

HEMŞİRELİK

DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI

Ankara, 2012

-
- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
 - Milli Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
 - **PARA İLE SATILMAZ.**

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|----|
| GİRİŞ | 1 |
| ÖĞRENME FAALİYETİ-1 | 3 |
| 1. DUYGU-DURUM BOZUKLUKLARI | 3 |
| 1.1. Duygu-Durum Bozukluklarında Klinik Şekiller..... | 4 |
| 1.2. Duygu-Durum Bozukluklarının Genel Nedenleri..... | 4 |
| 1.2.1. Biyolojik Nedenler..... | 4 |
| 1.2.2. Psikososyal Nedenler..... | 6 |
| 1.3. Depresif Bozukluklar..... | 7 |
| 1.3.1. Majör Depresyon | 7 |
| 1.4. Distimik Bozukluk..... | 8 |
| 1.4.1. Majör Depresyon ve Distimik Bozukluklarda Tedavi | 8 |
| 1.4.2. Majör Depresyon ve Distimik Bozukluklarda Hastaya Yaklaşım | 9 |
| 1.4.3. Majör Depresyon ve Distimik Bozukluklarda Koruyucu Tedbirler | 10 |
| 1.5. Bipolar (iki Uçlu) Bozukluklar | 11 |
| 1.5.1. Manik Döneme Ait Belirtiler..... | 11 |
| 1.5.2. Bipolar Bozukluğun Tedavisi | 12 |
| 1.5.3. Bipolar Bozuklukta Alınacak Diğer Tedbirler..... | 13 |
| ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME | 15 |
| ÖĞRENME FAALİYETİ-2 | 17 |
| 2. ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR..... | 17 |
| 2.1. Şizofreni..... | 17 |
| 2.1.1. Etiyolojisi (Oluş Nedenleri)..... | 17 |
| 2.1.2. Şizofrenide Belirtiler, Şizofreni Tipleri ve Hastalığın Seyri | 18 |
| 2.2. Sanrılı Bozukluklar, Tedavisi ve Hemşirelik Yaklaşımı | 20 |
| 2.3. Şizofrenifrenik Bozukluklarda Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımları | 21 |
| ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME | 23 |
| DEĞERLENDİRME | 24 |
| CEVAP ANAHTARLARI..... | 25 |
| KAYNAKÇA | 26 |

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Ruh sağlığı yerinde olan birey kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içerisinde. Çeşitli faktörlere bağlı olarak bu denge bozulabilir.

Hastada organik duğu durum bozukluklarına yol açan çeşitli nedenler vardır. Bu nedenler, bireysel veya toplumsal yaşam alanlarında verimli ve sağlıklı olmasına engel teşkil edecektir.

Hemşire, hastada görülebilecek bu sorunları tanıması ve bilinçli yaklaşım ve bakım vermesi oldukça önemlidir.

Bu bilgiler doğrultusunda hazırlanan modül aracılığıyla, hastada organik duğu durum bozukluklarına yol açan nedenler, klinik şekilleri, depresyon çeşitleri, tedavisi bipolar bozukluklar, tedavisi bunlardan korunma yolları, önerileri ve yaklaşım ilkelerine yönelik bilgi ve beceri edineceksiniz. Böylece bilinçli sağlık elemanı olma yolunda bir adım atmış olacaksınız.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

AMAÇ

Duygu durum bozukluklarını ayırt edebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Organik duygu durum bozuklukları klinik şekillerini araştırınız. Araştırmanızı arkadaşlarınızla paylaşınız.
- Organik duygu durum bozukluklarının genel nedenlerini araştırınız. Araştırmanızı görsel sunu haline getirerek sınıf ortamında sununuz.

1. DUYGU-DURUM BOZUKLUKLARI

Duygu durum bozuklukları başlığı Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından kullanılan bir başlıktır. Önceki yıllarda “Duygulanım (Affektif) Bozuklukları” başlığı ile tanımlanmaktaydı. Ancak “duygulanım” ve “duygu durum” sözcüklerinin tanımları değiştikten sonra bu bozukluk grubu duygu durum bozuklukları başlığı olarak nitelendirilmektedir. Bu nedenle öncelikle duygu durum ve duygulanımın tanımlamalarının yapılması yerinde olur.

- **Duygulanım (affekt):** Bireyin olaylara, anılara, düşüncelere neşe, öfke, üzüntü, keder gibi duygusal tepkimelerle katılabilme yetisidir. Duyguların gözlenebilen, olay sırasındaki, kısa süreli duygusal dışa vurumdur. Yüz görünümü, mimikler ve sözel olarak dışa vurulur.
- **Duygu durum (mood):** Bireyin bir süre belli bir duygulanım içinde bulunuşudur. Kişinin iç duygusal durumudur. Başkalarınca gözlenebilir, kendi tarafından anlatılabilir, yaygın ve kalıcı bir durumdur. Kişinin dünyayı algıladığı renkler olarak da tanımlanabilir.

Ayrıca insanda duygu durumu 5 ana başlık altında toplanır:

- Normal duygu durumu: belli sınırlar içerisinde dalgalanmalar ve değişmeler gösterir.
- Taşkın duygu durumu: duygularda neşelilik, coşma, aşırı öfke durumu vardır.
- Çökkün duygu durumu: duygularda üzüntü, elem ve hüznü durumu vardır.
- Sıkıntılı duygu durumu: duygularda sıkıntı ve bunaltı mevcuttur.

- Uygunsuz duygulanım (şizofreni): Küntleşme ya da uyararla bağdaşmayan duygulanım biçiminde görünür.
- Duygulanımı bir benzetmeyle tanımlayacak olursak duygulanım için “hava durumu”, Duygu durum için “iklim” benzetmesini yapabiliriz. Duygu-durum bozuklukları geçmiş dönemde affektif bozukluklar ya da manik depresif bozukluklar olarak adlandırılmıştır.

Duygu-durum bozuklukları çoğunlukla çökkünlük (depresyon) ile karakterize bozukluklardır. Genellikle atak ve remisyonlarla (hastalık belirtilerinin sönmesi) seyreder. Remisyon döneminde hastanın faaliyetleri normaldir ve duygulanımda anormal belirti olmaz.

1.1. Duygu-Durum Bozukluklarında Klinik Şekiller

Duygu-durum bozukluklarının dönemleri depresif epizod, manik epizod, hipomanik epizod ve mikst epizod adları verilen duygu-durum dönemlerinin bir veya birden fazlasının birlikteliği ile değişik şiddetlerde seyreder.

- **Depresif epizod:** Bütün faaliyetlere karşı ilgi kaybının ve eskisi gibi zevk almamanın hâkim olduğu en az iki hafta süren bir dönemdir. Bu dönem erişkinlerde keder, üzüntü ile birlikteyken ergen ve çocuklarda irritabilite ile seyreder.
- **Manik epizod:** Mani olağan dışı kabarmış, coşkulu ruh hâlidir. Benlik saygısında abartılı kabarma, uyku gereksiniminde azalma, yüksek sesle ve basınçlı konuşma, fikir uçuşmaları, dikkat dağınıklığı, amaca yönelik etkinliklerde artma, psikomotor aktivite artışı ve engellenince öfke patlamaları klinik belirtileridir.
- **Mikst epizod:** En az bir hafta süren hem depresif hem de manik epizod belirtilerinin bir arada olduğu dönemdir. Hızla değişen duygu-durum hâli vardır.
- **Hipomanik epizod:** Belirtiler en az dört gün sürer ve maniye benzer. Daha düşük şiddetli semptomlar görülür. Maninin tersine, kişiler halüsinasyon yaşamazlar. Hipomani iyi işlevsellik, artmış üretkenlik ve daha az bozuklukla seyrettiği için kişiler çoğu zaman herhangi bir sorun olduğunu kabul etmezler. Tedavi edilmediğinde hipomani artarak maniye gidebilir ya da depresyona kayabilir.

1.2. Duygu-Durum Bozukluklarının Genel Nedenleri

Günümüzde biyolojik ve psiko-sosyal nedenler olarak 2 ana başlıkta incelenmektedir. Bu etkenlerin birbirlerini etkileyerek bozukluğa yol açtıkları düşünülmektedir.

1.2.1. Biyolojik Nedenler

Duygu durum bozukluklarında üzerinde en çok üzerinde durulması gereken hormon içeren uyarıcı ve taşıyıcılardır.

- **Biyolojik aminler (organik bileşikler):** Duygu durum bozukluklarında söz edilen taşıyıcılar (nörotransmitterler) serotonin, noradrenalin ve dopamindir.): Genel olarak depresyonda bu aminlerin azaldığı, manide ise arttığı düşünülmektedir. Ayrıca nörotransmitterlerin düzeylerindeki değişikliklerden çok alıcı sinir uçlarının etkinliği ve bu sinir uçlarının duyarlılığındaki değişikliklerinde duygu durum bozukluklarına yol açtığından söz edilmektedir.
- **Nöroendokrin sistemler** (merkezi sinir ve hormon sistemlerinin birleşimi): Özellikle depresyonda, hipotalamus-hipofiz-adrenal aksında (eksen), tiroid aksında, büyüme hormonu ile ilgili aksta sorun olduğu gösterilmiştir. Özellikle adrenal akstaki bozukluğa önem verilmektedir. Adrenaldeki kortizol salınımı normal kişilerde sabah saatlerinde artar, akşama doğru düşer. Depresyonlu olgularda ise akşam saatlerinde artış gözlenir.
- **Genetik:** Yapılan aile çalışmaları, özellikle bipolar bozukluk olmak üzere duygu durum bozukluklarında genetik geçişin oldukça önemli olduğunu düşündürmektedir. Bipolar bozukluğun ortaya çıkışında farklı mekanizmalar üzerinde durulmaktadır. Genetiğin rolü aile çalışmaları ile gösterilmiştir.
- **Beyinde yapısal bozukluklar:** Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında duygu durum bozukluklarında beynin ön bölgesinde ve beyinciğin üzerinde yer alan bir bölge olan kaudat çekirdekte küçülme, frontal kortikal kan akımında azalma, Beyinde ventriküllerde (özellikle kalp ve beyin içindeki boşluklara verilen latince ad) genişleme gözlenmektedir.
- **Uyku bozuklukları:** Özellikle uyku EEG'sinde bazı değişiklikler gözlenmektedir. REM latansında (hızlı göz hareketleri evresi) kısalma, uyku başlangıcında REM yoğunluğunda artış, ilk REM periyodunun uzaması, uyku başlangıcının gecikmesi ve delta uykusunun azalması gibi değişiklikler görülür. Özellikle REM latansındaki kısalma depresyona yatkınlık göstergesi olarak ele alınmaktadır.
- **Biyolojik beden saati hipotezi** (sirkadiyen ritm): Depresyonda uyku-uyanıklık ritminde ve beden ısısı düzenlenmesinde bazı bozukluklara rastlanmış olması bu hipotezin öne sürülmesine neden olmuştur. Duygu durum bozukluklarının mevsimsel özellikler göstermesi, döngüsel oluşu, uyku bozukluklarının bulunuşu, biyolojik beden saatini düzenleyen melatonindeki (vücudun doğal olarak ürettiği, karanlıkta uykunun gelmesini sağlayan hormondur) değişikliklerin gösterilmesi bu varsayımı desteklemektedir.



Resim 1.1: Duygu durum bozukluklarında biyolojik nedenler ve psikososyal nedenler etkili olması

1.2.2. Psikososyal Nedenler

Psiko sosyal nedenlerde duygu durum bozukluklarında önemlidir. Bunlar:

- **Yaşam olayları:** Yaşam olayları ve çevresel stres etkenlerinin duygu durum bozukluklarında özellikle ilk atakta etkili oldukları, nörotransmitter düzeylerinde değişikliklere neden olarak daha sonraki ataklara yol açtığı düşünülmektedir. Ayrıca erken yaştaki kayıp ve ayrılıkların ileri yaşlarda depresyona yatkınlık oluşturduğundan söz edilmektedir.
- **Hastalık öncesi kişilik:** Özellikle bağımlı, takıntılı, genellikle kimseyi incitmemeye eğilimli, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, mükemmeli arayan onurlarına düşkün öfke durumlarını dışarı vuramayan, öz-saygıları ve öz-güvenleri için çevreden gelecek narsistik desteklere ihtiyaç duyan kişiler, çevreden bu açıdan yeterli destek alamadıklarında depresyona daha yatkın hâle gelirler.
- **Psikoanalitik kuram:** Psikoanalitik kurama göre depresyonda bir sevgi nesnesi kaybı söz konusudur. Yaşamın erken dönemlerinde bozuk anne-çocuk ilişkisi nedeniyle sevgi nesnesine karşı ikili duygular (ambivalans; sevmek-nefret etmek gibi) gelişmiştir. Bu sevgi nesnesi özsever desteklerin sağlandığı bir nesnedir. Aynı zamanda bu kişiler katı-acımasız, cezalandırıcı üstbenlikleri (süperego) olan kişilerdir. Herhangi bir nedenle (bilinçdışı ya da gerçek) bu nesneye karşı bir kayıp duygusu yaşandığında, kayıptan doğan gerginliği azaltmak için sevgi nesnesi içe atılır. Sevgi nesnesine karşı olan ikili duygular kişinin kendisine yöneltilir. Böylece kişinin özsaygısı azalır, kendini değersiz ve suçlu görmeye başlar, depresyon gelişir.
- **Benlik (ego) psikolojisi:** Bu kurama göre benliğin 3 alanda özsever amaçları vardır. Bunlar; değerli ve sevilen biri olmak; güçlü ve üstün olmak; iyi ve seven olmaktır. Eğer yaşamda bu istekler gerçekleştirilemezse, engellenirse benlik kaygı ve çatışmaya girer. Bu özsever engellenme sonucunda özsaygı düşer ve depresyon gelişir.
- **Bilişsel (kognitif) kuram:** Çocukluk çağında yaşanan deneyimler sonucunda oluşan bazı temel düşünce ve inanç sistemleri kişinin erişkin yaşamında kendine, dünyaya bakışını ve davranışlarını biçimlendirir. Bu düşünce ve inançlar katı, değişime karşı dirençli ve aşırılık özelliklerini taşırlar. Bu katı düşünce ve inançlar bilişsel hatalar ve çarpıtmalar sonucunda olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkar. Dünyaya, kendine ve geleceğe karşı ortaya çıkan bu olumsuz bilişsel üçlü depresyon gelişimine neden olur.
- **Davranışçı kuram:** Erken yaşam dönemindeki deneyimlerle kişiler çeşitli davranış biçimlerini öğrenirler ve kendi yaşamlarında uygularlar. Bu kurama göre depresyon bir öğrenilmiş çaresizlik durumudur.
- **Tutuşturma (kindling) modeli:** Bu modele göre; bir nöronun tekrarlayıcı bir şekilde eşik altı olarak uyarılması, er geç bir aksiyon potansiyeli oluşturacaktır. Bu modelin duygu durum bozukluklarına yansımada; yaşam boyu karşılaşılan biyolojik ve psikolojik streslerin tek başına bir duygu durum bozukluğu yaratmaya yetmese de, beyindeki nöronların uyarılma eşiklerinin zamanla düştüğü ve yaşanan bir travmanın da tetikleyici olduğu şeklindedir.

1.3. Depresif Bozukluklar

Depresif bozukluklar değişik şekillerde sınıflandırılır. En çok bilinen depresif bozuklukların ağır formu majör depresyon ve distimik bozukluklardır.



Resim 1.2: Depresyon durumu

1.3.1. Majör Depresyon

Manik, hipomanik veya mikst bir epizod olmadan seyreder. Duygularda güvensizlik, karamsarlık ve çöküntünün oluşması düşünce ve hareketlerdeki yavaşlama ile uyumludur.

Depresif bozukluk yüksek mortalite ile seyreder. Her yaşta başlayabilir. Ortalama başlangıç yaşı 20"li yaşların ortalarıdır. Majör depresyonda vakaların 2/3 tamamen iyileşir, 1/3"ü ise kısmen iyileşir ya da hiç iyileşmeyebilir. Majör Depresif Bozukluğun (MDB) Ülkemizdeki yaygınlığı %10 dolayındadır. Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazladır. Başlama yaşı 20-50 arasında ortalama 40 yaşları dolayındadır.

Depresyon oluşumunda genetik faktörlerin ve kişilik yapısının da rolü olduğundan yukarda bahsettik. Genellikle ağır bir psiko sosyal streten sonra ortaya çıkabilir, özellikle ilk epizodlarda stresör önem taşımaktadır. Majör depresyon geçirenlerin birinci derecede akrabalarında depresif bozukluk genel topluma göre 1,5-3 kat yüksektir. Genetik ve psikososyal faktörlerin yanı sıra biyokimyasal faktörlerinde (dopamin, seratonin, norepinefrin gibi biyojenik maddelerin düzeyindeki değişiklikler) depresyon oluşumunda rolü olduğu düşünölmektedir.

1.4. Distimik Bozukluk

Kronik depresif bir bozukluktur. Kronik seyir içerisinde semptomsuz dönem olmakla birlikte semptom şiddeti dalgalanma gösterebilir. Tanı koymak için en az 2 yıl süreyle yaklaşık gün boyu süren depresif duygu-durumunun saptanması gerekir.

Depresif belirtiler hafif, orta ve ağır derecelerde ortaya çıkabilir. Semptomlardan beş veya daha fazlasının görülmesi, en az iki hafta devam etmesi ve kişinin normal biçimde yaşamını devam ettirememesi hâlinde depresif bozukluk tanısı konulur.

- Hastada görülen Depresif belirtiler şunlardır:
 - Sürekli üzüntü, keder, endişe veya boşluk duygusu,
 - Umutsuzluk ya da karamsarlık,
 - Uyku bozukluğu ya da çok uyuma,
 - Sık sık nedensiz ağlama nöbetleri,
 - İştah kaybı ya da çok yeme,
 - Daha önce hoşlandığı etkinliklerde zevk almama ya da ilgi kaybı,
 - Huzursuzluk, cinsel isteksizlik,
 - Dikkatini toplayamama veya bir konu üzerinde yoğunlaşmama,
 - Hatırlama ve karar vermede güçlük,
 - Enerji kaybı, bitkin ya da yavaşladığını hissetme,
 - Fiziksel hastalık ya da yaralanmadan kaynaklanmayan fiziksel semptomlar (kronik ağrı veya sindirim sorunları vb.)
 - Ölüm veya intihar düşünceleri, intihar girişimleri,
 - Suçluluk, değersizlik ya da çaresizlik duyguları,
 - Şiddetli depresyonda varsanılar görülebilir.

Depresyonda hastaların yarısı, semptomlarının gün içerisinde değişiklik gösterdiğini söyler, sabah saatlerinde semptom şiddeti daha yüksektir. Öğleden sonra birçok hasta kendini iyi hissedebilir. Ayırıcı tanıda genel tıbbi durum, madde kullanımı, depresif duygu-durum ile giden uyum bozukluğu, demans vb. durumlarda da depresyon belirtilerinin ortaya çıkarabileceği unutulmamalıdır.

1.4.1. Majör Depresyon ve Distimik Bozukluklarda Tedavi

Depresyon genellikle yineleyen ve bazen kronikleşen bir hastalıktır. Oluşumunda etkili olduğu düşünülen sorun alanlarının belirlenmesinden sonra ilaç tedavisi yanında bireysel psikoterapi tedavinin başarısı için önemlidir.

Tedavide uygulanan 3 temel yöntem vardır: Psikoterapi, İlaç tedavisi Elektrokonvulsif tedavi (EKT)'dir. Bu tedavi yöntemlerinden hangisinin ya da hangilerinin uygulanacağına tedaviyi üstlenen hekim karar verir.

Hafif depresyon geçiren hastalar için psikoterapi yeterli iken daha ağır durumdakiler psikoterapi ile birlikte ilaç tedavisi görebilir.

Antidepresanlar kısa sürede etkili olabilir iken psikoterapi hastalıkla başa çıkamamanın yollarını arama açısından önemlidir.

Çok ağır depresyon geçiren bu nedenle hayatı tehlikede olan ya da antidepresanlara yanıt vermeyen hastalar için EKT uygun olabilir.

Psikoterapi: Psikolojik sıkıntıları olan kişilerin sıkıntılarının ne olduğunu anlamaları kökenleri hakkında bir iç görüş kazanmaları ve bunlara uygun çözüm yolları bulmaları için öneriler getiren her türlü profesyonel yardım yöntemlerini içerir. Psikoterapide hedefler şunları içerir.

- Kişinin semptomlarında ya da çevreyi değiştirerek kendisini iyi hissetmesini sağlamaya yönelik girişimlerde bulunmak,
- Ailevi sistemi değiştirmeye yönelik girişimlerde bulunmak,
- Genel sistemleri derinde yatan çatışmaları çözmeyi hedeflemek,
- Kişinin düşüncelerini değiştirmeye çalışarak iyileşmesini sağlamaktır.

Depresyonda ilaç tedavisi: Depresyon tedavisinde ilk adım doğru ilaç seçimidir. Hasta ilacın yan etkilerini ve tedavi edici etkisinin ne zaman ortaya çıkacağı (süre 2-4 haftadır.), tedavinin ne kadar süreceği ile ilgili bilgilendirilmelidir.

Tedavi ilk depresif epizodu geçirenlere 6 ay ile 1 yıl ,3 yıldan daha az aralıklarla yineleyen depresyon öyküsü olanlarda 3-5 yıldır sık yineleyen depresif epizodu olanlarda ömür boyu sürebilir.

EKT (Elektrokonvülsif tedavi): Kolaylıkla medikal tedavilere yanıt vermeyen ya da intihar riski çok yüksek olan depresyonun bazı türlerinde kullanılmaktadır. Antidepresanlara direnç gösteren hastalarda depresyonun şiddeti ağırsa ve intihar riski ya da yaşamsal riski varsa EKT önemli bir tedavi aracıdır.

- EKT ile depresyon epizodu atlatılabilir ama ilaçla da takip edilir.
- EKT anestezi halinde kaslar gevşetilerek uygulanır.
- Uygun özel bir hazırlıkta EKT etkin ve güvenli olarak yaşlı ve gebelerde uygulanabilir.

EKT nedeni ile ölüm riski, genel anestezi alan hastalardaki ölüm riski ile aynıdır. Bu konudaki tahminler %0 ile %0.1 arası değişmektedir.

EKT ile depresyon hızla iyileşebilir ama depresyonun nüks etmesini önleyemez.

1.4.2. Majör Depresyon ve Distimik Bozukluklarda Hastaya Yaklaşım

Majör depresyon ve distimik bozukluklarda hastaya yaklaşımda;

Aile bireylerine ve hastayla iletişim içinde olan kişilere, hastanın durumuna ilişkin bilgi verilmeli, hekim, psikiyatrist, psikolog, hemşire vb. sağlık ekibiyle iletişim içinde

olunmalıdır, Hastanın ilaç kullanımına dikkat edilmeli, ilaçlarını yuttuğuna emin olunmalı, ilaçların yan etkileri iyi gözlenmeli, yan etki görülürse zamanında doktora haber verilip gerekli önlemler alınmalıdır,

- Hastalıktan kendini sorumlu tutma, kendini suçlama, hastanın sorumluluğunu üstlenme gibi nedenlerle ailede de depresyon için koruyucu tedbirler alınmalıdır. (Bu durumda aile terapisi yarar sağlar.),
- Anne, baba ve hastaya bakan kişilerin hastalığa ilişkin algı ve tutumlarını tanımaya çalışılmalıdır,
- Doktorun önerilerine uyulmalı, bu öneriler doğrultusunda tutum ve davranışlar geliştirilmelidir,
- Hastaya karşı önyargılı olunmamalı, yargılayıcı davranılmamalı ve olduğu gibi kabul edilmelidir,
- Ev ortamı hastanın aktivitelerini ve mobilitesini arttıracak ve bağımsız kılacak şekilde düzenlenmeli, tehlikelerden hastayı koruyacak gerekli tedbirler alınmalıdır,
 - Toplumdan soyutlanmamalı ve zevk alacağı etkinliklere katılımı sağlanmalıdır,
 - Hasta hastanede yatmıyorsa kontrollere düzenli gitmesi sağlanmalıdır
 - (Psikoterapiler genellikle anksiyete ve depresyonu azaltmada, yaşam kalitesini yükseltmede, kendini iyi hissetme halinin artmasında yararlı olur.),
 - İntihar riski açısından dikkatli davranılmalı ve gözlemlenmelidir. Güvenli bir ortam oluşturulmalıdır.

1.4.3. Majör Depresyon ve Distimik Bozukluklarda Koruyucu Tedbirler

Majör depresyon ve distimik bozukluklarda koruyucu tedbirler şunlardır:

- Arkadaşlarınız, aile bireyleri veya eşinizle (şayet varsa) rahatsızlığınızı zaman geçirmeden paylaşın,
- Mümkün olduğunca düzenli uyku uyuyun,
- Alkol ve uyuşturucudan uzak durun,
- İşte ve evde stresinizi azaltın,
- Düzenli beslenin,
- Düzenli egzersiz yapın,
- Nefes egzersizleri yapın,
- Öfke ve depresyon (çökkünlük) gibi duygularla teker teker başa çıkmayı öğrenin,
- Günlük rutinlerinizi belirleyin.
- İşlerinizi biriktirmemek ve ertelememek size mutlaka yararlı olacaktır. Bu sayede mani veya depresyon dönemlerini tetikleyen potansiyeli de ortadan kaldırmış olursunuz.

1.5. Bipolar (iki Uçlu) Bozukluklar

Manik-depresif hastalık olarak da bilinen bipolar bozukluk, ciddi bir duygu-durum bozukluğudur. Kişinin duygu-durumu, maniden depresyona aşırı “iki uç” arasında değişebilmektedir. Manik atak sırasında, kişi aşırı mutlu ya da iritabl olurken depresif atak sırasında son derece üzgün ve kendini umutsuz hisseder. Ataklar arasında kişinin duygu-durumu normal olabilir. Duygu-durumdaki bu değişimler saatler, günler, haftalar ya da aylarca sürebilir. Sağlıklı kişilerdeki normal iniş ve çıkışların tersine, bu duygu-durum dalgalanmaları şiddetli ve yaşamı tehdit edici olabilir.

Manik dönemde varsanlar ya da sanrılar gibi psikotik belirtiler görülebilir. Atakların şiddeti, tipi, sıklığı ve süresindeki farklılıklar bipolar bozukluğun derecesini belirler.



Resim 1.3: Manik-depresif (bipolar bozukluk) durum

1.5.1. Manik Döneme Ait Belirtiler

Manik döneme ait belirtiler şunlardır:

- Olağan dışı biçimde artmış yüksek veya coşkulu duygular ya da aşırı iritabilite,
- Artmış enerji ve aktivite, fikir uçuşmaları ve hızlı konuşma,
- Dikkatin kolaylıkla dağılması,
- Yorgunluk hissetmeksizin uyku gereksiniminde azalma,
- Kimsenin yapamayacağı işleri yapacağını düşünmesi ve kendi yetenekleri ve güçlerine gerçek dışı inanç (abartılı özgüven ve dayanaksız iyimserlik),
- Yargı yetisinde bozulma, aşırı para harcama, gereksiz riskler alma, aceleyle büyük kararlar alma,
- Cinsel istekte artış,
- Başta kokain, alkol ve uyku ilaçları olmak üzere maddenin kötüye kullanımı,
- Rahatsızlık verici ya da saldırgan davranış,
- Aşırı hızlanma ve hareketlilik nedeniyle dağınıklık ve bitkinlik,
- Yetersiz beslenme, ileri durumlarda dehidratasyon

Bipolar bozukluklar, bipolar bozukluk I, bipolar bozukluk II ve siklotimik bozukluk olarak sınıflandırılır.

- **Bipolar I bozukluğu:** Depresyonla birlikte veya depresyon olmaksızın en az bir manik atak ya da karışık duygu-durum atakları ile karakterizedir. Manik epizodlar kimi zaman psikotik özellikler gösterebilir.
- **Bipolar II bozukluğu:** Hipomanik epizodlarla karakterizedir. Hastalar çevrelerinde şakacı, biraz aşırıya kaçan kişiler olarak görülür. Psikotik semptomlar tabloya eşlik etmez.
- **Siklotimik bozukluk:** Birbirini takip eden hipomanik ve depresif semptomlarla seyreden çok sayıda dönemlerle karakterize, kronik seyirli bir bozukluktur. Dönemler manik ya da depresif epizodları karşılayacak şiddette semptom içermez.

1.5.2. Bipolar Bozukluğun Tedavisi

Bipolar bozukluk sıklıkla depresyon dönemi ile başlamakta, manik dönemler sonraki yıllarda ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden hastalar doğru tanı ve doğru tedavi ile karşılaşana kadar yıllar geçebilir. Ancak erken tanı ve uygun tedaviyle okul, evlilik ve iş sorunları alkol/madde kullanımı İntihar girişimleri önlenebilir.

Her hastalıkta olduğu gibi teşhisin geç kalması atakların önlenmemesini ve tedaviyi zor ve karmaşık hale sokabilir. Ağır manik atakta hastaneye yatırılarak tedavi yapılmalıdır.

Bipolar bozuklukta tedavinde koruyucu tedavi ve yeniden hastalanmayı engellemeye dönük koruyucu tedavi esastır.

Tedavide uygulanan 3 temel yöntem vardır; Psikoterapi, İlaç tedavisi ve Elektrokonvulsif tedavi (EKT) dir.

Bu tedavi yöntemlerinden hangisinin ya da hangilerinin uygulanacağına tedavi ekibi karar verir.

- **İlaç tedavisi:** En önemli tedavi ilaç (lityum ve türevleri) tedavisidir. İki tedavi stratejisi vardır: İlk önce var olan hastalık döneminin (mani ya da depresyonun) tedavi edilmesi gerekir ve beraberinde hastalık yinelemesini önlemek için koruyucu tedavi planlanır.

Sadece hastalık dönemlerinin tedavi edilmesi yeterli değildir. Çünkü bipolar bozukluk tekrarlayan bir ruhsal bozukluktur. Bipolar bozuklukta tedavinin asıl amacı uygun ilaç kullanımının sağlanması ve yaşam şartlarının hastalık dönemlerini azaltacak şekilde düzenlenmesi önemlidir.

Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçlar hemen etkisini göstermez etki birkaç hafta sürebilir. İlaçların yan etkilerine karşı sağlık personeli ve hasta yakınları dikkatli ve gözlemci olmalıdır.

Koruyucu amaçlı kullanılan ilaçlar, bipolar bozukluğun belirtilerini kontrol etmekte en önemli ilaçlar duygu durum dengeleyicileridir. Bu ilaçlardan bazıları kan düzeyinde dengesizlikler yaptığı için en çok 6 ayda bir hasta kontrol edilmelidir. Kan düzeyi bakılacağı zaman özellikle son bir haftada eksik ya da fazla ilaç içilmediğinden emin olunmalıdır, (yoksa kan düzeyi doğru olmayacaktır.). Akşam hangi saatlerde ilaç alındıysa 12 saat sonra sabah açken kan verilmelidir. Sağlık personeli bu durumun takipçisi olmalıdır.

Lityum tedavisi başlarken böbrek ve tiroid işlevleri kontrol edilir. Kadın hastaların ilaç kullanırken hamile kalmaması gerekir. Hamileliğin özellikle ilk 3 ayında ilaçların bebek üzerine istenmeyen yan etkileri olabilir. Çocuk planlayan kadın hastaların mutlaka doktorları ile görüşmesi gerekir.

Lityumun günlük dozu doktor tarafından kan düzeyine göre ayarlanır. Lityumun zehirlenme belirtileri ve toksik etkilerine karşı sağlık personeli dikkatli olmalıdır. İlaç kullanımı konusunda hasta ve ailesi bilgilendirmelidir.

- **EKT (Elektrokonvülsif tedavi):** Kolaylıkla medikal tedavilere yanıt vermeyen ya da intihar riski çok yüksek olan hastalarda kullanılmaktadır.
- **Psikoterapi:** Psikolojik sıkıntıları olan kişilerin sıkıntılarının ne olduğunu anlamaları nedenleri hakkında bir iç görü kazanmaları ve bunlara uygun çözüm yolları bulmaları için öneriler getiren her türlü profesyonel yardım yöntemlerini içerir. Psikoterapide hedefler şunları içerir:
 - Kişinin yaşadığı çevreyi değiştirerek kendisini iyi hissetmesini sağlamaya yönelik girişimlerde bulunmak,
 - Kişinin düşüncelerini değiştirmeye çalışarak iyileşmesini sağlamak,
 - Ailevi sistemi değiştirmeye yönelik girişimlerde bulunmak,
 - Kişide derinde yatan çatışmaları çözmeyi hedeflemektir.

1.5.3. Bipolar Bozuklukta Alınacak Diğer Tedbirler

Bipolar bozuklukta alınacak diğer tedbirler şunlardır:

- Hastanın beslenmesine, sıvı-elektrolit dengesine, temizliğine ve fizyolojik işlevlerine özen gösterilmelidir. Uzun süreli tedavi, bakım ve koruyucu önlemler hastaya ve ailesine açıklanmalıdır.
- Bipolar bozukluğun tedavisi akut atak tedavisi ve idame tedavisi olarak iki farklı süreci içerir. Eğer manik ataksa, davranış kontrolü açısından, duyu durum düzenleyicinin yanına antipsikotikler ve/veya benzodiazepinler eklenebilir. Eğer depresif ataksa, düşük dozda antidepresan tedaviye eklenebilir. Fakat antidepresan ilaçların özellikle bu hastalarda manik atağı tetikleme riski olduğu için doz düşük tutulmalı, süre kısa olmalıdır. Burada hastayı takip eden hemşire ilaç etkileri konusunda dikkatli olması ve gecikmeden doktorla iletişime geçmelidir.
- Bipolar bozukluğun idame tedavisinde duyu durum düzenleyicileri kullanılır. Bu ilaçların özelliği, bireyin biyokimyasında yarattıkları özgül değişimler nedeniyle, çoğu hastada tekrar atağın ortaya çıkmasını önlemeye yöneliktir. Bu ilaçlar uzun süreli kullanılır ve ne zaman kesilecekleri hastaya göre bireyselleştirilerek verilecek bir karardır, fakat ömür boyu kullanılma ihtimali fazladır. İlaçların etkisi ve içeriği konusunda aile bilgilendirilmelidir.
- Mani nöbetlerinin kısa sürmesi, geç başlangıç, iyilik dönemlerinin uzun sürmesi, olumlu aile, iş ve uğraşı koşulları, madde alışkanlığının olmaması hasta ve hastalık tablosu için olumlu göstergeleridir. Bu tablo iyi

- değerlendirilmeli gerekirse ilaç dozları konusunda doktor değerlenmesi için hasta uygun şekilde yönlendirilmelidir.
- Son zamanlarda, bipolar bozuklukta bilişsel işlevlerdeki bozukluğu gösteren çok sayıda kanıt bildirilmektedir. Bunlar işlev bozuklukları, seçici dikkatte ve dikkati sürdürmede, anımsamada ve tanıma belleğinde, sözel öğrenmede, sözel akıcılıkta, tepki oluşturma zamanında, psikomotor ve yürütücü işlevlerde görülmektedir. Bu konuyla ilgili gözlemci olmalı aileye gerekli uyarılar yapılmalıdır.
 - Dikkat sürekliliği ile ilgili meşguliyet terapileri özellikle okuma okuduğunu anlatma önemlidir, bu konuda hastaya rehberlik yapılmalıdır.
 - Hasta kendisi ve benzeri hastalarla işbirliği içinde olacak şekilde dernek vb. yerlerde bulunmalıdır.
 - Hayatına son verme düşüncelerinin varlığı veya bu yönde plan yapması söz konusu olabilir. Bu konuda bakıma refakat eden hemşire/ aile dikkatli olmalıdır.
 - Kendine ve çevresine zarar verme eyleminde dikkatli olmalıdır.
 - Bu hastalar da kendi öz bakımında/beslenmede sorunlarla karşılaşılabilir bu durumda gerekli yardım yapılarak hastalık ve enfeksiyonlardan hasta korunmalıdır.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi, bireyin olaylara, anılara, düşüncelere neşe, öfke, üzüntü, keder gibi duygusal tepkimelerle katılabileme yetisidir?
A) Duygulanım
B) Depresyon
C) Duygu durum
D) Mani
E) Mizaç
2. Aşağıdakilerden hangisi, belli sınırlar içerisinde dalgalanmalar ve değişimler gösterir?
A) Taşkın Duygu durum
B) Çökkün Duygu durum
C) Sıkıntılı Duygu durum
D) Normal Duygu durum
E) Neşeli Duygu durum
3. Aşağıdakilerden hangisi en az bir hafta süren hem depresif hem de manik epizod belirtilerinin bir arada olduğu dönemdir. Hızla değişen duygu-durum hâli vardır?
A) Depresif epizod:
B) Manik epizod
C) Miksepizod
D) Hipomanik epizod
E) Unipolar epizod
4. Aşağıdakilerden hangisi duygu durum bozukluklarının psikososyal nedenidir?
A) Nöroendokrin Sistemler
B) Hastalık öncesi kişilik
C) Genetik
D) Biyolojik Beden Saati Hipotezi
E) Cinsiyet
5. Aşağıdaki kuramlardan hangisi “kişiler erken yaşam dönemindeki deneyimlerle çeşitli davranış biçimlerini öğrenirler ve kendi yaşamlarında uygularlar” cümlesini tanımlar?
A) Tutuşturma (kindling) Modeli
B) Bilişsel (kognitif) Kuram
C) Benlik (ego) Psikolojisi
D) Davranışçı Kuram
E) Öğrenme kuramı
6. Aşağıdakilerden hangisi, Manik, hipomanik veya mikst bir epizod olmadan seyreder?
A) Majör depresyon
B) Hipomani
C) Mani
D) Distimik bozukluk
E) Bipolar bozukluk

7. Aşağıdakilerden hangisinde, tanı koymak için en az 2 yıl süreyle yaklaşık gün boyu süren depresif duygu-durumunun saptanması gerekir?
- A) DepresyonHipomani
B) Mani
C) Distimik bozukluk
D) Uyku bozukları
8. Aşağıdakilerden hangisi, depresif belirtilerden **değildir**?
- A) Sürekli üzüntü, keder, endişe veya boşluk duygusu,
B) Umutsuzluk ya da karamsarlık,
C) Uyku bozukluğu ya da çok uyuma,
D) Rahatsızlık verici ya da saldırgan davranış
E) Öz bakım yetersizliği
9. Aşağıdakilerden hangisi, manik döneme ait belirtilerdendir?
- A) Olağan dışı biçimde artmış yüksek veya coşkulu duygular ya da aşırı irritabilite
B) Dikkatini toplama veya bir konu üzerinde yoğunlaşma
C) Hatırlama ve karar vermede güçlük
D) Enerji kaybı, bitkin ya da yavaşladığını hissetme
E) Çok uyuma
10. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi, kolaylıkla medikal tedavilere yanıt vermeyen ya da intihar riski çok yüksek olan depresyonun bazı türlerinde kullanılan tedavi yöntemidir?
- A) EKT (Elektrokonvülsif tedavi)
B) İlaç tedavisi
C) Psikoterapi
D) Fizik tedavisi
E) Aile terapisi

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

AMAÇ

Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları ayırt edebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Psikiyatri kliniğine giderek şizofren vakalarını gözlemleyiniz. Gözlemlerinizi arkadaşlarınızla paylaşınız.
- Sanrılı bozukluklarda hemşirelik yaklaşımı ile ilgili araştırma yapınız. Bu konu ile ilgili bir sunu hazırlayarak sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

2. ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

2.1. Şizofreni

Şizofreni algılama, davranış ve biliş (zihin) gibi ruhsal işlevin tüm bileşenlerini tutan ve genellikle ağır hasar yapan, gerek nedenlerin açıklanmasında gerekse tedavisinde henüz sorunlar bulunan önemli bir ruhsal hastalıktır.

Hipokrattan beri bu hastalığın tanımlanmasında hep güçlük çekilmiş, tarih boyunca hastalığa değişik adlar verilmiş, nedenleri çok değişik biçimlerde açıklanmaya çalışılmıştır. Örneğin modern psikiyatrinin önemli hekimlerinden Emil Kraepelin hastalığa “erken bunama” adını vermiştir. Şizofreni kavramı ise dağılmış zihin, bölünmüş kişilik gibi anlamlara gelir ki kavramı ilk kez 20 yüzyılın başında Eugen Bleuler kullanmıştır.

Toplumda ortalama %1 e yaklaşan görülme sıklığı ile nispeten yaygın olan, kadın ve erkeklerde aynı oranda görülen şizofreni, yalnızca psikiyatrinin değil tüm tıbbın ve hemşireliğin önemli sorunlarından biridir.

2.1.1. Etiyolojisi (Oluş Nedenleri)

Şizofreninin oluş nedeni ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre biyolojik ve psikososyal nedenler olarak ikiye ayrılmıştır.

- **Biyolojik Etmenler:** Hastalığın nedeninin organik olabileceği konusundaki ilk fikirler ailesel bir yatkınlık gösterdiğinin saptanması üzerine ortaya çıkmıştır. Genel nüfusta %1 olan şizofreni görülme sıklığı, anne veya babadan biri şizofreni ise %35-40'a çıkmaktadır. Bir şizofreni hastasının birinci derece akrabalarında şizofreni gelişme olasılığı % 8-10 dur. Tüm bunlar hastalıkta kalıtsal bir geçiş olabileceğini düşündürür.

Özellikle son yıllarda araştırma tekniklerinde gelişmelerle şizofreni hastalarının beyinlerinde yapısal bir değişiklik olduğu tezi ortaya atılmıştır. Fakat bu tez kanıtlanamamıştır. "Negatif şizofreni" denilen daha kötü gidişli, tedaviye yanıt vermeyen şizofreni hastalarının beyinlerinde yapısal bir değişiklik olduğu giderek kabul edilmiştir.

Şizofrenide organik bir nedenin bulunmasına yönelik en yoğun araştırmalar ise biyokimyasal niteliktedir. Bu konudaki çalışmalar daha çok beyin hücreleri arasındaki geçişi sağlayan dopamin, noradrenalin, serotonin gibi aracı maddelerin (nörotransmitter) nicelik ve işlevlerinde bir bozulma olabileceği doğrultusundadır.

b) Psikososyal Etmenler: Şizofreniyi psikososyal olarak incelemeye yönelik birçok araştırmacı, aile içi ilişkiler ve anne baba özellikleri üzerinde durmuşlardır. Theodor Lidz gibi kuramcılar şizofrenik ailelerde bir yarıma olduğundan söz etmişlerdir. Yarıma ile anlatılmak istenen; ebeveynlerden birisinin ailede çok egemen, diğerinin ise bağımlı ve edilgen oluşudur. Bazı araştırmacılar şizofreniklerin çocukluklarında ebeveynlerinden sürekli çifte mesaj aldıklarından çelişkiye düştüklerini ve iletişimsizliği seçtiklerini belirtmişlerdir. Bazı araştırmacılar da şizofrenik ailelerdeki yalancı sevgi ve yalancı birlikteliğin üzerinde durmaktadırlar.

Günümüzde her iki etmeninde hastalığın gelişiminde bir arada rol oynadığını kabul eden çok etmenli (multifaktöriyel) yaklaşım ağırlık kazanmaktadır.

2.1.2. Şizofrenide Belirtiler, Şizofreni Tipleri ve Hastalığın Seyri

Bleuler, bir hastaya şizofreni diyebilmek için "dört A" belirtilerini göstermesi gerekir.

"Dört A" belirtileri:

- İçer kapanma (autizm),
- Çağrışım bozukluğu (association),
- Duygusal küntlük (affect) ,
- Karşıt duygulanım'dan (ambivalence) oluşur.

Bir hastaya şizofreni diyebilmek için en az bir hafta süre boyunca aşağıdaki aktif evre belirtilerinden en az ikisi olmalıdır.

Bu aktif belirtilerin yanı sıra aşağıdaki belirtilerden de en az ikisinin olması ve bunun en az altı ay sürmesi gerekir.

- Sanrılar
- Belirgin varsanılar
- Enkoherans ya da çağrışımlarda belirgin dağınıklık
- Katatonik davranış
- Donuk ya da ileri derecede uygunsuz duygulanım

Ayrıca bu aktif evre belirtilerinin yanısıra hastanın duygulanım, mesleki, sosyal ilişkiler ve kendine bakımda belirgin bir azalma olması gerekir.

Yukarıdaki aktif evre belirtileri şizofreni tanısı koymak için yeterli değildir. Aynı zamanda aktif evreden önce (prodromal) veya sonra (reziduel) ortaya çıkan belirtilerin en az ikisinin en az altı ay sürmesi gereklidir. Prodromal veya reziduel belirtiler şöyle sıralanabilir;

- Belirgin bir şekilde toplumdaki uzaklaşma
- Üstlenmesi beklenen toplumsal rolü sürdürmemesi
- Kendi kendine konuşma, çöp toplama gibi ileri derecede tuhaf davranışlar gösterme
- Öz bakım yetersizliği
- Künt veya uygunsuz duygulanım
- Konu dışı, belirsiz, aşırı ayrıntılı konuşma ve konuşma içeriğinde yoksunluk
- Davranışları etkileyen ve kültürel uyumlarla ilgili olmayan tuhaf inanışlar (gayıpten haber vermeye inanma vs.)
- Gerçekte var olmayan bir gücün veya kişinin varlığını hissetme gibi olağan dışı algısal yaşantılar
- Girişim gücünde azalma ya da enerji eksikliği

Eğer bu belirtiler 6 aydan daha kısa sürede iyileşirse bu hastalara şizofreni yerine “şizofreniform bozukluk” tanısı konur.

Şizofreni tipleri 4'e ayrılarak incelenir. Bunlar;

➤ **Katatonik Tip**

- Katatonik stupor (çevreye karşı az tepki gösterme ve az hareket etme) ve mutizm (konuşmama),
- Katatonik negativizm (hareket ettirmeye yönelik tüm komutlara veya girişimlere hareketsiz direnç gösterme),
- Katatonik eksitasyon (açıkça amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen eksite motor davranış),
- Katatonik rijidite (hareket ettirmeye yönelik çabalara karşı katı pozisyonun sürdürülmesi),
- Katatonik postür (uygunsuz veya anlamsız duruş biçimlerini almayı, ısrarla sürdürme)

➤ **Desorganize tip (hebefrenik)**

- Enkoherans çağrışımlarda belirgin dağınıklık ya da ileri derecede sapma ve amaçsız davranış,
- Donuk ya da uygunsuz duygulanım,

➤ **Paranoid tip:** Hastada bir veya birden çok sistemde sanrı veya tek bir tema ile ilişkili varsanılar vardır. Diğer şizofreni belirtileri görülmez.

➤ **Ayrışmamış tip:** Hastada tüm belirtiler şizofreni tanısı koymak için yeterlidir. Ancak hastanın klinik tablosu yukarıdaki klinik tiplerinden hiç birisine uymamaktadır.

Şizofreni farklı seyirlerde görülebilir. Bazı hastalarda belirtiler düzelmeden hızlı bir yıkım yaparlar. Bazen hastada kendiliğinden veya tedavi ile düzelme (remisyon) olur. Ama çoğu kez hastalık, düzelme ve alevlenmelerle yıllarca sürer. Hastalık tekrarladıkça kronikleşme olasılığı artar. Hastaların %30-40'ı aile, iş ve toplumsal uyumlarını sürdürebilir.

- Şizofrenide düzelmeyi olumlu yönde etkileyen etmenler:
 - Başlangıcın ani olması ve başlangıç üzerinde çevresel etmenlerin rolünün bulunması,
 - Aile ortamının sağlıklı oluşu ve kalıtımsal yükün fazla olmaması,
 - Hastalık öncesi aile, iş ve toplumsal yaşamda iyi bir uyumun olması,
 - Ailenin hastadan beklenti düzeyinin yüksek olmaması, aile desteğinin iyi olması ve ailenin tedavi ekibi ile uyumlu ve yakın ilişki içinde bulunmasıdır.

2.2. Sanrılı Bozukluklar, Tedavisi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Önceleri “ paranoid reaksiyon” , “ paranoya” , “ parafreni ” diye adlandırılan sanrılı bozukluklar psikotik hastalıklar grubu içerisine girmektedir.

Bir hastada sanrılı bozukluk olması için en az bir ay süren bir sanrı veya sanrılar olmalı, varsanıları olsa bile çok belirgin olmamalı, şizofrenide olabilecek türden açıkça tuhaf davranışlar göstermemelidir. Sanrılı bozukluklar çeşitli tiplere ayrılır. Bunlar;

- **Eretomanik tip:** Sanrılarının önde gelen teması hastanın kendisinden daha yüksek konumda olan bir kişinin kendisine aşık olduğuna inanmasıdır.
- **Grandiyöz tip:** Çok değerli çok güçlü olma, üstün bir kimliği olma, kutsal bir güç ya da ünlü bir kişi ile ilişkisi olma vs.
- **Kıskançlık tipi sanrılar:** Hasta eşinin sadakatsizliğine sanrı düzeyinde inanmakta, hiçbir mantıklı tartışma ile ve aksi kanıt gösterilmesine rağmen aldatıldığına ilişkin fikri değiştirememektedir.
- **Persekütuar tip:** Kendilerine kötülük yapılacağı iddiası ile sık sık yasal kurumlara başvuran tipteki hastalardır.

Sanrılı bozuklukları şizofreniden ayıran en önemli etmen, bu hastalarda aktif şizofreni belirtilerinin hiçbir zaman gerekli ölçütleri sağlayamamasıdır. Hastada bir sanrının bulunması aktif şizofreni belirtisidir. Fakat sanrılı bozukluğu olan hastalarda başka bir aktif belirti olmaz. Varsanılar olsa bile şizofrenik hastalıkta olduğu gibi belirgin değildir. Sanrılı bozukluklar genel olarak şizofreniye göre daha ileri yaşlarda görülürler ve hastanın ruhsal işlevlerinde şizofrenide olduğu kadar yıkım yapmazlar. Genel olarak sanrılı bozukluğu olan hastalarda duygusal tepkiler uyumludur ve dışarıdan normale yakın görünürler.

2.3. Şizofrenifrenik Bozukluklarda Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Hastalar yatırılarak, ayaktan ya da gündüz hastası olarak izlenebilirler. Çok uzun süre hastanelerde kalmaları doğru değildir. Akut vakalar yatırılarak izlenebildiği gibi çevre şartları uygunsa ayaktan izlenebilir. Panik içinde, eksite, katatonik, suisid riski olan hastaların hastaneye yatırımları gerekir. Akut dönem geçtikten sonra da tedavi sürdürülür. Birçok vakada tedavi ömür boyu sürdürülür.

Tedavide hastayı çok yönlü bir yaklaşımla ele almak gerekir. Medikal tedavi, psikoterapi (bireysel, grup ve aile terapileri), bazı vakalarda da (katatonik ve eksite hastalarda) EKT birlikte uygulanmalıdır.

Şizofrenik bozukluklarda iyi bir hemşirelik bakımı, hemşirenin hastasını iyi tanması, özel yeteneklerine ve gereksinimlerine odaklanması ile mümkün olur. Hemşire ve hasta, kişiler arası bir ilişkiyi hastanın tedavisi amacıyla sürdüren iki bireydir. Hemşire söylediklerini ve yaptıklarını bu amaca göre ayarlar, kendi tutum ve davranışlarının hastadaki izlenimlerini gözlemlemeye çalışır. Hastanın davranışlarını anlamaya, bu davranışlarına profesyonel bir şekilde yanıt vermeye çaba gösterir. Hastanın davranışlarının kendine özgü bir nedeni, doyumunu sağladığı bir psikolojik gereksinimi vardır. Şizofrenisi olan hastada tüm ruhsal işleyişin olumsuz yönde etkilenmesi, onunla iletişimin mümkün olmadığı ve hastanın tutumlarının tümüyle anlamsız olduğu gibi yanlış sonuç çıkarmasına neden olabilir. Şizofreni hastası ile çalışmak tüm tedavi ekibinde umutsuzluk ve hayal kırıklığı yaratır. Hasta da tedavi ekibinin kendisini anlayamayacağını, kendisindeki iletişim yetilerinin kısıtlılığının farkındadır ve belirtilerine sığınır. Eğer hemşire hastadaki belirtilerin bir yanı ile iletişimden kaçma, bir yanı ile de kendine özgü iletişim kurma yolu olduğunu fark edebilirse davranışlarını anlayabilir. Hasta ile anlaşılır, sözel bir iletişim kurmak ancak uzun sabırlı bir çalışmanın sonunda mümkündür. Bunu ulaşabilmek hastaya yakın ilgi ve hoşgörü ile davranılmalıdır.

Bu hastalarda, kendine ve çevreye zarar verme potansiyelinin, sosyal izolasyonun, bireysel başa çıkmada yetersizliğinin, halüsinasyonların, kesintili ve gerçeğe uygun olmayan düşüncelerin, beslenme, giyim, hijyen sorunlarının, uyku bozukluğunun ve regresyonun olması hemşireler için bakım gereksinimi yaratan durumları ortaya koymaktadır.

Hemşire nasıl bir bakım planı yapacağını, kafasında netleştirmelidir. Hasta- hemşire ilişkisinin tedaviye yapabileceği katkı oranında tedavi amaçlı görüşmeler yapılmalıdır. Mümkünse bu görüşmelerin hangi gün ve saatlerde yapılacağı hastaya daha önceden bildirilmelidir. Hasta - hemşire sınırlarının çok iyi bilinmesi gereklidir. Elbette hastasına sahip çıkan, ona yardımcı olmaya çalışan bir hemşire, tedaviye çok olumlu katkılarda bulunur. Fakat hastanın her şeyi olma, ona fırsat tanımadan hastanın yapması gereken tüm sorumlulukları üstlenme gibi hastayı koruma adına yaptığı gereksiz girişimler de aynı ölçüde zararlıdır.

Şizofreni hastaları genellikle öz bakımlarını yapamazlar. Hemşire bunların tembellik ya da kirlilik değil, hastalık belirtileri olduğunu bilerek hareket etmelidir. Bu konuda yardımcı personelin hastaya karşı olumsuz tutumlarının önüne geçmeli, onları aydınlatmalıdır. Çoğu kez hastaların öz bakımlarının klinik personeli tarafından yapılması gerekir. Klinik içi etkinliklere ve uğraşı tedavisine katılma şizofrenli hastalara olumlu adımlar attırır. Tüm bunlar ekip olarak çalışan tedavi ekibinin görevleridir. Tedavi ekibinde hastaya en yakın kişi olan hemşire, çok yönlü tedavinin başarıya ulaşmasında en önemli etkidir. Hemşire hastanın ilacını alıp almadığını denetlemezse, hasta için ekibin yaptığı planların yaşama geçmesi ve sürdürülmesi için çaba göstermezse tüm ekibin çalışması boşa gitmiş olur.

Sanrısı olan hastalara yaklaşımda profesyonel olunmalı, hastaların sanrıları ile alay edilmemeli, sanrıları desteklenmemeli, sanrılarının gerçek olmadığına dair hasta ikna edilmeye çalışılmamalı ve sanrılarını ispat etmesi istenmemelidir. Hastanın sanrıları ile ilgili bilgi alınmalı ancak sürekli sanrılarında bahsediyorsa dikkati başka yöne çekilmelidir.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi şizofreninin belirtilerinden **değildir**?
A) İçe çekilme
B) Duygulanımda bozukluk
C) Öfori
D) Zıt duygular
E) Çağrışım bozukluğu
2. Aşağıdakilerden hangisi şizofreninin aktif dönem belirtilerindedir?
A) Öforik olma
B) Sanrılar
C) Çok uyuma
D) Cinsel istekte azalma
E) Kendini sürekli hasta hissetme
3. Aşağıdakilerden hangisi şizofreni tiplerinden **değildir**?
A) Katatonik tip
B) Obsesif tip
C) Desorganize tip
D) Paranoid tip
E) Ayrışmamış tip
4. Sanrılarının önde gelen teması, kendisinden yüksek konumdaki bir kişinin kendisine âşık olduğuna inanması olan sanrısız bozukluk aşağıdakilerden hangisidir?
A) Erotomanik tip
B) Grandiyöz tip
C) Paranoid tip
D) Persekütuar tip
E) Hepsi
5. Aşağıdakilerden hangisi sanrısı olan hastaya uygun hemşirelik yaklaşımlarından **değildir**?
A) Sanrılar desteklenmemeli
B) Sanrılara ispat istenmemeli
C) Sanrılar sürekli dinlenmeli
D) Sanrılarla alay edilmemeli
E) Sanrılarının gerçek olmadığına dair ikna edilmeye çalışılmamalı

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise “Modül Değerlendirme”ye geçiniz.

DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

1. () Duygu durum (mood): Bireyin bir süre belli bir duygulanım içinde bulunuşudur.
2. () Taşkın Duygu durum, duygularda üzüntü, elem ve hüzn durumu vardır.
3. () Normal Duygu durum: belli sınırlar içerisinde dalgalanmalar ve değişmeler gösterir.
4. () Manik epizod da olağan dışı kabarmış, coşkulu ruh hâli vardır.
5. () Mikst epizod da belirtiler en az dört gün sürer ve maniye benzer.
6. () Depresyonda, hipotalamus-hipofiz-adrenal aksında (eksen) , tiroid aksında, büyüme hormonu ile ilgili aksta sorun olduğu gösterilmiştir.
7. () Duygu durum bozukluklarında uyku EEG'sinde değişiklikler olmamıştır.
8. () Psikoanalitik kurama göre depresyonda bir sevgi nesnesi kaybı söz konusudur.
9. () Majör depresyon, kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazladır. Başlama yaşı 20-50 arasında ortalama 40 yaşları dolayındadır.
10. () Sürekli üzüntü, keder, endişe veya boşluk duygusu manik bozukluğun belirtilerindendir.
11. () Uyku bozukluğu ya da çok uyuma, sık nedensiz ağlama nöbetleri depresyonun belirtisidir.
12. () Psikoterapi genel sistemleri derinde yatan çatışmaları çözmeyi hedefler.
13. () EKT (Elektrokonvülsif tedavi) bir sonraki depresyon atağını önler.
14. () Majör depresyon ve distimik bozukluklarda nefes egzersizleri ve düzenli egzersizler koruyucu tedbirlerdendir.
15. () Dikkatin kolaylıkla dağılması artmış enerji ve aktivite, fikir uçuşmaları ve hızlı konuşma manik döneme ait belirtiler dendir.

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ 1' İN CEVAP ANAHTARI

| | |
|----|---|
| 1 | A |
| 2 | D |
| 3 | C |
| 4 | B |
| 5 | D |
| 6 | A |
| 7 | D |
| 8 | D |
| 9 | A |
| 10 | B |

ÖĞRENME FAALİYETİ 2'NİN CEVAP ANAHTARI

| | |
|---|---|
| 1 | C |
| 2 | B |
| 3 | B |
| 4 | A |
| 5 | C |

MODÜL DEĞERLENDİRME CEVAP ANAHTARI

| | |
|----|---|
| 1 | D |
| 2 | Y |
| 3 | D |
| 4 | D |
| 5 | Y |
| 6 | D |
| 7 | Y |
| 8 | D |
| 9 | D |
| 10 | Y |
| 11 | D |
| 12 | D |
| 13 | Y |
| 14 | D |
| 15 | D |

KAYNAKÇA

- ÖZMEN, Mine, **İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu**, İstanbul, Aralık, 1999.
- ÖZTÜRK, M. Orhan, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Hekimler Yayın Birliği.
- YÜKSEL, Nevzat, **Ruhsal Hastalıklar**, MN Medikal&Nobel Yayınları.
- <http://www.orgm.meb.gov.tr>
- <http://www.aof.anadolu.edu.tr>