

# “Hayat Budur! Damarlarındaki Asil Kanda Mevcuttur!”: Bir Paranoid Şizofreni Olgusu\*

Nurten Gülsüm BAYRAK<sup>1</sup>, Nermin GÜRHAN<sup>2</sup>

*Geliş Tarihi / Received: 28.02.2022, Kabul Tarihi / Accepted: 05.04.2022*

## ÖZ

Düşünce içeriğinde bozukluğun baskın olduğu paranoid şizofreninin klinik tablosunda, perseküsyon, büyüklük, kıskançlık ve işitme varsanıları, şüphecilik ön plandadır. Bazı hastalarda ise ilave olarak dine aşırı düşkünlük, metafizik, filozofik ve cinsel uğraşlar görülebilir. 39 yaşındaki Bayan C'nin annesine şiddet uygulaması, perseküsyon ve somatik sanrılar, görsel, işitsel ve koku varsanıları, şüphecilik, fikir uçuşması, teğetsellik, kelime salatası, düşüncede blok, aloji gibi şikayetleri nedeniyle ailesi tarafından rızası dışında psikiyatri kliniğine yatırılmıştır. Primer psikiyatri hemşiresi tarafından Bayan C'ye; kendisine ya da başkalarına yönelik şiddet riski, algıda değişim, düşünce süreçlerinde değişim, sosyal izolasyon, öz bakım eksikliği ve anksiyete hemşirelik tanıları konulmuş ve bu amaçla kapsamlı hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur. Bayan C'nin kliniğe yatışından itibaren üç haftalık süreyle gözlem, takip, bakım ve tedavisi yapılmış, hemşirelik süreci faaliyetlerinin etkinliği değerlendirilmiştir. Bu bağlamda hemşirelik süreci faaliyetlerinin aktif kullanımı sonucu, hastanın özgüven ve öz saygısında istedik değişimlerin olduğu, şiddet eğilimi, huzursuzluğu ve şüpheciliği azalan hastanın düşünce süreçlerinde de olumlu ilerlemelerin kaydedildiği, ancak görsel, işitsel ve koku varsanılarında bir gerileme olmadığı sonucuna varılmıştır. Psikiyatri hemşiresi, bakımda fark yaratabilmek ve hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirebilmek için, hastanın semptomları ve ihtiyaçları doğrultusunda oluşturduğu hemşirelik süreci faaliyetlerini aktif olarak uygulamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Paranoid şizofreni, varsanı, hemşirelik süreci

## “This is The Life! You Have It in The Noble Blood in Your Veins!”: A Case of Paranoid Schizophrenia

### ABSTRACT

Persecution, grandiosity, jealousy, auditory hallucinations, and skepticism is made at the fore front in the clinical picture of paranoid schizophrenia, in which disordered thinking is predominant. In addition, some patients may experience excessive preoccupation with religious, metaphysical, philosophical and sexual issues. 39-year-old Ms. C. was admitted to the psychiatry clinic without her consent due to her complaint such as violence against to her mother, persecution and somatic delusions, visual, auditory and olfactory hallucinations, skepticism, flight of ideas, tangentiality, word salad, block in thought, analogy. Ms. C was diagnosed with the risk of violence against herself or others, perceptual processing deficits, disorganized thought processes, social isolation, lack of self-care and anxiety by the primary psychiatric nurse, and a comprehensive nursing care plan was created for this purpose. Observation, follow-up, care and treatment were carried out for three weeks after Ms. C's admission to the clinic, and the effectiveness of the nursing care on the patient was evaluated. In this context, it was concluded that as a result of the active use of the nursing process, there were desired changes in the patient's self-esteem and self-esteem, the patient's tendency to violence, anxiety and skepticism decreased, and positive improvements were recorded in thought processes, but there was no regression in visual, auditory and olfactory hallucinations.

In order to make a difference in care and evaluate the effectiveness of nursing interventions, the psychiatric nurse should actively implement the nursing process that is formed in line with the patient's symptoms and needs.

**Keywords:** Paranoid schizophrenia, hallucination, nursing process

<sup>1</sup> Dr., Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EAH, ORCID: 0000-0002-7658-9961

<sup>2</sup> Prof. Dr., Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, ORCID: 0000-0002-3472-7115

\* Bu çalışma V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde (20-23 Kasım 2018) poster bildiri olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Şizofreni hem yaygınlığı hem de genç yaşlarda ortaya çıkması ile kişinin yaşamında yol açtığı kayıplar açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Genellikle varsanı ve sanrılar ile giden kişinin olağan ve alışlagelmiş düşünme ve algılama biçimlerine yabancılaşarak, toplumdan soyutlanması, iç dünyasına kapanması, uyum ve işlevselliğinin bozulması ile karakterize kronik gidişli ve sık alevlenmeler ile seyreden ruhsal bir hastalıktır (Öztürk, 2011; Uğur, Balcıoğlu, Kocabaşoğlu, 2008). Genellikle genç yaşta başlaması öz bakım, kişiler arası ilişkiler, iletişim, bilişsel yetiler, duygulanım, düşünce, davranış ve algılama gibi alanlarda bozukluklarla ilerlemesi hastada büyük yıkımlara neden olmaktadır (Soygür, Alptekin, Atbaşoğlu ve Herken, 2007). Hastalarda taşkın belirtiler (sanrı, varsanı vb.) ve yoksun belirtiler (apati, isteksizlik, yavaşlık ve toplumsal geri çekilme) mevcuttur. Ayrıca depresyon, intihar düşünceleri, öz bakım eksikliği de görülebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Hastaların hastalığı yönetme ve bakımın devamlılığını sağlamakla ilgili yaşadığı güçlükler, sağlık çalışanları, aile ve çevreden yeterince destek alamama, iç gözü eksikliği, damgalanma, tedavi yan etkileri ve tedaviye uyumsuzluk sonucunda hastaneye tekrarlı yatışlar artmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Yıldız, 2005). Şizofrenin yaşam boyu sıklığı %1 ile %1.5 arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, Avrupa ve Asya'da görülme sıklığı binde 0.85'tir. Dünyada yaklaşık yirmi dört milyon kişiyi, Türkiye'de ise yaklaşık üç yüz elli bin kişiyi etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre 15-44 yaş grubunda en fazla yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında sekizinci sıradadır (Murray ve Lopez 1996; Uzbay, 2005). Kadın ve erkekte aynı oranda görülmekle birlikte hastalığın başlangıç yaşı ve gidişatı arasında farklılıklar görülmektedir. Erkeklerde başlangıç yaşı 15-40 kadınlarda ise 25-35 civarındadır (Gürhan, 2016). Şüphesizlikle ilgili belirtiler baskındır ve sık görülen belirtilerden bazıları; kendisine kötülük yapmak isteyen kişiler ve güçler vardır. Bunlarla ilgili sesler işitmektedir, bu nedenle evde perdeleri kapalı oturmakta, yemek yerken zehirlenme riski olduğunu düşünerek yemeği kendi önünde hazırlatmakta veya kendi yaptığı yemeği yemektedir. Odasına dinleme cihazları yerleştirildiğini, eşinin kendisini aldattığını düşünmektedir (Çam ve Engin 2014).

Bu vakada, hastanın uzun zamandır tedavi uyumsuzluğu, önerilen yatışları reddetme, ilaçlarını kullanmama gibi nedenlerden dolayı yaşam kalitesinin düştüğü, tedaviye direncin geliştiği, semptomların şiddetlendiği görülmektedir. Psikiyatri hemşiresi işlevselliği, yaşam kalitesi ve sosyal uyumu önemli ölçüde etkileyen paranoid şizofreni tanılı hastaya hemşirelik süreci faaliyetleri doğrultusunda bakım vermiştir. Bu bağlamda hemşirenin primer amacı, paranoid şizofreni tanılı hastada var olan semptomları ve ihtiyaçları doğrultusunda planlanan ve holistik bir bakış açısıyla oluşturulan hemşirelik süreci faaliyetlerinin nasıl bir fark oluşturabildiğini gösterebilmektir. Bu çalışma, paranoid şizofreni tanılı hastanın hem pozitif hem de negatif semptomlarının bir arada bulunmasının yanı sıra var olan sanrılarını tipik sözel ifadelerle yansıtması bakımından dikkat çekicidir.

Çalışma kapsamında Bayan C'ye üç hafta boyunca bakım verilmiştir. Bu süreçte gözlem ve görüşme yoluyla elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik tanıları oluşturulmuş, girişimler planlanmış, uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Çalışma öncesi hastadan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

## **OLGU SUNUMU**

### **Genel sağlık öyküsü**

39 yaşındaki Bayan C. ailenin üç çocuğundan ikincisi olarak normal doğum ile dünyaya gelmiştir. Lise mezunu, bekar ve ev hanımıdır. Babası vefat etmiş, annesi ile birlikte yaşamaktadır. Diyabet hastası olan Bayan C. yaklaşık on beş yıldır sigara kullanmaktadır. Hastanın ilk sıkıntıları 1999 yılında işyerinde maruz kaldığı bir suçlama sonucu ilaç içme suretiyle intihar girişiminde bulunması ile başlamış, ardından bayılmalar, görme kaybı, kulakta basınç şikayetleri ile devam etmiş. İlerleyen süreçlerde; evde mum yakma ve yalnız başına mum etrafında oturma, eve kamera yerleştirilip gizlice ses ve görüntü yapıldığına dair hezeyanlarının olması nedeniyle psikiyatri kliniğine yatırılmış. O dönemde görsel ve işitsel varsanıları olan hastaya psikotik depresyon tanısı konulmuş, olanzapin 20 mg/gün kullanmış ancak tedaviden istenilen düzeyde yanıt alınamaması nedeniyle klozapine başlanmıştır. Hastada gronüositopeni gelişmesi nedeniyle tedavisi kesilmiştir. 2001 yılında tekrar yatışı yapılmış, depakin 1500 mg/gün ve olanzapin 20 mg/gün tedavisine başlanmıştır. Hastaya bu süreçte EEG çekilmiş ve parsiyel epilepsi tanısı konmuş, dört yıl boyunca ayaktan tedavi edilmiştir. Genel olarak işlevselliği bozuk olan hastanın sosyal uyumu iyiymiş. Hastanın yaklaşık 35 kilo alması nedeniyle olanzapin tedavisi kesilmiş, Ketiyapin tedavisine geçilmiş ancak hasta 2010 yılından bu yana yatışının olduğu hastaneye kontrollere gelmemiş, 2011, 2012, 2017 yıllarında başka hastanelere yatışı yapılmıştır.

### **Şimdiki hastalık öyküsü**

Bayan C'nin annesi ile yapılan görüşmede; son beş aydır annesine karşı öfke, şiddet eylemleri, sürekli namaz kılmak, banyo yapmak, perseküsyon sanrısı (evinde ses ve görüntü kaydı yapıldığı), ilaçlarını kullanmayı reddetme, duygu durumunda sürekli değişkenlik, kendi kendine konuşma, gülme, görsel, işitsel ve koku varsanıları (duvarların hareket ettiği, özel olduğunu söyleyip ifade etmek istemediği sesler duyduğu, etrafın pis koktuğu), evde mum yakarak mum etrafında saatlerce oturduğu yönünde bilgiler edinilmiştir.

Bayan C ile yapılan görüşmede ise; ailesinden nefret ettiğini, kendisine şiddet uyguladıklarını, annesinin kendisine bıçakla saldırdığını, kendisini korumak için mücadele ederken elinin kesildiğini, ailesinin görgüsüz, sevgisiz ve gereksiz olduklarını, kendisine her konuda baskı yaptıklarını, evde rahat edemediğini ve tek başına yaşamak istediğini ifade etmiştir. Konuşma esnasında içinde iki benlik bulunduğunu ve bu benliklerin hayatına yön verdiğini, bir tanesinin sakin ve uysal, diğerinin ise oldukça yırtıcı olduğunu ifade etmiştir.

### **Ruhsal durum değerlendirmesi**

Genel görünümü; saçlar dağınık, kıyafetler özensiz, kirli, öz bakımı düşük. Azalmış psikomotor aktivite, huzursuzluk, amaçsız gezinme, ilgisiz, gergin ve ajite, bilinci açık, oryantasyon tam (kişi, yer, zaman), dikkati spontane artmış ancak istemli dikkati azalmış. Görsel, işitsel ve koku varsanırları mevcut. Monoton ve alçak sesle ve zaman zaman duraksayarak konuşma, zaman zaman savunucu yaklaşım, iç görüşü yok, fikir uçuşması, teğetsellik, kelime salatası, düşünce içeriği olarak; perseküsyon ve somatik sanrılar, enkoherans, klang çağrışım, obsesyonlar ve düşüncede blok mevcuttur. Tedavide kullanılan ilaçlar: Clopixol (15 günde bir), Risperdal 2mg(2x2), Seragual 300 (1x1) şeklindedir.

### **Görüşmeler esnasında hastanın dikkat çekici ifadeleri;**

- “On yedi yaşında buz pateni kayarken başımın üstüne düştüm ve bu esnada beynimin sol lobu düştü, ameliyat oldum sonraki hayatıma dilsiz ve özürlü olarak devam ettim.”
- “Hayat budur damarlarındaki asil kanda mevcuttur.”
- “Hobiler fobilere, fobiler hobilere dönüşüyor.”
- “Bebekliğimi hatırlıyorum küçük beyaz bir tartıda bıyıklı bir doktor beni tarttı.”

### **Klinik gözlem takip ve bakım süreci**

25.12.2017 ve 14.01.2018 tarihleri arasında gözlem, takip ve tedavisi yapılan hasta ile her gün belirli aralıklarla görüşmeler yapılmıştır. İlk hafta yapılan görüşmelerin süresi yaklaşık 5-10 dakika ile sınırlı iken, ikinci hafta bu süre ortalama 20-30 dakikaya üçüncü hafta ise yaklaşık bir saat sürmüştür. Bu süreçte hastaya 21 gün bakım verilmiştir. Hastalığın akut dönemde olması ve dolayısıyla semptomların şiddetli olması nedeniyle taburculuk tarihine karar verilmemiştir ancak taburculuk planlaması kapsamında hastaya ve ailesine hastalığa yönelik bilgi eksikliği ve semptom yönetimi ile ilgili eğitim planlaması yapılmıştır.

### **1. Hafta gözlem ve görüşmeleri**

İlk hafta kendisini tamamen diğer hastalardan izole eden Bayan C. kimse ile konuşmuyor, gergin, ajite, öz bakımı oldukça yetersiz, kendi kendine konuşma ve gülme, koridorda amaçsız gezinme, sık sık ellerini yıkama davranışı, şüpheli bakışları vardı. İlk hafta sık aralıklarla hastanın yanına gidilerek iletişim kurulmaya çalışıldı, hasta gözlemlendi, günaydın toplantılarına isteksiz bir şekilde katıldı. Servis içi görev dağılımında ilk hafta görev almak istemedi, ancak görev dağılımının serviste rutin olarak yapılması gerektiği anlatılınca salonun düzenlenmesi görevini istemeden de olsa kabul etti. Her sabah yapılan spor aktivitesine isteksiz ve ilgisizdi. Bayan C. ilk hafta kendisi ile yapılan iletişimi oldukça sınırlı tuttu. Somatik yakınmaları bahane ederek sürekli iletişimi sonlandırmayı istedi. Genel olarak ilk hafta oldukça gergindi. Zamanının çoğunu yatarak ya da koridorda gezinerek geçirdi ve diğer hastalarla iletişim kurmadı.

## 2. Hafta gözlem ve görüşmeleri

Hafta boyunca yapılan görüşmelerin süresi ilk haftaya göre daha uzundu. Hasta 3,5 ve 7 sayılarına karşı takıntılı olduğunu, namaz kıldığı için sürekli banyo yapması gerektiğini, ancak etrafın pisliğinden dolayı yapamadığını, burnuna kötü pis kokular geldiğini ve duvarlarda garip şekiller olduğunu, yemeklerine zehir kattıklarını ve kendisini zehirlemek isteyenlerin olduğunu ifade etti. Pazartesi günleri iş görev dağılımında çay demleme görevi almak istedi ancak, yorgun ve uykusuz görüldüğü için bu görevin ona uygun olmadığı ve daha sonra alabileceği belirtilerek görev verilmedi. İlk haftaya göre yatakta daha az zaman geçirdi. Diğer hastalarla iletişimi oldukça sınırlıydı. Diğer hastaların vebalı olduğunu, mikrop taşıdığını ifade etti. Öz bakımı yetersizdi, kendisini ifade etmekte zorlanıyor, anlatmaya çalıştığı bir konuyu sonlandırmadan diğer bir konuya geçiyor ve dikkati çok çabuk dağılıyordu. Konuşması akıcı değil dezorganizeydi ve aloji mevcuttu. Tuhaf yüz mimikleri ile işitsel halüsinasyonlarına cevap vermeye çalışıyor, el kol hareketleri yapıyordu. Kitap okumak istediğini ancak dikkatini toparlamakta sıkıntı yaşadığını belirtti. Hafta sonu izinli çıkmak istedi ancak doktoru uygun görmedi. Bu duruma çok öfkeleni, küfürlü konuşmalar ve agresif hareketler ile tepki gösterdi.

## 3. Hafta gözlem ve görüşmeleri

Üçüncü hafta Bayan C. ile daha uzun zaman geçirildi. Güven ilişkisinin geliştiği Bayan C. artık somatik yakınmaları bahane etmeden uzun süre görüşmeleri kabul ediyor, kendisini ilk haftaya göre daha rahat ifade ediyordu, ancak koku, ses ve işitsel varsanılarının etkisi ile zaman zaman şüpheli davranışları tekrarlıyor, bu davranışları sözel ya da sözel olmayan tepkilerle ifade ediyordu. Bayan C. hafta boyunca genellikle ortak kullanılan oturma odasında zaman geçirdi diğer hastalarla kısıtlı olan iletişimi kısmen daha da arttı, uğraşı terapisti tarafından yapılan etkinliklere katılmak istedi ancak ellerinin titremesinden dolayı vazgeçti. İlk haftaya göre daha sakin bir hafta geçiren hastanın sık sık el yıkayarak lavaboda geçirdiği zaman aralığı daha da azaldı. Diğer hastalar ile kısa konuşmalar yapıyor yatakta daha az zaman geçiriyordu. Gün içinde televizyon seyredip müzik dinlemeye başladı. Hafta boyunca her sabah yapılan spor etkinliğine isteyerek katılmaya başladı.

### Hemşirelik Tanıları

1. Kendisine ya da başkalarına yönelik şiddet riski
2. Anksiyete
3. Düşünce süreçlerinde bozulma
4. Algıda değişim
5. Öz bakım eksikliği
6. Sosyal izolasyon

Tablo 1. Hemşirelik Bakım Planı

Hemşirelik Tanısı	Tanımlayıcı Özellikler	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<b>Kendisine ya da başkalarına yönelik şiddet riski</b>	Aile üyelerine şiddet öyküsü, amaçsız gezinme, ajitasyon akatizi, çabuk kızma, alınganlık, huzursuzluk, güvensizlik	Hastanın kliniğe kabulünden itibaren ilk iki haftalık süreçte kendisine ya da etrafına zarar verme riskini azaltmak	Hasta sakin bir odaya alınıp, etrafındaki uyaranlar en aza indirildi, davranışları sık aralıklarla gözlemlendi. Kendisine ve etrafına zarar verebilecek nitelikteki eşyalar uzaklaştırıldı. Kısa, açık ve anlaşılır bir dil kullanıldı. Hasta ile konuşurken göz teması, yüz ifadesi, mimikler ve uygun mesafeye dikkat edildi.	1. hafta: Şiddet eğilimi devam etti. 2. hafta: Daha sakin ve uyumlu davranışlar sergilemeye başladı 3. hafta: Huzursuzluğu ve gerginliği azalan hastanın şiddet riski ortadan kalktı.
<b>Anksiyete</b>	Huzursuzluk, titreme, endişeli yüz ifadesi, sinirlilik, irritabilite, amaçsız gezinme	Hastanın kliniğe kabulünden ikinci haftanın sonuna kadar olan süreçte anksiyetesini azaltıp, anksiyete ile baş edebilmesini sağlamak	Sakin ve güven verici bir yaklaşım sergilendi. Endişe duyduğu durumları ifade etmesi için desteklendi. Anksiyeteye neden olan durumlar tartışıldı. Anksiyete ile baş etmede alternatifler anlatıldı (derin nefes egzersizi yaptırıldı)	1. Hafta: Anksiyetesi ilk hafta devam etti 2. Hafta: Anksiyetesi kısmen azaldı. 3. Hafta: Anksiyetesi büyük oranda azaldı.
<b>Düşünce süreçlerinde değişim</b>	Dikkati yoğunlaştırma ma şüphecilik, düşünce içeriğinde sanrılar, neden sonuç ilişkisi kuramama, gerçekçi bilgileri kabul etmeme	Hastanın kliniğe kabulünden ikinci haftanın sonuna kadar olan süreçte, gerçeğe oryante olmasını ve uygun iletişimi kurmasını sağlamak	Tüm duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi için kabullenici bir yaklaşım sergilendi. Sık Sık yanına gidilerek güven ilişkisi geliştirildi. Korku, kaygı, güvensizlik vb. duygularını ifade edebilmesi için cesaretlendirildi. Tekrarlanan delüzyonel düşüncelerinde duygularının gerçek olduğu ancak delüzyonel fikirlerin gerçek olmadığı uygun bir ifade ile anlatıldı. Kısa, açık ifadeler kullanıldı. Anlaşılmayan cümle, deyim vb. olduğunda açıkça ifade edilerek yanlış anlaşılmalardan önlenildi. Gerçekler üzerine yoğunlaşıldı. Sanrıları desteklenmeyip, uygun bir dille “Bunlara inanmak zor” şeklinde tedavi edici teknik kullanıldı	1. Hafta: İlk hafta hastanın düşünce süreçlerinde herhangi bir değişim gözlenmedi 2. Hafta: Düşünce süreçlerinde olumlu ilerlemeler kaydedildi. Hasta ile kurulan güven ilişkisi ile şüpheciligi büyük oranda azaldı. 3. Hafta: Hasta sanrıları ile baş etmede zaman zaman sıkıntı yaşasa da duygu ve düşüncelerini daha güzel ifade etmeye ve neden sonuç ilişkisi kurmaya başladı

Tablo 1. (devamı)

<b>Algıda değişim (Görsel, işitsel ve koku varsanları)</b>	Kendi kendine konuşma, gülme. İşitsel varsanlarına kulak verip değişik şekiller gördüğünü belirtme. Ortamın çok pis koktuğuna dair koku varsanlarının olması.	Hastanın kliniğe kabulünden ilk üç haftalık süreçte gerçeği değerlendirme yetisini sağlamaya yardımcı olmak. Görsel, işitsel ve koku varsanlarını en aza indirmek	Hastanın varsanları gözlemlendi. İzni olmadan hastaya dokunulmadı ancak hasta zaman zaman kendince tehdit olmadığına kanaat getirdiğinde, elime dokundu ve bunu bir destek olarak algıladı. İşitsel ve dışsal kaynaklı uyarıları fark edip ayırt etmesi için cesaretlendirildi. Varsanlarının gerçek olmadığını ifade etmek için dürüst bir yaklaşım sergilendi. Duygu ve düşüncelerini rahatça ifade edebilmesi için desteklendi. Gerçekle bağlantılı olan iletişimi desteklendi. Varsanlarının hastalığından kaynaklı olduğu uygun bir dille anlatıldı. Dikkati başka yöne çekilerek varsanlarından uzaklaştırılmaya çalışıldı. Somut, kesin ve sözel iletişim kuruldu.	Hastaya bakım verilen ilk üç hafta boyunca görsel, işitsel ve koku varsanlarında herhangi bir gerileme gözlemlenmedi.
<b>Öz bakım eksikliği</b>	Saçlar dağınık ve pis, kıyafetler özensiz ve kirli, tırnaklar kirli	Hastanın kliniğe kabulünden itibaren kendisinden beklenen öz bakımını en üst düzeyde yapabilmesini sağlamak.	Vücut banyosunun önemi anlatıldı. Neden banyo yapmak istemediği tartışıldı. Vücut banyosu için ortamın pis olduğunu ifade eden ve banyo yapmak istemeyen hasta için, banyonun temizliği gözden geçirildi. Suyun sıcaklığını ayarlamasına yardımcı olundu. Gerekli malzemeler temin edildikten sonra banyo yapması için teşvik edildi. Sürekli banyo yapma isteği olan ancak ortamın pis olduğundan şikayetçi olan hasta için uygun şartlar sağlandı. Tuvalet hijyeni anlatıldı, tırnaklarını kesmesi için teşvik edildi.	1.Hafta: İlk hafta öz bakım ile ilgili bir kaydedilmedi 2.Hafta: Hasta vücut banyosunu kendi isteği doğrultusunda, yardım alarak yerine getirdi. Genel görünüm ve temizlikte olumlu ilerlemeler kaydedildi 3.Hafta: Hasta öz bakım ihtiyaçlarını destek almadan yerine getirmeye başladı.
<b>Sosyal izolasyon</b>	Yalnız kalma eğilimi, zorunlu olmadıkça kimse ile iletişime geçmeme, zihnin sürekli kendi düşünceleri ile meşgul olması, anlamsız değişik hareketler.	Hastanın kliniğe kabulünden bir hafta sonra çevresi ile kendiliğinden iletişime geçmesi ve aktivitelere katılmasını sağlamak	Kısa ve sık aralıklarla yanına gidilerek kabullenici bir yaklaşım sergilendi. Hastaya koşulsuz ilgi ve destekleyici bir yaklaşımda bulunuldu. Dürüst davranıldı ve verilen sözler yerine getirildi. Önce aynı odada kaldığı hasta ile iletişim kurması için desteklendi daha sonra diğer hastalar ile iletişime geçmesine yardımcı olundu.	1.Hafta: Hasta ilk hafta kimse ile iletişim kurmak istemedi. 2.Hafta: Hastanın bireysel ya da grup içinde iletişime geçmesi sağlandı. 3.Hafta: Hasta özellikle bireysel olarak diğer hastalarla kısa süreli iletişim kurdu. Grup etkinliklerine bazen istekli bazen isteksiz de olsa katılmayı kabul etti.



## TARTIŞMA

Modern hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun tüm bakım ortamlarında, hemşirelik bakımını organize etmek için geleneksel uygulamalar yerine çağdaş hemşirelik sürecini kullanmaktadır. (Urden, Stacy&Lough, 2015). Bu bağlamda hemşirelik bakım planı, hasta bakımında çerçeve oluşturan, hemşirelik uygulamalarının önemli bir parçasıdır (Can ve Erol, 2012). Şizofreni hastalarının bakımında biyo-psiko-sosyal yaklaşım modelini uygulamak holistik yaklaşım açısından önemlidir (Çam ve Engin, 2014)

Psikiyatri hastalarında tedaviye uyumsuzluk; hastaneye sık yatış, hastalıkta yinleme ve tedavi direnci ile açıklanmaktadır. Tedaviye uyumsuzluğun, hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü, hastalığa bağlı iş gücü kaybına yol açtığı ve tedavi maliyetini arttırdığı bilinmektedir. Günümüzde artmış tedavi seçenekleri ve müdahale programlarına rağmen ilaç uyumsuzluğu oranlarında bir azalma sağlanamayışı bu konuyu önemli kılmaktadır (Demirkol, Tamam, Evlice ve Karaytuğ, 2015). Bu çalışmada hastanın uzun zamandır tedavi uyumsuzluğu, önerilen yatışları reddetme, ilaçlarını kullanmama vb. durumlardan dolayı yaşam kalitesinin düştüğü, tedaviye direncin geliştiği, semptomların şiddetlendiği görülmektedir.

Çalışmada kapsamında ilk gözlenen durum, hastanın kendisine ya da başkalarına yönelik şiddet riskidir. Pek çok psikiyatrik hasta şiddet eğilimi sergilemese de günümüz toplumunda ruhsal bozukluk ve şiddet birbirleriyle bağlantılı görülmektedir, özellikle şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalıklarda şiddet oranının yüksek olduğu genel inanıştır (Urden ve ark., 2015). Şizofreninin pozitif bulguları genellikle artmış şiddet davranışı ile ilişkilendirilirken, negatif bulguları ters şekilde ilişkilendirilir (AliaKlein, Q'Rourke, Goldstein ve Malaspina, 2007). İçgörü eksikliği ile şiddet davranışı ilişkisi arasında tutarlılık gösteren kanıtlar mevcuttur (Antonius, 2005; Coldham, Addington ve Addington, 2002). Bu etki iç görü eksikliğinden ötürü düzensiz tedaviye yönelim sonucunda meydana gelen şiddet davranışı ile ilişkilendirilen dolaylı bir etkidir (Antonius 2005; Czoboar, Volaska, Derks, Bitter ve ark., 2013; Gönen, Kaymak, Soygür, 2011). Bu olguda, hastada pozitif belirtilerin görülmesi, iç görünün olmaması ve uzun süre devam eden düzensiz tedavi, kendisine ve başkalarına yönelik şiddet riski ile ilişkilendirilebilir. Psikiyatri hemşirelerinin öfke ve saldırganlık durumlarında etkili bir şekilde tanılama yapması ve girişimde bulunabilmesi çok önemlidir (Stuart, 2013). Bu çalışmada terapötik bir ortam oluşturularak, dış uyaranların etkisi en aza indirgenmiş, terapötik iletişim tekniklerinin kullanılmasıyla hastanın kendisine ya da başkalarına yönelik şiddet riskinin önemli ölçüde azalması sağlanmıştır.

Şizofreni hastaları dünyayı değişik algılamaktadırlar. Normalde çevrede varolan uyaranlar, olmayan sesler, hayaller, garip kokularla dış dünya karışık ve anlaşılmazdır. Bu ortamda hastalarda anksiyete artışı, heyecan ve korku sıktır. Bu duygularla genelde normal olmayan davranışlar sergilerler (Çam ve Engin, 2014). Şizofrenide işitsel varsanılar sık görülmektedir. Bu nedenle hemşire; dinleme duruşu, kahkaha, kendi kendine konuşma, düşünmeyi engelleme, dikkat eksikliği, dikkat dağınıklığı gibi belirtileri çok iyi gözlemlemeli ve hastanın varsanılarını paylaşmasına yardımcı olmak amacıyla



kabullenici bir yaklaşım sergilemelidirler. (Townsend 2011; Bulechek, Kasap, Docterman, 2010)

Bu çalışmada hastada görsel, işitsel ve koku varsanları ve bu durumun yarattığı anksiyete, normal olmayan davranışlar ve düşünce süreçlerindeki değişimin, genel hastalık profili ile uyumlu olduğu görülmektedir. Psikiyatri hemşiresi, aktif varsanları olan hastanın, gerçekle bağlantılı iletişimini destekleyerek, dikkatini başka yöne çekerek ve izni olmadan hastaya dokunmayarak varsanlarının azalmasına yardımcı olmaya çalışmalıdır.

Paranoid şizofreni hastalarında görülebilecek birçok semptom var olmakla birlikte asıl önemli olan hastanın holistik bir yaklaşım ile ele alınarak semptomların azaltılması, hastanın gerçeğe oryante edilmesi, iletişim konusundaki sıkıntılarının giderilmesi hastalığın akut döneminde görülen alevlenme belirtilerinin en aza indirgenmesidir. Bu amaçla, hemşirelik süreci uygulamaları içinde yer alan hemşirelik tanıları ve tanılara yönelik yapılan girişimlerin hasta odaklı ve bireyselleştirilmiş müdahale planı kapsamında olması önemlidir. Hastanın gözlem, takip ve değerlendirilmesi yoluyla elde edilen veriler, psikiyatri hemşireliği uygulamalarına yön vermesi açısından oldukça kıymetlidir. Bu bağlamda düşünce süreçlerindeki değişim nedeniyle şüpheciliği baskın olan hastanın, psikiyatri hemşiresi tarafından aktif gözlem ve görüşme yoluyla güven ilişkisi geliştirilerek gerçeğe oryante edilmesi sağlanmıştır. Bu süreçte hasta hemşire arasında kurulan terapötik ilişki ve güven verici ilişkinin, hastanın semptomlarını azaltmada önemli ölçüde rol oynayacağı düşünülmektedir.

Literatürde ruhsal hastalıklarda sosyal izolasyon kavramı; damgalama, yabancılaşma ve yalnızlık ile ilişkilendirilmiştir (Linz ve Sturn, 2013). Psikotik hastalarla yapılan fenomenolojik bir çalışmada sosyal ve kişilerarası destekleyici ilişkilerin benlik saygısı ve damgalanmadan daha önemli olduğu belirtilmiştir. (Frank ve Davidson, 2012). Bu çalışmada hastanın bir süre kendisini diğer hastalardan izole ettiği ve klinik içi yapılan etkinliklere katılmadığı ancak psikiyatri hemşiresinin kabullenici ve destekleyici yaklaşımı ile küçük de olsa bir adım atıldığı görülmektedir. Bu bağlamda psikiyatri hemşiresi, hastaların sosyal becerilerini geliştirebilmek amacıyla hemşirelik bakım süreci faaliyetleri kapsamında, destekleyici bir yaklaşım sunmalı, hastaların hem diğer hastalarla hem de aile bireyleri ile iletişim ve etkileşime geçebilmesinde yol gösterici ve cesaret verici bir rol üstlenmelidir.

Hemşirelik bakım süreci faaliyetleri doğrultusunda ele alınan bir diğer hemşirelik tanısı ise öz bakım eksikliğidir. Şizofreni semptomları nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri zorlaşmaktadır. (Nawaz ve Jahangir, 2017). Şizofrenide pozitif ve negatif semptomların varlığı, öz bakım becerisini azaltarak günlük yaşamı aktivitelerinin yerine getirilmesini aksatabilir (Villadsen ve Sorensen, 2017). Bu çalışmada hastanın öz bakımını yerine getirebilmesini desteklemek amacıyla küçük girişimlerle hasta için uygun şartlar oluşturulmaya çalışılmış ve yatışının ikinci haftasından itibaren istendik değişimler gözlemlenmiştir. Psikiyatri hemşiresi, öz bakım eksikliği olan hastanın hemşirelik bakım sürecini planlarken öz bakıma engel olan durum ya da düşünceleri tespit etmeli ve girişimlerini bu yönde planlamalıdır.

Bu çalışmada hemşirelik süreci faaliyetlerine paralel olarak anksiyeteye yönelik hemşirelik girişimleri planlanmış ve uygulanmıştır. Bazı çalışmalar şizofreni hastalarında anksiyetenin hem pozitif

(Norman, Mall, Diaz, 1998) hem de negatif (Siris, 1998) belirtilerle ilişkili olabileceğini öne sürmüştür. Yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı hastaların %86.2'sinin anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşıladığı belirtilmiştir (Belene, Belene, Algın, Samancı Erkman, 2010). Psikotik bozukluklarda önemli rol oynayan ve olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilen anksiyete, etkili bir şekilde değerlendirme ve bu doğrultuda önlemler almayı gerektirir (Smith , Garety, Harding ve Hardy, 2021). Bu çalışmada psikiyatri hemşiresinin anksiyeteyi azaltmaya yönelik girişimleri istendik sonuçlar vermiştir. Bu bağlamda psikiyatri hemşiresi anksiyeteyi azaltmaya yönelik girişimlerini planlarken, hastada var olan semptomları ve tetikleyici faktörleri çok iyi gözden geçirmesi gerekmektedir. Tüm bunlar değerlendirildiğinde psikiyatri hemşiresi, hemşirelik bakım süreci faaliyetleri kapsamında hastayı bütüncül olarak değerlendirmeli, hastanın var olan semptomlarına yönelik gerekli hemşirelik girişimlerini planlamalı ve uygulamalıdır.

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanın semptomları ve ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulan hemşirelik bakım planının uygulanması sonucunda Bayan C'nin özgüven ve öz saygısının arttığı, kendisine ve başkalarına yönelik şiddet riskinin ve anksiyete seviyesinin büyük ölçüde düştüğü, şüpheliğinin azaldığı, hasta ile güven ilişkisinin geliştiği, öz bakımına yönelik olumlu ilerlemelerin kaydedildiği, sosyal etkileşiminin arttığı ancak varolanlarına yönelik istendik bir ilerleme kaydedilemediği sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda hemşirelik süreci faaliyetleri, hemşirelik uygulamalarından ne ölçüde sonuçlar alınabildiği, hedeflenen amaçların ne ölçüde gerçekleştiğini, kısacası hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmede yol göstericidir. Psikiyatri hemşireleri, hemşirelik bakımında fark yaratabilmek ve bakımdan elde edilen istendik sonuçları daha görünür kılmak için hemşirelik süreci faaliyetleri aktif bir şekilde uygulamalı ve uygulamaların sonuçlarını bilimsel çalışmalarla desteklemelidir.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Yazarlık katkıları:** Konsept-N.G.B., N.G; Dizayn- N.G.B., N.G; Veri toplama- N.G.B.; Literatür tarama- N.G.B., NG; Yazan-N.G.B.; Kritik revizyon- N.G

### KAYNAKLAR

- AliaKlein, N., O'Rourke, T. M., Goldstein, R. Z., & Malaspina, D. (2007). Insight in to illness and adherence to psychotropic medications arese perately associated with violence severity in a forensic sample. *Agressive Behavior, 33*, 86-96.
- Antonius, D. (2005). Insight and agression in schizophrenia. *Am J Psychiatry, 162*, 2195.
- Bulechek, G. M., Kasap, H. K., & Dochterman J. M. (2010). *NIC- Classificacaodas Intervencoes de Enfermage* (5 th edition, ss. 130-267). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora.
- Belene, E., Belene, A., Algın, F., Samancı, F., & Erkmen, H. (2010). Şizofrenide anksiyete bozuklukları eş tanısı: sosyo demografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23*, 18-24.

- Can, G. & Erol, O. (2012). Nursing student's perspectives about nursing care plans: a Turkish perspective, *International Journal of Nursing Practice*, 18, 12-19.
- Çam, O. & Engin, E. (2014). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi.
- Coldham, E. L., Addington, J., & Addington, D. (2002). Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scand*, 286-290.
- Czobor, P., Volavka, J., Derks, E. M., Bitter, I., Libiger, J., Kahn, R. S. et al. (2013). Insight and hostility as predictors and correlates of non adherence in the European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST). *J Clin Psychopharmacol*, 33, 258-261.
- Demirkol, M. E., Tamam, L., Evlice, Y. E., & Karaytuğ, M.O. (2015). Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Çukurova Medical Journal*, 40(3): 555-568.
- Frank, D. M. & Davidson, L. (2012). Ayakta psikoz tanısı almış hastalarda benlik saygısı deneyimleri: fenomenolojik bir çalışma. *Hümanistik Psikoloji Dergisi*, 52(3), 304-320. Doi: 10.1177/0022167811410603.
- Gürhan, N. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara Nobel Tıp Kitabevi.
- Gönen, A.G., Kaymak, S.U., & Soygür, A. H. (2011). Şizofreni hastalarında şiddet. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics*, 4(2): 57-65.
- Linz, S. J. & Sturm, A. B. (2013). The phenomenon of social isolation in the severely mentally. *Perspective in Psychiatric Care*, 49, 243-254. Doi: 10.1111/ppc.12010.
- Murray, C., Lopez, A. (1996). *The global burden of disease cambridge mass*. Harvard University Press, s: 21.
- Nawaz, N. & Jahangir, S. F. (2017). Physical appearance and poor hygiene patterns: evidence of schizophrenic illness, *J Postgrad MedIns*, 31(2), 147-150.
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., Cortese, L., & Diaz, F. (1998). Aspects of dysphoria and symptoms of schizophrenia. *Psychology Med*, 28, 1433-1441.
- Öztürk, O. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s. 242-324.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II* (11. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2018). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (15. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C., & Herken, H. (Ed.). (2007). *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Stuart, G.W. (2013). *Preventing and Managing Aggressive Behavior. Principles and Practices of Psychiatric Nursing* (10th ed., ss. 572-590). Mosby: Elsevier.
- Siris, S. G. (1998). Post psychotic depression and negative symptoms: an investigation in symptom overlap. *Am J Psychiatry*, 145, 1532-1537.
- Smith, E. L., Garety, P.A., Harding, H., & Hardy, A. (2021). Are there reliable and valid measures of anxiety for people with psychosis? A systematic review of psychometric properties. *The British Psychological Society*, 94, 173-198.
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saude Mental and Psiquiatrica- Conceitos de Cuidadona Pratica Baseadana Evidencia. *Lusociencia*, 507-534.
- Uğur, M., Balcıoğlu, İ., & Kocabaşoğlu, N. (2008). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. *Sempozyum Dizisi*, 62, 49-58.
- Urden, L. D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2015). *Priorities in critical care nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Uzbay, İ. T. (2009). Şizofreni tedavisinde yeni farmakolojik yaklaşımlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20, 175-182.

- Villadsen, D. B., Sorensen, M. T. (2017). Oral hygiene- a challenge in everyday life for people with schizophrenia. *Mental Health Nursing*, 38(8), 643-649. Doi: 10.1080/01612840.2017.1316328.
- Yıldız, M. (2005). Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir? S. Candansayar (Ed.). *Neden nasıl şizofreni* (2. Baskı, ss. 237-268). Ankara: Peday Yayınları.