

## MENTAL RETARDASYON VE ŞİZOFRENİDE EVDE BAKIM; OLGU SUNUMU

### MENTAL RETARDATION AND SCHIZOPHRENIA AT HOME CARE; CASE REPORT

Nesibe GÜNAY MOLU<sup>1</sup>, Birgül ÖZKAN<sup>2</sup>, Ayşe ÖZCAN<sup>3</sup>

#### ÖZET

Kronik psikiyatri hastalarının uygun tedavi, takip ve bakımının sağlanabilmesi için hastalara evde de uygun yaklaşımlar gerekmektedir. Olgumuzda tıbbi tanı olarak Mental Retardasyon, tanımlanmamış şizofreni, sol spastik hemiparazi sekeli mevcuttur. Hasta uzun süreli işlerde çalışmamakta, özbakımını yerine getirmek istememekte, annesi ve ablası ile birlikte yaşamaktadır. Çalışmada hastaya, ailesi de çalışmaya dahil edilerek davranışçı yaklaşıma uygun evde bakım yapılmıştır. Sonuçta ise annesinin ve ablasının desteği azaltılarak hastanın kendi özbakımını yapması ve ilaçlarını kendiliğinden alması sağlanmıştır. Hastanın yaşadığı ortamda olumlu davranışlar geliştirmesi ve devam ettirmesi, bununla birlikte ailenin de yükünün azalması sağlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Mental retardasyon, davranışçı yaklaşım, tanımlanmamış şizofreni, evde bakım izlemi

#### ABSTRACT

To provide appropriate treatment, follow-up and care of chronic psychiatric patients at home, a proper approach to patients is needed. In our case, as a medical diagnosis, mental retardation, unspecified schizophrenia, spastic left hemiparesis sequelae are available. The patient doesn't work in long-term jobs, doesn't want to fulfill his self care, lives with his mother and sister. In the study patient's family is included to the study and home care that appropriates behavioral approach is reviewed. As a result, his mother's and his sister's support is reduced and with making this his own self care and taking his drugs is provided. It is provided to develop positive behaviours and continue them in the lived environment, however, the family's burden is reduced.

**Keywords:** Mental retardation, behavioral approach, unspecified schizophrenia, home care monitoring

\*Günay Molu N, Özkan B, Özcan A (2015) "Mental Retardasyon ve Şizofreni Olan Hastada Davranışçı Yaklaşım ile Evde Bakım; Bir Olgu Sunumu" 4. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi, Belek/Antalya 02-06 Aralık 2015 poster bildirisi olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Araştırma Görevlisi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği A.D.

<sup>2</sup>Yardımcı Doçent Doktor Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği A.D.

<sup>3</sup>Profesör Doktor Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü,

**İletişim/ Corresponding Author: Nesibe GÜNAY MOLU**  
e-posta: ngmolu@konya.edu.tr, nesibe\_gunay@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received :** 03.02.2016  
**Kabul Tarihi / Accepted:** 05.08.2016

## GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal hastalıklar her geçen gün giderek artış göstermekte, erken ölüme ve fonksiyon kaybına neden olmaktadır. Birey rol ve sorumluluklarını yerine getirememekte, bakıma ihtiyaç duymakta ve aileye yük oluşturmaktadır.<sup>1-5</sup> Kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin yaşadığı sıkıntılar, yükler ve güçlükler literatürde yer verilmekte, ayrıca birey ve ailelerin mental hastalık kaynaklı yüklerini azaltmak için bununla ilgili kapsamlı programlarla ailelerin de desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Türkiye’de kronik psikiyatri hastalarının tedavileri hastane ortamı ve bakım evlerinden ziyade hastanın yaşadığı ev ortamında devam etmektedir. Bu nedenle hastalıkların uygun tedavi, izlem ve bakımının sağlanabilmesi için hastalara evde de uygun yaklaşımlarla özel eğitimler sağlanması gerekmektedir.<sup>3,6-8</sup> Özel eğitim gerektiren hastalıklar arasında şizofreni, mental retardasyon, sanrısız bozukluklar gibi hastalıklar yer almaktadır. Mental retardasyon vakalarının %30-70’ine psikiyatrik bozukluklar da eklenmekte ve bu bozukluklar arasında en sık şizofreni görülmektedir.<sup>9</sup> Bu hastalıklara sahip birey ve ailelerin yaşadığı sıkıntılar, yükler ve güçlükler literatürde geçmekte olup bununla ilgili kapsamlı programlar yaparak birey ve ailelerinde desteklenmesi gerektiği vurgulanmakta, bakım yüküyle ilgili gelişen problemlerin çözümünde bilimsel ve sistematik bir yöntem olan hemşirelik sürecinin kullanılması gerekmektedir. Psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumlulukları arasında yer alan bakım süreci bilişsel davranışçı terapiler ile benzer özellikler göstermektedir. Hemşirelik sürecinde olduğu gibi; hasta merkezli olan ve hasta ile hemşire arasında işbirliği gerektiren bilişsel davranışçı terapiler, hemşirelik bakımına önemli katkıda bulunmakta ve psikiyatri hemşireleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda kullanılabilir. <sup>1,2,6,10</sup>

Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin bakımında sadece farmakolojik tedavi

iyileşmede yeterli olmamakta ve hastaların psikososyal açıdan desteklenmeleri de gerekmektedir. Şizofrenide psikososyal tedaviler arasında yer alan bilişsel davranışçı tedaviler, terapötik ilişkiyi oluşturmayı, baş etmeyi, ilaca uyumu ve özbakım becerilerini artırmayı hedeflemektedir. Bu konuda yapılan çalışmalara göre bilişsel davranışçı yaklaşımlar ile psikiyatrik belirtilerin şiddeti, hastalığa eşlik eden depresyon, anksiyete, umutsuzluk düzeyleri azalmakta, benlik saygısı ve yaşam kalitesinin artmaktadır.<sup>11-13</sup> Davranışçı yaklaşım; hastanın içinde bulunduğu doğal çevre içinde kendi kendini yönetme becerisi ve yeterliliklerini kazandırmaya, hastaların edindiği yeni davranışları günlük yaşama aktarmaya ve işlevselliğini artırmaya yönelik bir dizi uygulamayı içermektedir.<sup>12,14-16</sup>

Davranışçı kuramcılardan Skinner’a göre kişilik, soyut, yapısal kavramlardan çok, sürekli tekrarlanan, pekiştirilen davranışların öğrenilmesi ile oluşur. Bu yaklaşımda kişiliğin yapısından ziyade, bu davranışların edinilmesi üzerinde durmaktadır.<sup>10,14</sup> Hastanın duygu ve düşüncelerine değil, davranışlarına yoğunlaşmaktadır. Kuramcılar davranış değişikliklerinin, bilişsel ve duygusal alanda değişime neden olacağına inanmaktadırlar. Teorisyenler gözlenebilir davranışın niceliksel yönüne vurgu yapılmasının önemini açıklamakla birlikte bu davranışların öğrenme yolu ile gerçekleştirilebileceğini ifade etmektedirler. Öğrenme ilkelerinin davranış bozukluklarının analiz ve tedavisine sistematik bir biçimde uygulanması olan davranış terapileri öğrenme teorilerine dayanmaktadırlar. Davranışçı yaklaşımda; olumsuz davranışları bırakıp yerine olumlu davranışları oluşturmak için hastalara uygun ev ödevleri verilmesi ve bu ödevlere uygun çizelgeler yapılması gerekmektedir.<sup>15</sup> Ev ödevleri tedavi ve değişim için bir ölçüt olmakla birlikte, hastanın terapi zamanı dışında da katılımının devam etmesini, tedavide kullanılan uygulamaların günlük hayatta da

sürdürülmesini sağlamaya yardımcı olmaktadır.<sup>17</sup> Bu amaçla kullanılan düşünce ve davranış derecelendirme ölçekleri, kendini gözlemlenme, aşamalı etkinlik planlaması ve yüzleştirme olmak üzere farklı türlerde ev ödevleri bulunmaktadır. Hastanın durumuna uygun ev ödevi tercih edilmelidir. Davranışçı yaklaşımda bir davranışın ortaya çıkma olasılığını güçlendiren ya da artıran uyarılara pekiştirme adı verilmektedir ve bu deneyimler hastaların istedik davranışlarını devam ettirmelerini sağlamaktadır, ancak

hasta için ödül olduğundan emin olmak gerekmektedir.<sup>6,14,15</sup>

Bu çalışmada sunulan vakada da; hastanın yaşam alanı olan kendi evinde, ailesi de çalışmaya dahil edilerek, hastanın kendisine ve ailesine yük oluşturan davranışlarının belirlenmesi ve bu davranışların yerine istedik davranışların geliştirilebilmesi hedeflenmiş olup, bunun için davranışçı yaklaşıma uygun olacak şekilde ev ödevleri verilmesi ve olumlu pekiştirme araçları kullanarak davranışların devamlılığının sağlanması amaçlanmıştır.

### OLGU SUNUMU

Yirmibeş yaşında, bekar, erkek hasta M.S.A. annesi ve ablası ile birlikte yaşamaktadır. Tıbbi tanısı olarak Mental Retardasyon, tanımlanmamış şizofreni, sol spastik hemiparazi sekeli mevcuttur. Hasta 40 haftalık normal kiloda doğmuş, 6 aylıkken hidrosefali ameliyatı geçirmiştir. Ameliyattan sonra sol elini kullanamamış ve ayağında sekel kalmıştır. Sol kolunu kaldırmakta, hareket ettirebilmekte, ancak parmaklarını hareket ettirememektedir. ikibinonüç yılında ayağından ameliyat olmuş ve ayağındaki sekel (aksayarak yürüme) kısmen düzelmiştir. İlkokulu özel eğitim ile tamamlamış, % 85 özürlülük nedeniyle askerlikten muaf edilmiştir. Hasta kronolojik yaşında göstermektedir. Boyu 185 cm ve 130 kg olan hasta uzun süreli işlerde çalışmamaktadır. Son işinden stigma duygusundan dolayı ayrılmıştır. (İki kadın çalışma arkadaşının hasta ile birlikte asansöre binmek istemediklerini fark etmiş ve MSA; “Sanki ben onları yiyeceğim, ben de bir daha onların yanına gitmek istemiyorum” diyerek işten ayrılmıştır.). MSA komşuları tarafından sevilen birisi olduğunu ancak hiç arkadaşı olmadığını belirtmektedir (Annesi bu ifadeyi doğrulamaktadır.) Hasta bağımlılık yapıcı maddelerden sigarayı günde bir-iki paket kullanmakta olup başka madde kullanmamaktadır. Hastanın özbakımını ve diğer işlerini annesi ve ablası yapmaktadır (Banyo ihtiyacını, vücut kıl temizliğini

annesi yapmakta, günlük kıyafet değişimini genellikle annesi ya da ablası yapmaktadır). Hastanın özbakımı yerine getirilirken yakınlarına karşı emir cümleleri kullandığı, istekleri yapılmadığı takdirde daha kötü davranmakla tehdit ettiği ve gerçekten de söylediğini yaptığı ifade edilmektedir (Örneğin sigara içeceğinde “bana kül tabağı getir yoksa yere atarım”, getirmediğinde daha önce yere attığı ifade edilmektedir.). Hastanın ablasının ifadesine göre hastanın annesi bu davranışları desteklemekte, (“hadi kızım getiriver yoksa temizliği daha zor olur”) hasta şuanda ablasına tüm işlerini tehditle yaptırmakta ve annesi yaşlı ve hasta olduğu için annesine bu şekilde davranmamaktadır. Hasta ilaçlarını almak istememekte ya da annesi tarafından verilen para karşılığında içirilmektedir (Sekonder kazanç gelişmiş durumda, aile de ilacı içirebilmek için bu kazançları desteklemektedir.). Kontrolsüz ve aileyi rahatsız edecek şekilde para harcamaları mevcuttur. Ailesine karşı fiziksel şiddet uygulamamakta ancak psikolojik şiddet uyguladığı ifade edilmektedir. Hasta doktor kontrollerine ve ayda bir psikolog ile görüşmelere kendisi gitmekte ancak Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) gitmek istememektedir. TRSM’ye gitmek istememe nedeni olarak oradaki kişileri görmek istemediğini ve onlardan etkilendiğini ifade

etmektedir. (“ben onlar gibi deli değilim” ifadesini kullandı.).

Mart 2015-Temmuz 2015 tarihleri arasında hastanın evinde ilk iki ay ortalama haftada bir, beşinci ay iki haftada bir, son ay ise ayda bir olmak üzere toplamda 10 görüşme yapılmıştır (Tablo 3). Bu görüşme öncesi ve sonrası haftalık alanda ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında uzman öğretim üyelerinden süpervizyon alınmıştır. Bu bağlamda öğretim üyeleri ile olan tartışmaların sonunda bir sonraki görüşme içeriği yapılandırılmıştır. Hasta ile her görüşmeden önce iki öğretim üyesi ile görüşerek içerik yapılandırılmış ve görüşmeden sonra aynı öğretim üyeleri ile tekrar görüşerek geri bildirimler aktarılmıştır. Hasta ile her görüşme öncesi ve sonrası tekrar edilmiştir.

*Birinci görüşme* veri toplama ve problem tanımı, ikinci görüşme hastalığı hakkında hasta ve ailesi ile görüşme (ilaçlarını almak istemiyor) ve bilgilendirme, *İkinci görüşme* de hastanın içgörüsü değerlendirildi. İçgörüsü yetersiz olan hastaya hastalığı

hakkında eğitim verilerek, ilaç kullanımının, TRSM’ye kontrollere düzenli olarak gitmesinin önemi hakkında vurgu yapıldı. İlaç kullanma konusunda hasta ile birlikte ilaç kullanma davranış çizelgesi yapıldı (Tablo 1). Hastanın kullanmayı istediği sıraya göre ilaçlar sıralandı. Hastanın ilacını itiraz etmeden alması durumunda ilgili alana işaretleme yapması istendi. Bir sonraki haftadaki görüşmede yapılan çizelgenin değerlendirilmesi planlanarak görüşme tamamlandı. *Üçüncü görüşmede* çizelgesinin büyük çoğunluğunun işaretlemesinin tamamlandığı görüldü, annesi ilaçları itiraz etmeden aldığını ancak iki gün yine para karşılığında ilaçlarını kullandığını ve işaretlemelerin tümünü kendisinin yaptığını ifade etti. Hasta ile uyum gösterdiği günlerin sayısı daha fazlaydı ve olumlu pekiştireçler kullanıldı. İlaç kullanımına kısmen uyum sağladığı ancak yeterli olmadığı belirlendi. *Üçüncü görüşme sonunda* ilaç almak istemediği günlerin nedenleri hakkında görüşüldü ve bir sonraki hafta için hasta ile birlikte tekrar çizelge yapıldı (Tablo 3).

**Tablo 1.** Haftalık İlaç Kullanma Davranış İzlemi

İlaçlar	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi pazar
Depakin						
Karazepin						
Rixper						
Citol						

Hastanın özbakımını ve kişisel ihtiyaçlarını giderme konusunda sorumluluk almadığı ve sekonder kazançlarının fazla olduğu saptandı. Ailesinin bu sekonder kazançları desteklediği belirlendi. Sekonder kazançları desteklediği için hastanın bağımlılığı artmakta ve özbakım sorumluluklarını yerine getirememektedir. Sekonder kazançlarının azaltılması ve özbakım gücünü artırmak için yine davranış çizelgelerinden yararlanılmaya karar verildi.

Aileye söz konusu kazançların desteklenmemesi gerektiği konusunda bilgi verildi ve ev ödevlerine uyumu konusunda hastayı desteklemelerinin önemi vurgulandı. Hasta ile birlikte öncelikli olarak yapabileceği ve yapmak istediği görevler özbakım listesinde sıralandı. Hastanın uyumunun artırılması için öncelikli olarak birinci sıradaki gömlek değiştirme işlevi ev ödevi olarak kararlaştırıldı (Tablo 2).

**Tablo 2.** Yapması Gereken Davranışların Haftalık İzlemi

Özbakım listesi	Pazartesi	Çarşamba	Cumartesi	Gerektiğinde
Gömlek				
Çorap				
Pantolon				
Yiyecek içecek ulaşma				

Dördüncü görüşmede ilaç uyumunun daha uyumlu şekilde devam ettiği, gömlek değiştirme ödevine uyumun da kısmen sağlandığı görüldü. Annesinin hatırlatması ve yardımı ile haftada iki defa kıyafet değiştirdiğini, diğer günlerde annesi tarafından değiştirildiğini ifade etti. Uyumsuzluk nedeni olarak annesine ceza vermek amaçlı olduğu saptandı. Beş ve altıncı görüşmede verilen ev ödevleri özbakımını düzenli yapması ve ilaçlarını düzenli alması için desteklenerek devam etti, yedi, sekiz ve dokuzuncu görüşmelerde

annesinin desteği en aza indirilerek özbakımını yapması (sıra ile kıyafet değişikliği ihtiyacı olduğunu fark edebilme, kıyafetlerine karar verme, gömleğini kendisi giyebilme, diğer kıyafetlerini değiştirebilme becerisi) ve ilaçlarını kendiliğinden alması sağlandı. Onuncu görüşmede ise planlı bir biçimde görüşme sonlandırılmıştır (Tablo 3). Her görüşme sonrasında ev ödevleri verilmiş, uyum gösterdiği her davranış için olumlu pekiştireçler kullanılmıştır. Uyum göstermediği davranışların gerekçeleri belirlenerek çözümlenmiştir.

**Tablo 3.** Görüşmelerin İçeriği

<b>Birinci görüşme</b>	Veri toplama ve problem tanımı
<b>İkinci görüşme</b>	Hastalığı hakkında hasta ve ailesi ile görüşme, İçgörüsünü değerlendirme, İlaç kullanımı ve TRSM'ye düzenli gitme konusunda psikoeğitim ✓ İlaç kullanma davranış çizelgesi (Tablo 1) ✓ Hastanın isteğine göre ilaçları sıralama ✓ Davranış çizelgesini kullanma eğitimi
<b>Üçüncü görüşme</b>	Davranış çizelgesinin değerlendirilmesi Olumlu pekiştireçlerin kullanılması Uyumsuzluğun nedenlerinin görüşülmesi Tekrar davranış çizelgesi oluşturulması (Tablo 2)
<b>Dördüncü görüşme</b>	Davranış çizelgelerinin değerlendirilmesi Uyumsuzluk nedenlerinin saptanması
<b>Beş ve altıncı görüşme</b>	Ev ödevleri Davranış çizelgelerinin değerlendirilmesi ve desteklenmesi
<b>Yedi, sekiz ve dokuzuncu görüşme</b>	Annesinin desteğinin azaltılarak özbakımını yapmasının desteklenmesi Davranış çizelgelerinin değerlendirilmesi
<b>Onuncu görüşme</b>	Görüşmenin sonlandırılması

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmada davranışçı yaklaşımda ev ödevi türlerinden olan aşamalı etkinlik planlaması yöntemi kullanılmıştır. Bu tekniğe göre hastaların yapmak istedikleri şeylerin listesini oluşturup kendilerine göre öncelik sırasını belirleyebilmeleri beklenmektedir. Bu liste kendi içinde bölünerek hastanın gücü ölçüsünde yapabileceği şekilde ev ödevi olarak verilmelidir.<sup>17</sup> Bu çalışmada da hastanın bu listeyi oluşturması istenmiş ve hastanın önceliklerini sıraya koyması sağlanmıştır. Davranışçı yaklaşım ilkelerinden yararlanılarak hastada kendi ilaçlarını içmesi gerektiğini hatırlayıp, içmesini sağlamak için davranış çizelgesi oluşturulmuş ve çizelgeleri değerlendirirken davranışın devamını sağlamak amacı ile olumlu pekiştireçler kullanılmıştır (her olumlu sonuç için yıldız biriktirilmiş ve yıldız sayısı istenilen miktara ulaştığında ailesi ile birlikte karar verdikleri bir yerde kahvaltı yapmaları sağlanmıştır) Mortan ve ark 2011 yılında işitsel hallüsinasyonu olan hastalar ile yaptıkları çalışmada bilişsel davranışçı yaklaşımlar ile hastaların ilaca olan uyumlarının arttığını bildirmişlerdir.<sup>12</sup> Çalışmamızda da hastanın aşamalı olarak özbakım ile ilgili sorumluluk almasını sağlamak amacı ile tekrarlı davranış çizelgeleri kullanılmış ve davranış değişikliklerinin oluşması sağlanmıştır. Burada hedef kendi yapabileceği işlevleri yerine getirmesini sağlayarak, hastanın aileye olan bağımlılığını azaltmak ve bakım verenlerin hasta bireyin rol ve işlevlerini yerine getirmekten dolayı oluşan yükünü de en aza indirmektir. Çeşitli araştırmalarda bildirildiği gibi kronik psikiyatri hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşadığı yükler yadsınmayacak kadar çoktur. Bakım veren aile üyelerinin yaşadığı yüklerin belirlenip, en aza indirilmesi için hastanın kendi gereksinimlerini karşılamaya çalışması ya da bağımlılığının azaltılması, bakım verenlerin ve alanların yaşam kalitesini yükseltmektedir.<sup>3,5,18-20</sup>

Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık oranı yükseldikçe bakım veren aile üyelerinin yaşadığı yük oranı azalabilir.<sup>19</sup> Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki banyo, yemek yeme, giyinme, yürüme, ilaç alımı konularındaki bağımlılığının artması ailenin yaşadığı yükü artırmakta iken, hastalara rehabilitasyon amaçlı uygulanan psikososyal müdahaleler ve ailenin tedavi programlarına dahil edilmesinin aile yükünü azalttığı ifade edilmektedir.<sup>18-23</sup> Bu çalışmada da aile yükünün azaltılmasına, hasta ve aile katılımının artırılmasına önem verildi.

Tüm görüşmeler hastanın yaşadığı evde, aile ile birlikte yapılmıştır. Birey ve aileye uygulanan sağlık müdahaleleri ve bakım alma özellikleri açısından evde bakımın, hastane ortamındaki bakımdan farklı olduğu bilinmektedir. Özellikle kronik psikiyatri hastalarının ve ailelerinin algıladıkları yükü azaltmak için yaşadıkları ortamda da desteklenmeleri gerekmektedir. Şizofreni hastaları hastaneden taburcu olduktan sonra; destekleyici bir aile yapısına sahip olmadıklarında, destek sistemleri yetersiz kalmakta ya da tedaviye uyumları bozulabilmekte ve hastanede yatış süreleri de uzamaktadır.<sup>24</sup> Bu nedenle kronik ruhsal hastalıklar nedeniyle birçok açıdan etkilenen bireyin sağlık profesyonelleri tarafından evlerinde takip edilmeleri gerekmektedir. Özellikle yeti yitimine neden olan şizofrenik bozukluklar, majör depresyon, bipolar affektif bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar evde bakım sağlanması gereken önemli kronik psikiyatrik bozukluklardadır.<sup>25</sup> Özellikle bu hastalara evde bakımda psikososyal müdahaleler yapılarak hastaların ve ailelerin baş etme becerileri artırılmaktadır. Evde bakımda hastaların benlik kavramlarını geliştirmek, içgörülerini artırmak, duygularını tanıma ve anlamalarına yardım etmek, ekipler arası işbirliğini artırmak için uygulanan bilişsel terapi, aile



terapisi ve davranışsal yöntemler psikososyal müdahaleler arasında yer almaktadır.<sup>25</sup>

Evde bakım hizmeti alan hastaların hastalık belirtilerinin azaldığı, kişilerarası ilişkilerinde ve toplumsal davranışlarında iyileşme geliştiği, hasta ve bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin arttığı bildirilmektedir.<sup>25</sup> Evde bakım hizmetleri; hastaların bağımsızlıklarına ulaşmalarını sağlayarak yaşam kalitelerini geliştirmelerine dayanmaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ve yakınlarının, yaşam kalitesini değerlendirmenin ve etkileyen faktörleri belirlemenin, sağlığın geliştirilmesinde ve bakımda yeni stratejilerin oluşturulmasında önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir.<sup>20-23</sup> Schoenmakers ve ark (2010) demanslı hastalara bakım veren ailelerin evde profesyoneller tarafından desteklenmesinin yararlı olduğunu bildirmişlerdir.<sup>4</sup>

Gereksinimi olan hasta ve ailesine evde bakım hizmetlerini çoğunlukla evde bakım hizmet kurumları, ziyaretçi hemşireler,

hastaneler ve hemşirelik hizmetleri yürütmektedir.<sup>23</sup> Birçok ülkede evde bakım hizmetlerinde, terapistler kadar hemşireler de sağlık profesyonelleri arasında yer almaktadır.<sup>8</sup> Hemşirelerin yaptıkları evde bakım uygulamalarına birden çok ev ziyaretleri, çok boyutlu tarama ve değerlendirme, çok değişkenli kanıta dayalı hemşirelik girişim stratejileri, yoğun vaka yönetimi, meslekler arası işbirliği ve teori kullanımı dahil olmalıdır.<sup>26</sup> Tedaviye uyum, krize müdahale, bireysel evlilik, aile ya da grup danışmanlığı, psikoterapötik girişimlere uygulamada yer verilmeli, ziyaret ve girişimler değerlendirilmelidir. Bu bağlamda, evde bakım hizmetini sunan hemşireler, bakım ihtiyaçlarına temellenen bir ziyarette hasta ve ailesine kendi evlerinde hemşirelik bakımı sağlamaktadırlar. Ev ziyareti sırasında ekibin içten olması, bununla beraber profesyonel sınırlılığı koruyabilmesi önemlidir.<sup>2,18</sup>

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; bu olguda hastanın yaşadığı ortamda olumlu davranışlar geliştirmesi ve devam ettirmesi sağlanmıştır. Hasta ilaçlarını düzenli olarak almaya ve özbakımını yapmaya başlamış, ailenin de olumlu geri bildirimleri olmuştur. Hasta yakınları; hastanın sekonder kazançlarının azalması ile ailenin üzerinde oluşan yükün de azaldığını ifade etmişlerdir. Hastaların yaşadığı ortamlarda ailesi ile birlikte bütüncül ele alınması, davranış değişikliklerinin gözlemlenebilmesi, var olan problemlerin daha net görülmesine, güven ilişkisinin gelişmesine ve çözümünün de daha kolay oluşmasına olanak sağlamıştır. Özellikle hasta ve ailesini değerlendirme ve

sorunlarını saptama ve uygun müdahaleyi yapabilme becerisi olan hemşirelerin varlığı çok önemlidir. Bu vakada da evde bakım izlem modelinde hemşirelik girişimlerinin önemini tespit etmek amaçlanmış ve bu amacın büyük ölçüde gerçekleştiği saptanmıştır.

Hastada var olan davranış değişikliklerinin devam etmesi için; hemşirelerin evde bakım çalışmalarının yaygınlaşması ve bunlardan alınan sonuçların ilgililerle paylaşılmasının hastalar, aileleri, kurumlar ve sağlık çalışanlarına da birçok katkı sağlayacağı, ayrıca psikiyatri hemşireliğinin görünürlüğünü de artıracığı düşünülmektedir.

#### KAYNAKLAR

- Alataş, G., Kahiloğulları Akfer, K., Medaim, Y. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf> Erişim tarihi: 02.08.2015
- Çam O., (2014). Psikiyatrik Rehabilitasyon/İyileştirim ve Evde Bakım. Olcay Çam. (Ed.), Esra Engin, (Ed.), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. (s:1049-1073). İstanbul Medikal Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti: 1. Baskı
- Duman, Z.Ç., Bademli, K. (2013). Families of Chronic Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 5(1):78-94. doi: 10.5455/cap.20130506
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., DeLepeleire, J. (2010). Supporting The Dementia Family Caregiver: The Effect of Home Care Intervention on General Well-Being. *Aging and Mental Health*. 14(1):44-56. doi: 10.1080/13607860902845533
- Tel, H., Ertekin, Ş.P. (2013). Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 4(3): 145-52. doi: 10.5505/phd.2013.58088
- Ak, M., Yavuz, K.F., Lapsekili, N., Türkçapar, M.H. (2012). Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 25(4): 330-7. doi: 10.5350/DAJPN2012250405
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a Psycho-Educational Intervention for Reducing Burden in Latin American Families of Patients with Schizophrenia. *Quality of Life Research*. 16(5): 739-47. doi: 10.1007/s11136-007-9173-9
- Hallberg, I.R., Cabrera, E., Jolley, D., Raamat, K., Renom-Guiteras, A., Verbeek, H., et al. (2014). Professional Care Providers In Dementia Care in Eight European Countries; Their Training and Involvement in Early Dementia Stage and in Home Care. *Dementia*. 0(0): 1-27. doi: 10.1177/1471301214548520
- Doğangün, B. (2008). Özel Eğitim Gerektiren Psikiyatrik Durumlar. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. 62: 27.
- Demiralp, M., Oflaz, F. (2007). Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8: 132-9.
- Zanello, A., Mohr, S., Merlo, M.C., Huguelet, P., Rey-Bellet, P. (2014). Effectiveness of a Brief Group Cognitive Behavioral Therapy for Auditory Verbal Hallucinations: A 6-Month Follow-Up Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 202(2): 144-53. doi: 10.1097/NMD.0000000000000084.
- Mortan, O., Sütcü, S.T. (2011). İşitsel Varsanılarda Bilişsel-Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(4). doi:10.5455/cap.20110329
- Addington, J., Epstein, I., Liu, L., French, P., Boydell, K.M., Zipursky, R.B. (2011). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *Schizophrenia Research*. 125(1): 54-61. doi:10.1016/j.schres.2010.10.015
- Türkçapar, M.H., Sargin, A.E. (2012). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 1: 7-14.
- Stuart, G., Sundeen, S.J. (1987). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. *C.V. Mosby Comp.: Saint Louis*; 41-59.
- Dikeç, G., Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 6(1): 40-6. doi:10.5505/phd.2015.69875
- Soylu, C., Topaloğlu, C. (2015). Bilişsel Davranışçı Terapi Ev Ödevi Uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 7(3): 280-8. doi:10.5455/cap.20141029012248
- Arslantaş, H., Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(2).
- Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A. (2013). Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 14(1): 19-26. doi:10.5455/apd.34460
- Çoban, S.A., Özkan, B., Medik, K., Saraç, B. (2013). Bipolar Bozukluğu Olan Bireyler ve Bakımverenlerinin Yaşam Kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 4(2): 61-6. doi: 10.5505/phd.2013.58070
- Ertem, G., Kaklım, A., Bulut, S., Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2(2): 3-12.
- Ishak, W.W., Greenberg, J.M., Balayan, K., Kapitanski, N., Jeffrey, J., Fathy, H., et al. (2011). Quality of Life: The Ultimate Outcome Measure of Interventions in Major Depressive Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*. 19(5): 229-39. doi: 10.3109/10673229.2011.614099.
- Özer, Ö., Şantaş, F. (2012). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. (3)2: 96-103.
- Kavak, F., Ekinci, M. (2014). Kendi Evlerinde Yaşayan ve Korunmalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(1).
- Kaya, H., Özkan, B., Ayhan, F., Gökalp, G. (2015). Evde Bakımda Kanıtı Dayalı Psikososyal Müdahaleler. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*. 2(2).
- Markle-Reid, M., Browne, G., Gafni, A. (2013). Nurse-led Health Promotion Interventions Improve Quality of Life in Frail Older Home Care Clients: Lessons Learned from Three Randomized Trials in Ontario, Canada. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 19(1): 118-31. doi:10.1111/j.1365-753.2011.01782.x