

Depresyon Tanılı Bir Hastada Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Temelinde Bir Bakım Planı

Functional Health Pattern Model Based Care Plan for a Depression Diagnosed Patient

Münire Temel¹ , Fatma Yasemin Kutlu² 



DOI: 10.26650/FNJN287469

ORCID IDs of the authors: M.T. 0000-0002-8099-6287; F.Y. 0000-0003-0596-4258

¹Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Tekirdağ, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sorumlu yazar/Corresponding author:

Münire Temel,
Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Hemşirelik Bölümü, Tekirdağ, Türkiye

E-posta/E-mail: tmunire@yahoo.com

Geliş tarihi/Date of receipt: 23.01.2017

Kabul tarihi/Date of acceptance: 26.06.2018

Cite this article as: Temel, M. ve Kutlu, F. Y. (2019). Functional Health Pattern Model based care plan for a depression diagnosed patient. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing*, 27(1), 91-103. <https://doi.org/10.26650/FNJN287469>

©Copyright 2019 by İstanbul University-Cerrahpaşa Florence Nightingale Faculty of Nursing. Available on-line at <http://fnjn.istanbul.edu.tr>

ÖZ

Depresyon ruhsal hastalıklar içinde en sık görülen, uzun süreli atakları olan, intihar riski ve iş gücü kaybı oluşturan, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti yitimine yol açan, sosyal ve ekonomik maliyeti yüksek bir hastalıktır. Depresyon tanılı bir hastanın hemşirelik bakımındaki amaç; hastanın güvenliğinin sağlanması, mümkün olduğunca bağımsızlığının desteklenmesi, hastalık öncesi dengeyi yeniden kurabilmesi ve iyilik halini sürdürebilmesidir. Olgu intihar girişimi ve ardından devam eden intihar düşünceleri, suçluluk duygusu, mutsuzluk, isteksizlik gibi semptomlarla polikliniğe başvurmuş, orta depresif nöbet tanısıyla psikiyatri kliniğine yatırılmıştır. Hasta yatışının ikinci günü Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli doğrultusunda değerlendirildi ve 'beden gereksiniminden az beslenme, umutsuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal etkileşimde bozulma, kendine zarar verme riski, bireysel baş etmede yetersizlik' gibi hemşirelik tanıları belirlendi. İlaç tedavisi alan hastaya, belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda hemşirelik girişimleri uygulandı. Uygulanan bakımın hastanın iyileşmesine olumlu katkı sağladığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, hemşirelik süreci

ABSTRACT

Depression is the most frequent disorder among mental disorders, with frequent attacks, high suicidal risks, causing loss of labour-force, as well as to loss of serious physical and psycho-social skills, and also is economically and socially overcosting. The aim of nursing care for depression diagnosed patients is to provide security, to support their independence as much as possible, to help the patient rebuild the harmony at pre-diagnosis level, and to continue their well-being. This case applied to the hospital after an attempt to commit suicide, having continuous thoughts of suicide, guilt feelings, unhappiness, unwillingness, and was hospitalised with a diagnosis of medium depressive seizure. The patient was evaluated via nursing care model of Gordon's Functional Health Patterns on the second day of hospitalisation, and was diagnosed with 'Nutrition, imbalanced: less than body requirements, hopelessness, decrease in self-esteem, impaired social interaction, risk of self-harm, ineffective individual coping'. Nursing care was applied to the medication administered patient within the framework of nursing diagnosis. It was seen that the applied care provided positive support to the healing process of the patient.

Keywords: Depression, Functional Health Patterns Model, nursing process

EXTENDED ABSTRACT

Depression is the most frequent disorder among mental disorders, with frequent attacks, high suicidal risks, causing loss of labour-force, as well as loss of serious physical and psycho-social skills, and is also economically and socially overcosting (Lazarou, Kouta, Kapsou and Kaite, 2011; Sato and Yeh-Lieh, 2013; Türkçapar, 2011). The medical treatment of depression focuses on the aetiology and its symptomatic relief; however, it is not concerned with problems related to the reactions of the patients to their disorder, the interaction with their environment, or their management of the disorder (Williams and Hagerty, 2005). Therefore, when versatile decay within the lives of both the patients and their families are considered depression can be said to be an unavoidable element of nursing care (Delaney and Barrare, 2012; Ertekin-Pinar and Tel, 2012; Haugan, Innstrand and Moksnes, 2013; Lazarou et al., 2011; Mitchell and Kakkadasam, 2011; Young, 2013). The aim of nursing care for depression diagnosed patients is to provide security, to support their independence as much as possible, to help the patient rebuild the harmony at pre-diagnosis level, and to continue their well-being (Boyd, 2008; Stuart, 2009; Varcariolis and Halter, 2009).

Marjory Gordon developed the 'Functional Health Patterns Model', which enables the process of data collection and analysis in nursing. The model makes it possible to improve critical thinking and therapeutic decision-making skills in nursing and directs the caregiving process. The approach to nursing care and the model developed by Gordon is based on holistic approach. This model focuses on the definition of human response, the interpretation of health-related attitudes through observation, the inclusion of human relations, and proof-based judgements. The Functional Health Patterns Model consists of 11 interdependent and interrelated functional patterns, which enable health, quality of life, and the potential success of human. These patterns are named Health Perception-Health Management, Nutritional-Metabolic, Elimination, Activity-Exercise, Sleep-Rest, Cognitive-Perceptual, Self Perception-Self-Concept, Role-Relationships, Sexuality-Reproductive, Coping Stress-Tolerance, Value-Belief Patterns (Gordon, 2003; Jones, Duffy, Fianagan and Foster, 2012). Since the patterns within the model include functional features of human beings, it can assess the individuals and their reactions in a wide aspect and in every medical diagnosis (Fernandez-Sola et al. 2012; Gordon, 2003). This model is able to determine not only the complaints, limitations, and problems of an individual or a family, but also the coping skills and positive healthcare practices applied in previous problems (Biol, 2008).

This patient applied to the hospital after an attempt to commit suicide, having continuous thoughts of suicide, guilt feelings, unhappiness, unwillingness, and was hospitalised with a diagnosis of medium depressive seizure. The patient was evaluated via nursing care model of Gordon's functional health patterns on the second day of hospitalisation, and was diagnosed with 'Nutrition, imbalanced: less than body requirements, hopelessness, decrease in self-esteem, impaired social interaction, risk of self-harm, ineffective individual coping, ineffective therapeutic regimen management, impaired social interaction, disturbed thought processes, fatigue, constipation'. Nursing care was applied to the medication administered patient within the framework of nursing diagnosis. Nursing care was maintained during hospitalisation. Beck Depression Scale, Beck Hopelessness Scale and Depression Coping Self-Efficacy Scale were used during hospitalisation, discharge and 3 months after discharge.

In conclusion, in this case with depression diagnosis, it was noted that the Functional Healthcare Pattern Models-based nursing care plan, which addresses the cognitive, emotive, and behavioural processes in a holistic approach, was helpful in coping with depression. Moreover, it was seen that the applied care provided positive support to the healing process of the patient. However, it was also concluded that nursing care should not be limited to the hospitalisation period, but monitoring after discharge should be maintained as well in order to maintain healing for a long term.

GİRİŞ

Depresyon ruhsal hastalıklar içinde en sık görülen, uzun süreli atakları olan, intihar riski ve iş gücü kaybı oluşturan, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti yitimine yol açan, sosyal ve ekonomik maliyeti yüksek bir hastalıktır. Tedavi edilebilen bir hastalık olmakla birlikte zamanında tedavi edilmemesi veya yetersiz tedavi depresyonun kronikleşmesi ve yinelemesine neden olmaktadır (Lazarou, Kouta, Kapsou, Kaite, 2011; Sato ve Yeh-Lieh, 2013; Türkçapar, 2011).

Depresyonda, uyku, iştah, düşünme biçimi, çalışma yeteneği, gelecek beklentisi, eğlenme, cinsellik, aile ve arkadaş ilişkileri, enerji düzeyi ve yaşama isteği ile ilgili bedensel, bilişsel, davranışsal, duygusal ve sosyal tüm alanları içeren çeşitli belirti ve bulgular ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler sıklıkla; üzüntü ve elem hissi, anksiyete, genel isteksizlik, enerji azlığı ve çabuk yorulma, psikomotor yavaşlama, eskiden zevk alınan şeylerden zevk almama, ilgi ve eylemlerde azalma, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma, ağlama, dikkati yoğunlaştırmada zorlanma, iş ve sosyal yetilerde gerileme, geleceğe karamsar ve umutsuz bakış, yetersizlik, değersizlik, suçluluk hisleri, intihar düşünceleri, cinsel isteksizlik, uykusuzluk, kişisel bakımda eksiklik, kabızlık, iştahta azalma ve kilo kaybıdır. Bazı hastalarda bedensel yakınmalar, psikotik olgularda varsanılar da olabilir (Ançel, 2007; Boyd, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Stuart, 2009; Varcarolis ve Halter, 2009).

Depresyon tedavisinde yaygın olarak farmakolojik ajanlar kullanılmakta, bununla birlikte farklı psikoterapi tekniklerinden de yararlanılmaktadır (Gersner, Rosenberg, Dannon, 2012; Leahy ve Holland, 2009). Tedavi sonrasında tam düzelme görülebilirken, hastanın kısmi düzeldiği ve hiç düzelmediği durumlara da sıkça rastlanmaktadır. Hastalığın şiddeti ve yinelemesi arttıkça psikososyal fonksiyonları, yaşam kalitesi ve işlevsellik daha fazla düşmek-

tedir (Akkaya Eker, Sarandol, Cangur ve Kırılı, 2013; Karabekiroğlu, Topçuoğlu, Gönentür ve Karabekiroğlu, 2010; Özyüksel ve Uluğ, 2007; Sato ve Yeh-Lieh, 2013; Yılmaz ve ark., 2013).

Depresyonun tıbbi tedavisi hastalığın etyolojisine ve gelişen semptomları gidermeye odaklanmakta, ancak hastanın hastalığına gösterdiği tepkilerine, hastanın çevre etkileşimiyle veya hastalığı yönetebilmesiyle ilgili problemlerine yeterince eğilmemektedir (Williams ve Hagerty, 2005). Depresyonun hasta ve ailesinin yaşamında meydana getirdiği çok yönlü bozulmalar göz önüne alındığında hastalığın bakımının da çok yönlü olması kaçınılmazdır. Bu nedenle hastayla uzun süreli vakit geçiren ve yakın ilişkide olan hemşireler depresyondaki bir hastanın bakımında önemli sorumluluklar üstlenmelidir (Delaney ve Barrare, 2012; Ertekin ve Tel, 2012; Haugan, Innstrand, Moksnes, 2013; Lazarou ve ark., 2011; Mitchell ve Kakkadasam, 2011; Williams ve Hagerty, 2005; Young, 2013).

Depresyon tanılı bir hastanın hemşirelik bakımındaki amaç; hastanın güvenliğinin sağlanması, mümkün olduğunca bağımsızlığının desteklenmesi, hastalık öncesi dengeyi yeniden kurabilmesi ve iyilik halini sürdürebilmesidir (Boyd, 2008; Stuart, 2009; Varcarolis ve Halter, 2009). Hemşirenin hastanın bulunduğu ortamı yapılandırmasının, hastaya gösterdiği tutum ve davranışların, hastayla kurduğu terapötik ilişkinin iyileşme sürecinde güçlü bir etkisi vardır (Ançel, 2007; Engin ve Ergün, 2014; Ertekin ve Tel, 2012; Haugan ve ark., 2013).

Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli (FSÖM) (1982), hemşirelik sürecini uygulamada veri toplamayı standarde eden, hemşirelik tanısı belirlemeyi kolaylaştıran, kritik düşünmeyi ve terapötik karar verme becerisini geliştirmeye olanak sağlayan bir model olarak hemşirelik bakımına yön verir. Model sağlığı, yaşamın kalitesine ve insanın potansiyel başarısına yardımcı olan birbiriyle ilişkili on bir fonksiyonel sağlık örüntüsüyle

Tablo 1. FSÖM'nde yer alan örüntüler ve tanımları

Örüntü adı	Açıklama
1-Sağlığın algılaması-sağlığın yönetim biçimi	Bireyin sağlığı ve iyilik halini nasıl algıladığını ve nasıl yönettiğini tanımlar.
2-Beslenme şekli ve metabolik durumu	Metabolik gereksinimlerine göre yeme-içme tüketimini tanımlar.
3-Boşaltım	Barsaklar, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimini tanımlar.
4-Aktivite-egzersiz	Bireyin aktivitelerini, yaptığı egzersiz, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlar.
5-Uyku-istirahat	Uyku, istirahat ve relaksasyon (gevşeme, dinlenme) biçimini tanımlar.
6-Bilişsel-algılama	Bireyin duyuşsal algılama ve biliş durumunu tanımlar.
7-Kendini algılama-kavrama	Bireyin kendini algılama ve kavrama, rahatlatma, beden bilinci ve duyuşsal durumunu tanımlar.
8- Rol-ilişki	Üstlendiği rol ve ilişkileri tanımlar.
9-Cinsellik ve üreme	Cinsel yaşamdaki doyum/doyumsuzluk ve üreme şeklini tanımlar.
10-Baş etme, stresi tolere etme	Genelde stres ile baş etme ve stresi tolere etmede etkinliğini tanımlar.
11-İnanç ve değerleri	İnançları (ruhsal durumu) ya da karar ve seçeneklerine yön veren amaçları tanımlar.

(Biol 2008).

tanımlar ve sağlıklı/hasta bireyi bütüncül bakış açısıyla görür (Tablo 1). Örüntülerde yer alan değerlendirme kategorileri biyomedikal kategorilerden ve insan fonksiyonunun sadece bir parçasına odaklanan günlük yaşam aktivitelerinden farklıdır. Örüntülerin her biri birbiri ile ilişkili ve birbirine bağımlıdır. Bir örüntüdeki problem diğer örüntüdeki bir problemin nedeni olabilir. Bu açıdan her örüntü diğer örüntülerin bağlamında değerlendirilmelidir (Gordon, 2003). Modelde yer alan örüntüler, insanın fonksiyonel özelliklerini temsil ettiği/içerdiği için geniş bir kapsamda, her sağlık düzeyinde, her tür tıbbi tanıda insanı ve insanın tepkilerini değerlendirebilir (Fernandez-Sola ve ark. 2012; Gordon, 2003). Bireyin sağlık durumunu ve yaşam şeklini biyolojik, psikososyal ve spiritüel fonksiyonlarıyla birlikte gözden geçirme imkanı sağlayarak, tüm gereksinimlerine odaklaşmayı kolaylaştırır (Biol, 2008; Gordon, 1998; Gordon, 2003; Jones, Duffy, Fianagan, Foster, 2012; Pektekin, 2013). FSÖM ile yapılan değerlendirme, problemi tanımlamakla kalmaz, problemin etyolojisini ve baş etme becerilerini de ortaya koyar (Biol, 2008).

Ülkemizde FSÖM kullanılarak fiziksel hastalığı bulunan hastalarda (Hatipoğlu ve ark., 2003; Gürler ve Yılmaz, 2011; Yılmaz ve Çiftçi, 2010), yaşlı bireylerde (Güler ve ark., 2012; Gümüş-Babacan, Şıpkın ve Keskin, 2012) yapılan tanımlayıcı özellikteki çalışmalar modelinin bireylerin sağlık sorunlarını bütüncül olarak değerlendirmede yararlı olduğunu belirtmektedir. Modele dayalı hemşirelik değerlendirmesi ve girişimlerinin uygulandığı kadın sağlığı alanındaki yapılmış iki girişimsel çalışmada da olumlu sonuçlar bildirilmiştir (Candan, 2012; Erbaş, 2017). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde modelin kullanıldığı tanımlayıcı çalışmalar (Sabancıoğulları ve ark. 2011) olmasına rağmen girişimsel çalışmalara rastlanmamıştır. Buradan hareketle bu çalışmanın amacı depresyon tanılı bir olguya FSÖM doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının depresyonla baş etmesine yönelik katkısını değerlendirmektir.

OLGU

M.T. 30 yaşında, bayan, lise mezunu, evlidir. İkinci evliliğini yapmış olup, çocuğu bulunma-

makta ve bir süredir şimdiki eşinden de ayrı yaşamaktadır. Daha önce bir mağazada satış görevlisi olarak çalışmış, evlendikten sonra çalışmayı bırakmış ve şu anda bir işte çalışmamaktadır. Maddi durumunu orta düzeyde olarak değerlendirmekte, ailesinin katkısıyla geçimini sağlamaktadır. Hastaneye başvuru şikayetlerinde isteksizlik, sıkıntı, yorgunluk, suçluluk duyguları, intihar düşünceleri bulunmaktadır. 'Orta depresif nöbet' tanısıyla psikiyatri kliniğe yatırılmış olup, bu ilk yatışıdır. Daha önce kısa bir süre panik atak nedeniyle ilaç tedavisi almış ancak ilaçlarını bırakmıştır. Kliniğe yatmadan bir iki hafta önce intihar girişiminde bulunmuştur. Ailesinde bir psikiyatrik hastalık bulunmamaktadır. Hastanın ilaç tedavisinde Sitalopram 20 mg tablet 1x1 ve Alprazolam 0,5 mg tablet 1x1 yer almaktadır. Hastanın tedavisinde herhangi bir psikoterapi veya diğer psikiyatrik tedaviler bulunmamaktadır.

Araştırmacı hastayla yatışının ikinci günü çalışmaya başladı. Yattığı süre boyunca her gün kliniğe giderek hastayı FSÖM doğrultusunda tanıladı, girişimleri planladı, uyguladı ve değerlendirdi (Tablo 2). Hasta yatışından on bir gün sonra kendi isteği ve hekiminin iyileşme gösterdiği yönünde kararı ile kontrole çağrılarak taburcu edildi. Hasta ayrıca Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Depresyonla Başetmede Özyeterlilik Ölçeği (DBÖÖ) ile yatışta ve taburculukta değerlendirildi.

Çalışma için olgunun tedavi edildiği kurumdaki ve Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alındı. Olgu, çalışmanın amacı ve çalışmadan beklentiler hakkında bilgilendirilerek, çalışmaya katılmaya istekli olduğuna dair bilgilendirilmiş yazılı onamı alındıktan sonra çalışmaya dahil edildi.

Olgunun FSÖM Temelinde Değerlendirilmesi

1. Sağlık algılama-sağlığın yönetimi

M.T. sağlık durumunu "orta" olarak tanımlıyor. Düzenli sağlık taramaları yaptırmıyor. Ameliyat veya alerji öyküsü yok. Yaklaşık on yıldır günde 1 paket sigara içiyor. Altı ay önce panik atak tanısı ile yaşadığı ilçede ilaç tedavisi başlanmış. İlaç yan etkileri, ilaç almayı istememe ve unutma nedeniyle bir süre sonra ilaçlarını bırakmış. Hastaneye gelmeden önce fazla miktarda ilaç içerek intihar girişiminde bulunmuş. Acil serviste akut tedavisi yapıldıktan sonra psikiyatrik muayene önerilmiş. Hasta il dışında oturuyor. Bu hastaneye bir arkadaşının isteği ile başvurmuş ve kendi isteği ile yatışı olmuş. Başlıca yakınması; isteksizlik, üzüntü, sıkıntı, intihar düşünceleri, pişmanlık, suçluluk düşünceleri, yorgunluk. Oral ilaç tedavisi başlanmış. Hasta ilaç içmek istemediğini söylüyor. Birinci derece yakınlarında psikiyatrik tanılı birisi yok. Hastalık belirtilerinin kaynağını yaşadığı olaylar (eşinden ayrılma) olarak gösteriyor.

2. Beslenme-metabolik durum

Hastanın boyu 155 cm ve ağırlığı 45 kg. Uzun zamandır iştahsız olduğunu ancak son iki haftadır bu durumun daha da arttığını ifade etti. Evdeyken öğün atlama ve daha çok atıştırma şeklinde beslendiğini söyledi. Şu an iştahsızlık devam ediyor. Hastanede çıkan yemekleri yemek istemiyor. Bir, iki kaşık alıp bırakıyor. Ara öğünlerde herhangi bir besin tüketmiyor. Günlük 3-4 bardak su tüketimi var. Ağız ve mukoz membranlarda sorun yok. Beden ısısı normal sınırlarda. Alkol kullanmıyor. Yutma güçlüğü yok.

3. Boşaltım

İdrara çıkma ile ilgili bir sıkıntısı yok. Ancak konstipasyon sorunu var (3 gündür dışkılama olmamış) boşaltımda zorlanma yaşadığını

Tablo 2. Olgunun FSÖM kapsamında hemşirelik bakım planı

FSÖ	Hemşirelik tanısı	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Sağlığın algılaması ve yönetimi	*Bilgi, motivasyon eksikliği ile ilişkili terapötik rejimi etkisiz yönetme Tanımlayıcı bulgular: - Daha önce önerilen ilaç tedavisini bırakması - İlaç kullanmak istemediğini söylemesi	- İyileşmesi için gereken sağlık davranışlarını uygulamaya niyetli olduğunu iletmesi - İlaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullanması	- Tedaviyle ilgili sorunlarını ifade etmesine (işe yaramayacağını düşünme) imkan verildi. - Tedavinin gerekçesi, yetersiz tedavinin olası sonuçları anlatıldı. - Antidepresan ilaçların etkinliğinin başlaması için iki-üç haftalık bir süreye ihtiyaç olduğu anlatıldı. - İlaçların etki/yan etkileri açıklanarak, yan etkilere için öneriler verildi. - İlaçlarıyla ilgili sorun olduğunda bildirmesi teşvik edildi. - Tedavinin olumlu sonuçlarını görmüş ve tedaviye uyumlu hastalarla etkileşimi sağlandı. - Taburculuk için tedavi planını içeren yazılı materyal verildi.	- Klinikte yattığı süre içinde verilen ilaçları kullandı. - Taburculuk sonrasında ilaçlarını hekimin belirlediği süreden önce bırakmayacağını, ilaçla ilgili bir sorun olursa hekim ve hemşire ile iletişime geçeceğini ifade etti.
Beslenme ve metabolik durumu	*İştahsızlık ve isteksizlikle ilişkili beden gereksiniminden az beslenme Tanımlayıcı bulgular: - Yemeklerden çok az miktarda yemesi - Ara öğünlerde herhangi bir besin tüketmemesi - İştahının olmadığını söylemesi	- Günlük olarak metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uyumlu yeterlilikte besin alması	- Yeterli beslenmenin enerji düzeyi ve kendini iyi hissetme üzerindeki önemi açıklandı. - İştahını azaltan durumlar (halsizlik, yemek alanının dar olması, kötü koku) değerlendirildi. - Öğlen yemeği zamanlarında hastanın yanında kalındı. - Yemeklerden az da olsa alması teşvik edildi, ancak bitirmesi için ısrarcı olunmadı. - Servis çalışanları ile görüşülerek sevdiği meyve ve yoğurt gibi bazı yiyecekleri dışarıdan temin etmesi sağlandı. - Gün içinde hastayla birlikte kantine gidilerek ara öğünde çay-bisküvi gibi yiyecekler birlikte yenildi.	-İştahsızlığı devam etmekte. -Yemekleri tümüyle reddetmiyor ancak az miktar tüketiyor. -Gün içinde meyve, bisküvi, yoğurt gibi bazı yiyecekleri yemeye başladı.
Boşaltım	*Yeterli beslenme ve sıvı tüketiminin olmamasıyla ve hareketsizlikle ilişkili konstipasyon Tanımlayıcı bulgular: - Dışkılamada zorlanma ve ağrı ifade etmesi - En son dört gün önce dışkılama olması	- Dışkılama aralığının üç günü aşmaması - Ağrı duymadan dışkı boşaltımını sağlayabilmesi	- Gün içinde ağızdan 2 litre su içmesi için yönlendirildi. - Günlük bahçe iznini yürüyüş yaparak geçirmeye yönlendirildi. Gün içinde sıklıkla yataktan çıkması istendi. - Pelvik ve karın kaslarını çalıştıracak egzersizler yaptırıldı. - Uzun süre aç kalmanın konstipasyonu tetikleyici olduğu hatırlatılarak sık aralarla bir şeyler yemeye yönlendirildi. - Dışarıdan posalı yiyecekler (kuru ve mevsimlik meyve) aldrabileceği söylendi ve alındı - Hekime konstipasyon sorununu bildirmesi söylendi. - Hekim orderi ile tek doz laksatif uygulandı.	- Bir kez laksatif sonrası dışkılamasının ardından bir sonraki dışkılama iki gün sonra gerçekleşti. Ancak hasta daha az zorlanma ifade etti. - Önerilen yöntemlere devam ediyor.
Aktivite-egzersiz	*Yoğun stres, duygusal değişimler ve yeterli beslenmemeye bağlı yorgunluk Tanımlayıcı bulgular: - Yorgun ve enerjisiz olduğunu dile getirme - Gün içinde yatakta yatmak isteme - Halsizlik - Yüz ifadesi ve postürde bitkin görünüm	- Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yerine getirmesi - Klinik aktivitelerine katılması	-Stres ve duygusal değişimler ile enerji düzeyi arasındaki ilişki açıklandı. -Gün içinde yeterli su ve besin tüketiminin enerjiyi artıracığı söylendi ve içmeye teşvik edildi. Yorgunluğu artıran durumları (sıkıntılı düşünceler, sürekli yatakta kalma) tanımasına yardım edildi. -Yeterli oksijen temini için günde birkaç kez gevşeme ve derin nefes alma egzersizleri yaptırıldı. -Yüzü ve elleri yıkama gibi rahatlamaya yol açan işlemleri yapmaya yönlendirildi. -Gün içinde yataktan çıkmaya ve resim yapma, kağıt oyunları oynama gibi yorucu olmayan etkinliklere katılımı teşvik edildi. -Bahçede temiz havada günde iki kez 15 dakikalık yürüyüşler yapıldı.	-Yorgunluğunu hala dile getirmekle birlikte yatak içinde geçirdiği süre azaldı. -Diğer hastalarla birlikte oturarak yapılan etkinliklere katılmaya başladı.

Tablo 2. Olgunun FSÖM kapsamında hemşirelik bakım planı (devamı)

FSÖ	Hemşirelik tanısı	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Bilişsel–algılama	*Duygusal değişimler, bilgiyi işleme yeteneğinde azalma ile ilişkili düşünce süreçlerinde bozulma - Tanımlayıcı bulgular: - Yineleyen suçluluk düşünceleri - Dikkati toplama ve problem çözme yeteneğinde azalma - Ayrıldığı eşle ilgili obsesif düşünceler	- Daha gerçekçi şekilde düşünmesi - Obsesif düşüncelerin azalması	- İletişim basit ve somut kelimelerle, cevap vermesi için zaman tanınarak, anlaşılabilen yerler için açıklama istenerek sürdürüldü. - Dikkatini dağıtan uyaranlardan uzaklaşması (bağırın hastalar, yüksek televizyon sesi) sağlandı. - Otomatik ve olumsuz düşünceleri (suçluluk gibi) fark etmeye ve bunları durdurmaya yönelik teknikler öğretildi. - Geçmişteki yaşananlarla ilgili pişmanlık düşüncelerini azaltmak için olumlu anılar hatırlamaya yönlendirildi. - Kendine daha objektif bakabilmesi için olumsuz düşüncelerini değerlendirmeye ve gerçekliğini sınılamaya yönlendirildi (Evlilik karşılıklı sorumluluk gerektirir). - Hayatındaki beklentileri (eski eşle birliktelik) gerçekçi değerlendirmesine yardım edildi. - 'Şimdi ve burada'ya yoğunlaşmasına dikkat edildi. - Hayattaki her durumu ve olayı performans ve başarı olarak değerlendirilmemesi, bazı zorlukların bireylerin kendini geliştirmesine imkan tanıyabildiği konuşuldu.	- Düşüncelerinde mantık dışı yönleri görmeye başladı (Her başarısızlıkta kendini suçlamak gibi). - Eşiyile ilgili obsesif düşünceler ara sıra akla gelmekle birlikte yoğunluğu azaldı.
Bilişsel–algılama	*Yaşadığı olumsuz yaşam olayları ve yaşamında önemli bir bireyden ayrılma ile ilişkili umutsuzluk Tanımlayıcı bulgular: - Sürekli geçmişle ilgilenme - Geleceğe yönelik beklenti ifade edememe - Yaşamı ile ilgili plan yapmama, amaç bildirmeme, motivasyon göstermeme	Şimdiki zamanı ile ilgili kısa vadede olumlu duygular ifade etmesi - Uzun vadede geleceğe yönelik olumlu beklentiler bildirmesi	Umudun azalmasına yol açan düşünce, duygu ve durumları (sık ziyaretçi gelmemesi, belirtilerin devam etmesi, yalnız kalmanın katlanılmaz olduğu, eşinden ayrı yaşamak, maddi ihtiyaçlar) tanımasına ve sözelleştirmesine yardım edildi. - Umutsuzluğun depresyonda sık görüldüğü, iyileşme gerçekleştiğiçe şu andaki olumsuz duyguların zamanla azalacağı bildirildi. - Evlilik öncesi yaşamını nasıl sürdürdüğü, nelerden hoşlandığı sorgulanıp, güzel anılarını hatırlamasına yardım edildi. - Devam eden olumlu ilişkileri (yakın arkadaş, annesi) vurgulandı ve bu kişilerle ilişkilerini geliştirmesi için teşvik edildi. - Hayatındaki olumsuz durumlara rağmen önemli başarıları imza atmış ve mutlu olmuş bireylerin hikayelerini anlatan bir kitap verilerek okuması sağlandı. - Taburculuk sonrası kısa vadede neler yapacağı ve öncelikleri belirlemesi konusunda kısa bir plan yapması (eski işine başvuru yapacak, deniz kenarında evi olan sevdiği bir arkadaşını ziyaret edecek) sağlandı. - Yatış olduğu günden itibaren kendisinde görülen olumlu değişimler (yüzündeki gülümseme, bahçeye çıkma isteği, ekiple olumlu ilişkiler) hakkında geri bildirim verildi. - Yaşamındaki umut kaynaklarını (dua etmesi, beden sağlığının iyi olması, il dışından ziyarete gelen bir arkadaş) görmesi sağlandı. - Gerçekçi olmayan amaçlardan (ilk eşle yeniden birleşme) uzaklaşıp, gerçekçi amaçlar (bir işe girme, ebeveynlerle ilişkileri arttırma) edinmeye teşvik edildi.	- Taburculuk sonrası iki günlük tatil planını ailesi olumlu karşıladı. - Yeni bir işe girmek istediğini ifade etti. - Ayrıldığı eşiyile ilgili beklentileri (ziyarete gelmesi gibi) azaldı. - Ekibin iyileşmeye başladığı yönündeki geri bildirimlerinden memnun oldu. BUÖ puanı yatış: 10, taburculuk 5.

Tablo 2. Olgunun FSÖM kapsamında hemşirelik bakım planı (devamı)

FSÖ	Hemşirelik tanısı	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Bilişsel–algılama	*Eşinden ayrılma, geçimini sağlayacak bir işi olmamasıyla bağlantılı yetersizlik ve değersizlik duygularıyla ilişkili benlik saygısında rahatsızlık Tanımlayıcı özellikler: Kendini başarısız biri olarak tanımlama, Geçmişte yaşadıkları ile ilgili sürekli kendini suçlama Sevilmemesini ve sevilmeğe değer olmadığını düşünme	- Kendisine ve geleceğine yönelik olumlu bakış açısı ifade etmesi	- Kendini değerli biri olarak görmesi için rutin işlemler dışında hastaya vakit ayrıldı. - Hayal kınklığı, üzüntü gibi duygularını rahatça anlatmasına, ağlamasına olanak tanındı. - Hastanın güçlü ve başarılı yönlerine (eski işinde sevilen ve değer verilen biri) dikkat çekildi. - Geçmişle ilgili kendini suçlayıcı ifadelerde bulunmasının önüne geçilerek 'şimdi ve burada' ya odaklanmasına (tedavi için kendi isteği ile gelmesi, tedavide ilerleme kaydetmesi, ekiple ve diğer hastalarla iyi geçinmesi) yardım edildi. - Grup etkinliklerindeki işlevlerine (sakin ve anlaşılır konuşması, söylediklerine önem verilmesi ve dinlenilmesi) yönelik hastalardan ve ekipten olumlu geri bildirim alması hatırlatıldı. - Kendisi günlük aktivitelerini yapamayan bir hastaya yardım etmesi teklif edilerek gösterdiği ilgiye teşekkür edildi. - Taburculuk sonrası kendini geliştirmesine yardım edecek yeni yollar bulmasına (ebru kursuna katılma gibi..) destek olundu. - Kendi başına bir birey olarak değerli olduğu, birinin eşi/kızı... olmaktan daha kıymetli olduğunu ifade edildi.	Kendinde var olan olumlu yönleri (yardımsever, iyi huylu) yeniden ifade etti.
Bilişsel–algılama	*Geleceğe dönük umutsuzluk ve benlik saygısında azalma ile ilişkili kendine zarar verme riski Tanımlayıcı bulgular: - Daha önceki intihar girişimi - Ara sıra intihar düşüncelerinin aklına geldiğini söylemesi	- Zarar verici bir eylemde bulunmaması - İntihar düşüncelerinin olmaması	- Geçmişteki intihar düşünce ve eylemleri hakkında ve şu an intihar düşüncesinin var olup olmadığı konuşuldu. - Gün içinde sık sık yanında olunarak, uzun süre yalnız kalması engellendi. - Kendisinde bulunan güvenliğini tehdit edebilecek nesnelere (nylon poşet, sivri saç tokası..) yanından alınarak gerekeceği açıklandı. - Diğer hastalar riskli olabilecek eşyalarını (tülbent.. gibi) başka hastalarla paylaşmaması konusunda uyarıldı. - İntihar düşüncelerinin olduğu yönünde ekibe bilgi verildi. - Yaşadığı duyguların güç, ancak süreyle sınırlı olduğu, iyileşme gösterdikçe kendiliğinden azalacağı söylendi. - Kendine zarar verme girişiminin yine kendisi tarafından kontrol edilebileceği, bu düşünceler çok yoğunlaştığında kendisi için olumlu olan düşünceleri aklına getirmesi, gevşeme ve yürüme gibi egzersizlere yönelmesi ve bu duygularını ekibe, oda arkadaşına, araştırmacıya bildirmesi söylendi. Taburculuk sırasında evde kullanacağı ilaçlar ve riskleri konusunda kendisine ve annesine bilgi verildi.	- Klinikte yattığı süre içinde kendine zarar verici bir girimde bulunmadı. - İntihar düşünceleri yoğunlaştığında birine haber vereceğine yönelik söz verdi.

Tablo 2. Olgunun FSÖM kapsamında hemşirelik bakım planı (devamı)

FSÖ	Hemşirelik tanısı	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Rol- ilişki	<ul style="list-style-type: none"> - Kendiyle meşgul olma, derin düşünceli ruh hali ve güvensizlikle ilişkili sosyal etkileşimde bozulma Tanımlayıcı bulgular: - Yalnız kalma - Diğer hastalarla etkileşime geçmeme - Aktivitelere katılmak istememe - Göz temasından kaçınma 	<ul style="list-style-type: none"> - Diğer hastalar ve ekiple kendiliğinden etkileşime geçmesi, bundan memnun olması 	<ul style="list-style-type: none"> - Diğer hastalarla birlikte vakit geçirmedeğinin fark edildiği bildirilerek bununla ilgili düşünceleri soruldu. - Öncelikle teke tek ilişki kuruldu. Bir iki gün teke tek ilişkide rahatlayınca diğer hastalarla etkileşime geçmeye teşvik edildi. - İhtiyaçları (bardak, kağıt havlu) fark edilerek karşılanmaya çalışıldı. - Bahçe izinlerinde birlikte yürüyüşe çıkma teklif edildi. - Her gün klinikteki aktivitelere (resim yapma, okey oynama, kağıt oyunları oynama..) davet edilerek, katılmasından memnun olunacağı söylendi. Ancak istediği zaman ayrılabileceği de bildirildi. - Birlikte vakit geçirmenin ve bir aktiviteyle meşgul olmanın olumsuz düşüncelerden uzaklaşmasına iyi geleceği bildirildi. - Etkili iletişim kurduğunda ve yaptığı aktivitelerin sonucunda olumlu geri bildirim verildi. 	<ul style="list-style-type: none"> Birkaç hastayla birlikte kağıt oyunları oynamaya başladı. - Yemek saatlerinde diğer hastalarla birlikte aynı yerde yemek yemeye başladı. - Kendinden yaşça daha büyük (annesi yaşlarında) bir hasta ile deneyimlerini paylaşmaya başladı.
Baş etme, stresi tolere etme	<ul style="list-style-type: none"> - Kendisine yönelik olumsuz inançlar, çaresizlik ve suçluluk duygularına bağlı etkisiz bireysel baş etme Tanımlayıcı bulgular: - Yaşamındaki stresörlerle mücadele edemediğini söylemesi - İhtiyaçlarını iletememesi - Etkileşimde pasif kalması -İntiharı bir seçenek olarak görmesi 	<ul style="list-style-type: none"> - Sorun çözme gücünün artması - Etkili baş etme yollarını kullanması 	<ul style="list-style-type: none"> - Değiştirebileceği (iş ve evi olmaması) ve değiştiremeyeceği (geçmiş yaşantılar) durumları ayırmaya yardım edildi. - Değiştiremeyecekleri için konuşma, ağlama gibi baş etmelere yönlendirildi. - Bilişsel çarpıtmaları (her değişikliği olumsuz görmesi, aşırı genellemesi) fark etmesi sağlandı. - Daha gerçekçi amaçlar belirlemesi (bir işe girmek) için yönlendirildi. - Yaşadığı durumların güç olduğu, ancak daha önceki sorunların üstesinden gelmeyi başardığına göre bu durumla da mücadele edebilecek gücünün olduğu söylendi. - Durumunu anlayabilecek benzer hastalarla sorunlarını paylaşması ve olumlu deneyimlerinden yararlanabilmesi için teşvik edildi. - Uygunsuz baş etmelerin (ihtiyaçlarını iletmeme, yalnız kalma, konuşmama) ve daha etkili baş etmelerin (duygularını sözelleştirme, gruba katılma) üzerindeki etkisini değerlendirmesine yardım edildi. - Kişisel başarı ve benlik saygısını geliştirecek yönleri öğrenilerek (güzel yemek yapıyor ve yardımsever biri) kendisine hatırlatıldı. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemşirelere bireysel ihtiyaçlarını (kişisel temizlik malzemesi gibi) iletmeye başladı. - Sıkıntılarının dinlenilmesinin ve duygularının anlaşılmasının kendisini daha iyi hissettirdiğini söyledi. - BDÖ puanı yatış 36, taburculuk 20; - DBÖÖ puanı yatış: 47,50, taburculuk 62
İnanç ve değerleri	Disfonksiyonel örüntü tespit edilmedi.			
Cinselliküreme	Disfonksiyonel örüntü tespit edilmedi.			
Uyku-istirahat	Disfonksiyonel örüntü tespit edilmedi.			

ifade ediyor.

4. Aktivite-egzersiz

Hasta yorgun ve halsiz olduğunu söylüyor. Yavaş hareket ediyor. Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapabiliyor ancak yönlendirmek gerekiyor. Yataktan çıkmak istemiyor. Yemek, tuvalet ihtiyacı ve sigara saatleri dışında genellikle odada yatarak vakit geçiriyor. Hemşire gözlemi verilerine göre; kan basıncı 90/50 -100/60 mmHg ve nabız 72-80/dk. Solunum sıkıntısı yok.

5-Uyku-istirahat

Hasta kliniğe gelmeden önce uykusuzluk çektiğini ifade etmişti. Ancak klinikte gece ilaç dozunu aldıktan sonra uykusunun geldiğini, gece bir kez uyandığını ve yeniden uyguya daldığını şu an belirgin bir sıkıntısı olmadığını söyledi.

6. Bilişsel-algılama

Hastanın yer, zaman, durum oryantasyonu var. Duyu organlarında bir sorun saptanmadı. Hastanın ayrıldığı eşi ve birinci eşi ile ilgili yoğun, istemsiz, obsesif düşünceleri (ilk eşiyle yeniden görüşmesi, ikinci eşine ilgisizliği ve ona haksızlık ettiğine yönelik kendini suçlama, başarısız evlilikler yaptığı) var. Ayrıca hayatı ile ilgili karar verememe, dikkatini başka bir durum veya konuya yönlendirememeye görülüyor. Söylenilenleri yavaş algılıyor. Hallusinasyon veya sanrı bulunmuyor.

7-Kendini algılama, kavrama

Eşinden ayrıldığı ve şu an bir işte çalışmadığı için geçimini sağlama konusunda endişeleri var. Gelecekte bir beklentisi olmadığını, zaman zaman intiharı düşündüğünü

ve yaşadığı soruna çözüm bulamadığını ve bulamayacağını ifade ediyor. Bundan sonraki hayatı ile ilgili bir plan yapamıyor. Kendisini başarısız biri olarak görüyor. Sürekli geçmiş yaşam deneyimlerine odaklanıyor. Beden imajında bir sorunu yok. BDÖ puanı: 36, BUÖ puanı:10.

8-Rol-ilişki

Şu an eşinden ayrı yaşıyor. Zaman zaman eski eşiyle buluşuyormuş. Daha önce ilk eşinden şiddet gördüğünü, o nedenle ayrıldığını ama yine de onunla görüşmeyi sürdürdüğünü söyledi. Şimdiki eşinin sakin iyi huylu birisi olmakla birlikte, onunla beraberlikten mutluluk duymadığını ancak ona da haksızlık ettiğini düşünüyor. Annesi ve bir kız arkadaşı ile iletişimini sürdürüyor. Hasta şehir dışında oturduğu ve yanında telefon bulundurulmasına da izin verilmediği için şu an onlarla da iletişime geçemiyor. Ancak ziyaretine geldiklerinde görüşebiliyor. Bir kez annesi bir kez de kız arkadaşı ziyarete gelmiş. Genelde odasında oturmayı ve yatmayı tercih ediyor. Aktivitelere katılmak için gönüllü değil. Israrcı olunursa geliyor. Servisteki diğer hastalarla yakın etkileşimi yok. Oda arkadaşı ile sınırlı sürede konuşuyor. Servisteki psikoz hastalarının davranışlarından çekiniyor.

9-Cinsellik ve üreme

Kontraseptif kullanmıyor. Menstruel siklüsü normal şekilde devam ediyor. Hasta eşikle birlikte olduğu sırada cinsel isteksizliği olduğunu bildirdi. Ancak şu an ayrı olduğu için bu durumu sorun olarak görmüyor.

10- Başetme-stresi tolere etme

Hayatındaki şu an en önemli stresör eşikle ayrılması, ne yapacağına karar verememesi

ve bir işinin olmaması. Servisteki ihtiyaçlarını gidermede çevredeki bireylerden veya hemşirelerden destek istemeye çekiniyor. Sigaranın sınırlı sayıda verilmesi stresini artırıyor. Maddi imkanlarının birkaç hafta içinde tükeneceğini ve geçimini sağlamada sorun olacağını düşünüyor. Annesinin kendisini ve durumunu anlamayabileceği konusunda endişeleri var. Sıkıntısı arttığında intiharı bir çözüm olarak görüyor. DBÖÖ puanı: 47,50.

11- İnanç ve değerleri

Hasta dini inançlarının olduğunu, arada dua ettiğini ancak düzenli ibadet etmediğini belirtti. Hayatında annesine ve bir iki yakın arkadaşına büyük değer veriyor. Onların görüşlerini önemsiyor.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, 'orta depresif nöbet' tanısı konulan bir hastanın hemşirelik bakımında fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline temel lenmiş hemşirelik bakımı ele alındı. Hastanın BDÖ, BUÖ ve DBÖÖ puanları hastaneye yatış ve taburculukta değerlendirildi. Taburculukta puanların olumlu yönde değişim gösterdiği görüldü. Ayrıca, hasta uygulanan hemşirelik bakım planının iyileşmesinde ve kendini iyi hissetmesinde önemli katkıları olduğunu, kliniğe yatışı kabul ederek doğru bir karar verdiğini, buradaki deneyimlerinin kendisi için önemli olduğunu belirtti.

Depresyon tedavisinde hastalığın yaygınlığı ve kompleks yapısı göz önüne alındığında, ilaç tedavisiyle birlikte fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlere odaklanan bütüncül yaklaşımlara gereksinim olduğu kabul edilmektedir (Başoğul ve Buldukoğlu, 2015; Feely ve Long, 2009; Lazarou ve ark., 2011; Maxwell ve Pratt, 2008; Young, 2013). Hastaların genel sağlıklarını korumaya yönelik temel davranış

becerilerini edinmesi, kendini daha iyi hissetmesini sağlayacak ve tedaviyi destekleyecek; öz bakımını sağlama, uygun uyku alışkanlığı edinme, yeterli beslenme, tıbbi sorunlarına önem verme, belirlenen tedaviyi sürdürme gibi konularda desteklenmesi önerilmektedir (Leahy ve Holland, 2009). Her bireyin depresyon deneyimi birbirinden farklı olduğu için hastayı bireysel olarak ele alan ve hastanın deneyimlerini tanımlamasına ve anlamlandırmasına yardımcı olan yaklaşımlar tavsiye edilmektedir (Feely ve Long, 2009). Depresyon yönetiminde hemşirelik desteği alan hastalarda daha iyi sonuçlar alındığının belirtilmesi de hemşirelerin depresyon tedavi ve bakımındaki rolünü ortaya koymaktadır (Dean, 2011).

Hastanın taburculuk sonrası hasta ve ailesine sağlık kurumu veya evinde gerekli destek, danışmanlık ve izlem hizmetlerinin sağlanmasında hemşirenin aktif rol alması önemli görülmektedir (Ertekin-Pınar ve Tel, 2012). Olgunun taburculuktan üç ay sonra yapılan izlem değerlendirmesinde depresif belirtilerinin ve umutsuzluğunun arttığı (BDÖ puanı 27, BUÖ puanı 8) ve hastalıkla baş etmede zorlandığı (DBÖÖ puanı 55) tespit edilmiştir. Bu bulgu izlem ve bakımın taburculuk sonrası da devam etmesi gerektiğini göstermiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çok yönlü bakıma ihtiyaç duyan depresyon tanılı olgularda, bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçlerini kapsamlı ve bütüncül olarak değerlendirebilen FSÖM'nin depresyonla baş etmede yardımcı olacağı ve hemşirelik bakımını yönlendirmede kullanılabileceği düşünülmektedir. Ancak hemşirelik bakımının sadece klinikle sınırlı kalmayıp izlemlerle devam ettirilmesinin önemi de göz ardı edilmemelidir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.T., F.Y.K.; Tasarım - M.T., F.Y.K.; Denetleme - M.T., F.Y.K.; Kaynaklar - M.T., F.Y.K.; Malzemeler - M.T., F.Y.K.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - M.T.; Analiz ve/veya Yorum - M.T., F.Y.K.; Literatür Taraması - M.T., F.Y.K.; Yazıyı Yazan - M.T., F.Y.K.; Eleştirel İnceleme - M.T., F.Y.K.; Diğer - M.T., F.Y.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this study.

Kaynaklar

- Akkaya, C., Eker, S.S., Sarandol, A., Cangur, Ş., & Kırılı, S. (2013). Major depresif bozuklukta düzelenin öngörücüleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(2), 122-129. [CrossRef]
- Ançel, G. (2007). *Depresyon ve Hemşirelik Bakımı*, N. Akbayrak, S. İlhan, G. Ançel A. Albayrak (Ed.) *Hemşirelik Bakım Planları: Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut*. Alter Yayıncılık, Ankara.
- Başoğlu, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.
- Biröl, L. (2008). *Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*. 9. Baskı, Etki Yayınları, İzmir.
- Boyd, M.E. (2008). *Psychiatric nursing contemporary practice*. Fourth edition, Lipincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Candan, Ö. (2012). *Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri ve Hemşirelik Bakım Desteğinin Depresyon Düzeylerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Dean, E. (2011). Major study shows nursing care benefits patients with depression. *Nursing Standart*, 25(52), 8. [CrossRef]
- Delaney, C., & Barrare C. (2012). Advanced practice nursing students' knowledge, self- efficacy and attitudes related the depression in older adults. Teaching holistic depression care. *Holistic Nursing Practice*, 26(4), 210-220. [CrossRef]
- Engin E., & Ergün G. (2014). *Depresyon*. Çam O, Engin E (ed.). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bakım Sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Erbaş, N. (2017). Sezaryen sonrası fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre verilen bakımda kadınların yaşadığı sorunlar ve hemşirelik tanıların belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 9(1), 15-29. [CrossRef]
- Ertekin-Pınar, Ş., ve Tel, H. (2012). Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 86-91.
- Feely, M., & Long, A. (2009). Depression: A psychiatric nursing theory of connectivity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 725-737. [CrossRef]
- Fernández-Sola, C., Granero-Molina J, Mollinedo-Mallea J, de Gonzales MH, Aguilera-Manrique G, & Ponce ML. (2012). Development and validation of an instrument for initial nursing assessment. *Rev Esc Enferm USP*, 46(6), 1416-1423.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - M.T., F.Y.K.; Design - M.T., F.Y.K.; Supervision - M.T., F.Y.K.; Resources - M.T., F.Y.K.; Materials - M.T., F.Y.K.; Data Collection and/or Processing - M.T.; Analysis and/or Interpretation - M.T., F.Y.K.; Literature Search - M.T., F.Y.K.; Writing Manuscript - M.T., F.Y.K.; Critical Review - M.T., F.Y.K.; Other - M.T., F.Y.K.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

- Gersner, R., Rosenberg, O., & Dannon, P.N. (2012). Major depressive disorder: Treatment and future perspective. *Clinical Perspective*, 9(3), 269-278. [CrossRef]
- Gordon, M. (1998). *Manual of nursing diagnosis. 1997-1998*. Mosby, Missouri, USA.
- Gordon, M. (2003). Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Klinik Karar Verme. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu Klinik, Uygulama, Eğitim, Araştırma ve Yönetimde Kullanımı, 5-7 Haziran, Ankara.
- Güler Kocaçal, E., Eşer, E., Khorshid, L., & Çınar Yücel, Ş. (2012). Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey. *Nursing Outlook*, 60(1), 21-28. [CrossRef]
- Gümüş-Babacan, A., Şıpkın, S., & Keskin, G. (2012). Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 13-21.
- Gürler, H., & Yılmaz, M. (2011). Rektum kanserli bir olgunun standart hemşirelik bakımının planlanmasında bir model: "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri" *Fırat Tıp Dergisi*, 16(3), 141-146.
- Hatipoğlu, S., Dal, U., Yava, A., Tastaş, S., & İyigün, E. (2003). Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre cerrahi hastalıkları hemşireliği uygulamalarımız. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu. Klinik, Uygulama, Eğitim, Araştırma ve Yönetimde Kullanımı, 5-7 Haziran, Ankara.
- Haugan, G., Innstrand, S.T., & Moksnes, U.K. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression incognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2192-2205. [CrossRef]
- Jones, D., Duffy, M.E., Fianagan, J., & Foster, F. (2012). Psychometric evaluation of the functional health pattern assessment screening tool (FHPAST). *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 140-145. [CrossRef]
- Karabekiroğlu, A., Topçuoğlu, V., Gimzal Gönentür, A., ve Karabekiroğlu, K. (2010). İlk epizod major depresyon ve yineleyici major depresyon grupları arasında yönetici işlev farklılıkları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 280-288.

- Lazarou, C., Kouta, C., Kapsou, M., & Kaite, C. (2011). Overview of depression: Epidemiology and implications for community nursing practice. *British Journal of Community Nursing*, 16(1), 41-47. [CrossRef]
- Leahy, R.L., & Holland, S.J. (2009). *Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri*. S. Aslan, H. Türkçapar, E. Köroğlu (Çev. Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Maxwell, M., & Pratt, R. (2008). Prevention and management of depression in primary care in Europa. A holistic model of care and interventions-position paper of The European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 16, 186-197.
- Mitchell, A.J., & Kakkadasam, V. (2011). Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes-a meta-analysis of routine clinical accuracy. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 359-368. [CrossRef]
- Öztürk, M.O., & Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (Yenilenmiş 11. basım), Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.
- Özyüksel, B., & Uluğ, B. (2007). Depresyon tanısı alan hastalarda kalıntı belirtilerin yetiyitimi ile ilişkisi: 3 aylık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 1-10.
- Pektekin, Ç. (2013). *Hemşirelik Felsefesi, Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Sabancıoğulları, S., Ata, E.E., Kelleci, M., & Doğan, S. (2011). Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 117-122.
- Sato, S., & Yeh-Lieh, T. (2013). Challenges in treating patients in major depressive disorder: The impact of biological and social factors. *CNS Drugs*, 27(1), 5-10. [CrossRef]
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 9th edition. Mosby Elsevier, ST-Louis.
- Türkçapar, M.H. (2011). Dirençli depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım. *Psikiyatride Güncel*, 1(3), 240-250.
- Warcarolis, E.M., & Halter, M.J. (2009). *Essentials of psychiatric mental health nursing. A communication approach to evidence-based care*. Saunders Elsevier, Missouri.
- Williams, R.A., & Hagerty, B. (2005). *Depression Research Nursing's Contributions (in) Depression Research in Nursing: Global Perspectives*. R.A. Williams, B. Hagerty, B. K. Shake. (ed). Springer Publishing Company, New York.
- Yılmaz, S., Sansoy, G., Şahin, A.R., Arık, A.C., Güz, H., Böke, Ö., ve ark. (2013). Majör depresif bozukluk hastalarında nöbet sayısının remisyon sırasındaki nörobilişsel işlevlerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 218-227.
- Yılmaz, M., & Çiftçi, E.S. (2010). Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi*, 18(3), 183-189.
- Young, N. (2013). Non pharmacological treatments for patient with depression. *Nursing Standart*, 28(7), 43-51. [CrossRef]