

# SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



## HEMŞİRELİK/RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

*HEM401-Tıbbi Durumu Etkileyen  
Psikolojik Etkenler*

*Dr. Öğr. Oya Sevcan ORAK*

# ***Tıbbi Durumu Etkileyen Psikolojik Etkenler***

*HEM401-Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları Hemşireliği*

*Hafta-11*



# Bir Üniversite Hastanesi Konsültasyon Liyezon Servisinde Psikiyatrik Hastalıkların Psikiyatri Dışı Hekimlerce Doğru Tanınma Oranları

Özen Önen Sertöz<sup>1</sup>, G. Özge Doğanavşargil<sup>2</sup>, M. Aysin Noyan<sup>3</sup>,  
Ender Altıntoprak<sup>1</sup>, Hayriye Elbi<sup>4</sup>

## ÖZET:

Bir üniversite hastanesi konsültasyon liyezon servisinde psikiyatrik hastalıkların psikiyatri dışı hekimlerce doğru tanınma oranları

**Amaç:** Psikiyatrik komorbidite hastanede yatış süresinin uzaması, artmış morbidite ve mortalite riski ile ilişkili bulunmuştur. Örneğin, erişkinlerde tüm yaş gruplarında kognitif bozuklukların hastanede yatış süresini uzattığı ve artmış morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bedensel hastalıklarda psikiyatrik komorbidite yeterince tanınmamakta ve tedavi edilmemektedir. Bu çalışmada yatan hastalarda psikiyatrik hastalıkların doğru tanınma oranları ve psikiyatri hekimleri ile hastanın birincil bakımından sorumlu hekimleri arasındaki psikiyatrik tanı uyumunun araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 1 Ocak 2003 - 30 Haziran 2003 tarihleri arasında istenen tüm psikiyatri konsültasyonları geriye dönük olarak değerlendirilmiş ve konsültan psikiyatristin belirlediği son psikiyatrik tanıya karşın hastanın birincil bakımından sorumlu hekimin belirlediği ilk psikiyatrik tanı arasındaki doğruluk oranı ve iki hekim arasındaki tanı uyumu hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Toplam 580 (erkek hastalar n= 277, %47.8; kadın hastalar n=303, %52.2) psikiyatri konsültasyonundan oluşan örneklem yaş ortalaması, 46.36 ± 19.83 yıl bulunmuştur. Psikiyatri konsültasyonu isteyen kliniklerin dağılımına bakıldığında, yerinde konsültasyon isteminin %40'ı cerrahi kliniklerinden (genel cerrahi, plastik cerrahi, kadın doğum, göğüs kalp damar cerrahisi, beyin cerrahisi, ortopedi ve üroloji), %25.3'ü acil servisten, %10.5'i dahiliye ve %24.7'si diğer kliniklerden yapılmıştır. Altı aylık sürede yerinde konsültasyon istenen 580 hastanın psikiyatrik tanı dağılımı depresif bozukluklar (%33.8), anksiyete bozuklukları (%4), uyum bozuklukları (%13.3), psikotik bozukluklar (%6.6), kognitif bozukluklar (%14.3), bipolar bozukluk (%1.4), alkol ve madde kullanım bozuklukları (%4.8), kişilik bozuklukları (%1.7), aktif psikopatoloji yok (%14) ve diğer (%6.1) şeklinde sınıflandırılmıştır. Psikiyatri dışı hekimlerce beş farklı psikiyatrik hastalık tanı kategorisi için konsültasyon istenmiştir. Bu tanı kategorileri içinde depresif bozukluklar, kognitif bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklar yer almıştır. Psikoz, bipolar bozukluk, uyum bozukluğu ön tanısı ile psikiyatri konsültasyonu istenmemiştir. Bu nedenle yukarıda belirtilen beş tanı kategorisi için tanı doğruluğu ve iki hekim arasındaki tanı uyumu incelenmiştir. Depresif ve kognitif bozuklukların doğru tanınma oranları birbirine benzer (sırasıyla, %57 ve %52.3) bulunmasına karşın, alkol-madde kullanım bozukluklarına %79.2 oranında doğru tanı konmuştur. Anksiyete bozuklukları ve somatoform bozuklukları için doğru tanınma oranları sırasıyla %26.5 ve %41.2 bulunmuştur. Madde kullanım bozuklukları tanısı koyamada iki hekim arasındaki uyum yüksek (kappa değeri=0.718), geri kalan dört tanı kategorisinde (depresif bozukluklar, kognitif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozuklukları) tanı uyumu orta ya da düşük düzeyde bulunmuştur.

**Tartışma:** Bu çalışma madde kullanım bozukluklarının hastanın birincil bakımından sorumlu hekimlerce iyi tanındığını göstermesine karşın, yatan hastalarda daha sık gözlenen depresyon ve anksiyete bozukluklarının doğru tanınmasının zayıf düzeyde olduğunu göstermiştir.

**Anahtar sözcükler:** Psikiyatri konsültasyonu, psikiyatrik hastalıklar, tanı doğruluğu, yatan hasta

**Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008;18:288-295**

## ABSTRACT:

Accuracy rates of recognition of psychiatric disorders by nonpsychiatry specialists in a consultation-liaison service of a university hospital

**Objective:** Psychiatric comorbidity has been found to be associated with increased length of hospital stay, increased morbidity and mortality. For example cognitive disorders were found to be associated with increased length of hospital stay, increased morbidity, and mortality for adult patients of all ages. Although psychiatric comorbidity is high in medical illnesses, it is not recognized and treated sufficiently. In this study we aimed to investigate the accuracy of all psychiatric referrals and agreement between primary medical providers and consulting psychiatrists in terms of initial and final psychiatric diagnosis.

**Method:** A retrospective review of all consultation requests from January 1, to June 30, 2003 was evaluated. The accuracy rate between the initial psychiatric diagnoses determined by primary medical providers and the final psychiatric diagnoses determined by consultant psychiatrists was calculated and measure of agreement in terms of psychiatric diagnoses between two doctors was evaluated.

**Results:** A total of 580 psychiatric referrals (277 men, 47.8%; 303 women, 52.2%) were retrospectively reviewed. Mean age of the sample was 46.36 (SD=19.83) years. Psychiatric referrals were requested 40% from surgery departments (general surgery, plastic and reconstructive surgery, obstetrics and gynecology, chest heart blood vessel surgery, neurosurgery, orthopedics, and urology), 25.3% from emergency service, 10.5% from internal medicine departments, and 24.7% from other inpatient clinics of the center. Final psychiatric diagnoses of 580 patients were classified as depressive disorders (33.8%), anxiety disorders (4%), adjustment disorders (13.3%), psychotic disorders (6.6%), cognitive disorders (14.3%), bipolar disorder (1.4%), alcohol and substance use disorders (4.8%), personality disorders (1.7%), no active psychopathology (14%) and other (6.1%). In this study primary medical providers requested psychiatric referrals for five different psychiatric disorder categories. They were: depressive disorders, cognitive disorders, substance use disorders, anxiety disorders, and somatoform disorders. There were no psychiatric referrals for psychosis, adjustment disorder or bipolar disorder. Therefore in this study accuracy rates of five psychiatric disorder categories and agreement between two doctors were assessed. The accuracy rates of depressive and cognitive disorders were similar (57% and 52.3% respectively) hence substance use disorders were assigned 79.2% accurately. The accuracy rates for anxiety disorders and somatoform disorders were 26.5% and 41.2% respectively. The degree of agreement between two doctors for substance use disorders was high (kappa value=0.718), but for the rest four diagnostic categories (depressive disorders, cognitive disorders, anxiety disorders, somatoform disorders) it was moderate or low.

**Conclusions:** This study showed that substance use disorders were recognized well, whereas, depression and anxiety disorders which are seen more frequently than other psychiatric disorders among inpatients were recognised poorly by primary medical care providers.

**Key words:** Psychiatry referrals, psychiatric disorders, diagnostic accuracy, inpatient

**Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2008;18:288-295**

<sup>1</sup>Uzm. Dr., <sup>2</sup>Doç. Dr., <sup>3</sup>Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, 35100 Bornova, İzmir-Türkiye

## GİRİŞ

%46.5 arasında değiştiği belirtilmiştir (1).  
Yatan hastalarda en sık gözlenen psiki-



- Psikosomatik bozukluklar deyince oluğu ya da gidiğu üzerine ruhsal etkenlerin üzerinde ruhsal etkenlerin önemli rol oynadığı bedensel hastalıklar anlaşılır.



- Dunbar, Deutsch, Alexander, Wolf, Engel, Wittkover, Murphy, Weiss, French bu alanda katkıda bulunmuş tanınmış kişilerdendir.
- Bir yandan ruhsal etkenlerin neden olduğu bedensel hastalıklar tanımlanarak psikososyal etyolojileri incelenmiş oluş mekanizmaları açıklanmaya çalışılmıştır.
- Psikolojik etken----İşlevsel bozukluk---- Hücresel patoloji----yapısal değişme denklemi kabul görmeye başlanmıştır.



# ETYOLOJİ

- 1. Biyolojik Kuram:
- 2. Psikososyal Kuram
- 3. Psikodinamik Kuram



# 1.Biyolojik Kuram:

- Genel Adaptasyon Sendromu
- Lokal Adaptasyon Sendromu



## 2.Psikososyal Kuram

- Özgül Psikolojik çatışma -Özgül organ kuramı
- Ağlama isteğinin ve eyleminin bilinç dışı etkilerle kısıtlanması , yani ağıdın boğulup içeride kalması alerjik duyarlılığı olan bir kişide bronşial astma nöbetlerine yol açmaktadır.





# Özgül Kişilik yapısı-Özgül Hastalık Kuramı

- Örneğin migrenlilerde aşırı obsesif kişilik, astımlılarda aşırı bağımlı, koroner arter hastalığında başarı düşkünü, aşırı hırslı kişilikler tanımlanmıştır.



## Bireysel Tepki Özgüllüğü

Stres ne olursa olsun, belli bir fizyolojik şekilde tepki göstermeğe eğilimli kişiler vardır.



### 3. Psikodinamik Kuram

- Psikosomatik belirti gösteren kişilerde erken çocukluk döneminde duyguların beden düzeyinden ruhsal düzeye geçiş sürecinde bir aksaklık vardır.
- Bu kişilerin bastırılmış duygularını sözel yoldan algılama ve anlatım olanakları kısıtlıdır.



# PSİKOFİZYOLOJİK BOZUKLUĞA SAHİP BİREYLERİN ÖZELLİKLERİ

Psikofizyolojik hastalar genelde evde ve işlerinde başarılıdırlar. Sorumluluk alan, zamanında yerine getiren, uyumu kolay kişilerdir. Sevgiyi kaybedecekleri korkusu ile düşmancıl duygularını ifade edemezler.

Genelde etkilenen organ ya da sistem birey için önemli organdır. Bireyin içinde bulunduğu toplumda sosyoekonomik yada kültürel kısıtlamalar özel somatik belirtilere yol açabilir. Ofkenin engellenmesi hipertansiyona, bağımlılığın engellenmesi mide ülserine yol açabilir. Bu hastalar fiziksel hastalık ya da orta/ ağır düzeydeki anksiyeteden söz ederler.

Heyecanlar sorunları inkar eder, fiziksel sorunlar ve stres arasındaki ilişkiyi görmezden gelirler.

Psikiyatrik tedaviyi kabul etmemek için fiziksel hastalıklarını ileri sürerler.

Kızgınlıklarını bastırır, ya da uygun olmayan yollarla ifade ederler.

Heyecanlarını bastırır. Dikkatle başkalarının davranışlarını incelerler.

Yaşamlarında var olan stresörleri konuşmalarında ortaya koyarlar.



# Spesifik Psikofizyolojik Hastalıklar

- Hiperventilasyon Sendromu
- Astım
- Romatoid Artrit
- Fibromiyalji
- Şişmanlık
- Hipertiroidizm
- Psöriazis
- Atopik dermatid
- Ürtiker
- Migren



# ORGANİK HASTALIKLAR, KONVERSİYON BOZUKLUKLARI VE PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLARIN FARKLILIKLARI

- **Organik Hastalıklar.....**
- Mikroorganizmalar, yaralanmalar, "Biyojenik değişiklikler vardır.
- Spesifik olmayan, bireyin bölümünü kapsayan "Yapısal değişiklikler vardır.
- Belirgin doku patolojisi
- Majör/minör fiziksel yetersizlik
- Fiziksel medikal tedavinin etkisine bağlı gözlenebilen değişiklikler
- Yaralanmanın ciddiyetine göre anatomik semptomlar
- Hastanın endişeli tutumu



# Konversiyon Reaksiyonları.....

- Doku patolojisinin olmaması
- Spesifik ve lehinde seçilmiş yetersizlik
- Fiziksel tedavinin çok az etki yapması
- Hastanın ilgisiz bir tutum göstermesi
- Psikojenik faktörlerin olması, çatışma ruhsal düzeyde yaşanır. Savunma olarak bedensel bir belirtiyeye dönüşür.
- Anotomik açıdan tutarlı olmayan semptomlar



## Psikofizyolojik Bozukluklar.....

- İ ya da dış uyarınlarnın neden olduğu fiziksel değişiklikler
- Otonom sinir sistemi ya da benzer yapıların katılımı
- Doku patolojisinin olması
- Fiziksel kapasitenin sınırlanması
- Anotomik tutulum ile uygun semptom dizisi





# PSİKOFİZYOLOJİK HASTALIKLARDA HEMŞİRELİK SÜRECİ

- Ağır düzeyde anksiyete yaşama ve bunu bastırma
- Yeterince savunma düzeneklerinden yararlanmama
- Kişilikte yetersizlik, bağımlılık gereksinimlerinin giderilmemesi, rolünü kabul etmemesi
- Hastalık rolünü ikincil amaç edinmesi, özel fiziksel semptomları büyütmesi
- Fiziksel semptomlarla heyecansal sorunlar arasındaki ilişkiyi inkar etmesi
- Sorun çözümüleme becerilerinin olmaması gibi durumlar bazı sorunlara neden olur.



# NANDA'YA GÖRE PSİKOFİZYOLOJİK HASTALIKLARLA İLİŞKİLİ HEMŞİRELİK TANILARI

Yap-boz  
Anksiyete  
Konstipasyon  
Bireysel başaçıkmda yetersizlik  
Diyare  
Red-inkar  
Uygunsuz davranışlar  
Korku  
Değişmiş aile süreci  
Sağlığın devamını sürdürmede değişme  
Ev yönetimini devamında bozulma  
Umutsuzluk  
Fiziksel harekette bozulma  
Beslenme değişiklikleri( vücut gereğinden az besin alma)  
Ağrı-kronik  
Kendine bakımda yetersizlik  
Kendine saygıda kronik olarak azalma  
Bozulmuş deri reaksiyonları  
Uykuda bozukluk  
Sosyal izolasyon  
Kontrol etmede bozulma



## ANAHTAR GİRİŞİMLER

- Semptomlara değil kişiye odaklanmak
- Ev ve iş yaşantısına yönelik zorlandığı durumları tanımlamak
- Manüpülatif davranışları engellemek
- Stresle başetme tekniklerini öğretmek
- Duygularını açıklaması için cesaretlendirmek
- Destekleyici kendi kendine yardım gruplarından yararlanmasını sağlamak



- Hasta relaksasyon tekniklerini uygulayabiliyor mu?
- Psikofizyolojik bozukluğu ile ilgili fizyolojik göstergelerde azalma varmı?
- Stresi ile ona etki eden faktörlerin farkında mı?
- Yaşamının ileriki döneminde stresi ile başa çıkabileceğini düşünüyor mu?



# İlkeler

- Biyolojik dengeyi sürdürmek
- Olumlu iletişim kurmak
- Psikoterapötik süreci desteklemek
- Stresli durumlarla başa çıkımda alternatif yollar geliştirmede hastayı desteklemek



# HASTALIK

“Biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizi”



# Hastalık

Dengeyi ve Uyumu bozar



# FİZİKSEL HASTALIK İLE İLGİLİ STRESLER (I)

Hastalık kişinin narsistik bütünlüğüne tehdit

- Yaşam amaçları sarsılır, özgüven zedelenir
- Yabancı ortam ve kişiler korkusu
- Ayrılık kaygısı, aileden uzakta olma
- Sevgi, ilgi, destek ve onay kaybetme korkusu
- Eski çatışma ve çözülmemiş sorunları





# FİZİKSEL HASTALIK İLE İLGİLİ STRESLER (II)

- Temel işlevlerini, otonomisini, yeterliliğini
- Vücudun üzerindeki denetimini kaybedeceği
- Vücut organlarının hasar göreceği
- Suçluluk ve cezalandırılma endişeleri
- Hastalık ve tedavi hakkında belirsizlik
- Sosyal kayıplar



# HASTALIK DÖNEMLERİ

- İnanamama ve inkar
- İrritabilite ve öfke
- Kontrolü kazanma girişimi
- Depresyon
- Kabul ve işbirliği

Yatarak veya ayaktan tedavi gören hastaların, hastalığın niteliğine, hastaya ve psikososyal etkileşimlere bağlı olarak ortalama %20-70 arasında tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik sendrom vardır



# Tıbbi Hastalıklara Eşlik Eden Psikiyatrik Sendromlar

- Hastalığa emosyonel tepkiler
- Organik beyin sendromları
- Depresif hastalık
- Anksiyete bozukluğu
- Somatoform bozukluklar
- Kişilik bozuklukları
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu
- Psikotik reaksiyon







# FİZİKSEL HASTALIKTA GELİŞEN PSİKOLOJİK TEPKİLER

1-Fiziksel hastalığın özelliklerine

2-Hastanın bir birey olarak özelliklerine

3-Psikososyal çevreye göre





## ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kendini algılama

- Yaşam felsefesi
- Baş etme biçimi
- Hastalığın anlamı
- Hasta rolüne ilişkin inançlar, tutumlar
- Kişilik yapısı,
- Geçmiş deneyimler
- Kültürel özellikler
- Bilgi düzeyi
- Hastalık tipi, süresi, şiddeti, prognozu
- Tedavi seçenekleri
- Destek sistemleri



Gerçeğin ne olduğu değil,  
ne olarak ALGILANDIğI  
ve  
NASIL YAŞANDIğI önemli



# Sık Görülen Emosyonel Durumlar



# Organik Beyin Sendromları

- ✓ İkinci sırada en sık görülen psikiyatrik morbidite
- ✓ Genel Hastanede %12-27
- ✓ En sık delirium ve demans



# Depresif Bozukluk

- ✓ Depresyon ayaktan tedavi görenlerin %12-36'sında,
- ✓ Yatarak tedavi görenlerin %30-58'sinde depresif semptomatoloji



# Anksiyete Bozukluğu

- ✓ Genel popölasyonda prevalans %4-7
- ✓ Tibbi hastalığı olanlarda %10-20
- ✓ Konsültasyon istenen hastaların %5-18'de anksiyete durumları



# Somatoform Bozukluklar

- ✓ A.B.D' de sağlık sistemine gereksiz maliyeti yılda 20 milyar dolardan fazla
- ✓ Fonksiyonel somatik sendromun çeşitli tıbbi ortamlarda yaygınlığı % 12-40



# Psikiyatrik Morbidite!

- Hastanın uyumunu,
- Yaşam kalitesini,
- Tedaviye yanıtı ve morbiditeyi
- Hastalığın seyrini
- İyilik halini
- Bakım sürecini, iş yükünü ve maliyeti etkiler.



# KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ VE BAZI KLİNİK UYGULAMA ALANLARI

- **Onkoloji ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi**
- Kanserde psikiyatrik bozukluk insidans ve prevelansının normal popülasyonun çok üstünde ve diğer fiziksel hastalıklar arasında en yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.
- Psikiyatrik bozukluk saptanan bu grubun %68'inde anksiyeteli veya depresif uyum bozukluğu söz konusudur. %13'ünde majör depresyon, %8'inde organik mental bozukluk, % 4' ünde de anksiyete bozukluğu saptanmıştır .



## Kanserde Psikolojik Tepkiler

Tanı Öncesi	Normal Adaptif	Maladaptif
	Kanser olasılığı ile ilgili kaygılı bekleyiş	<ul style="list-style-type: none"><li>•Kanser tanısı konmadan hastalık belirtilerini geliştirme</li><li>•Hastalık olasılığın inkar edilmesi ve tedavide gecikme</li></ul>
Tanı Aşaması	Şok,inkar, başlangıçta inkar, kaygı,kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular,depresif mizaçlı uyum	<ul style="list-style-type: none"><li>•İnkâr, tedaviyi red</li><li>•Ölümün kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddetme</li></ul>
Tedavi Aşaması	Cerrahi girişimin geciktirilmesi Cerrahi dışı tedaviler Vücut imajı değişikliğine bağlı kayıp tepkisi Tedavi yan etkilerinden korkma Terkedilme korkusu Vücut imajı değişiklikleri	<ul style="list-style-type: none"><li>•Ameliyat sonrası reaktif depresyon</li><li>•Uzamış ciddi reaksiyon</li></ul>
Tedavi Sonrası	Nüks korkusu	Şok, inkar, kaygı, kızgınlık, depresif duygu durumu
Hastalığın seyir ve ilerlemesi	Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar	Depresyon
Terminal dönem	Terkedilme korkusu, ağrı, bilinmezlik korkusu Ölüm düşüncesine bağlı kişisel elem duygusu ve kabulleniş	Depresyon, akut deliryum korkusu





## Organ Kaybı ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

- Cerrahi girişimler psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyeline sahip tedavi yöntemidir. Ameliyat öncesi dönemde, hastalarda genel olarak korku ve anksiyete en fazla görülen durumlardır.



- Narkoz kaygısı,
- ölüm riskine ilişkin endişeler,
- ağrıdan korkma,
- özürlü olacağı ya da bedeni üzerinde denetimi kaybedeceği korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişesi gelişebilir.



# Yoğun Bakım Ünitelerinde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

<b>Koroner Yoğun Bakım</b>	<b>Cerrahi Yoğun bakım</b>	<b>Dahiliye Yoğun bakım</b>
Anksiyete Depresyon Uyum güçlüğü Kızgınlık Deliryum Ajitasyon	Delirum Depresyon Uyum güçlüğü Ayrılma anksiyetesi Ajitasyon	İntihar girişimi ile başvuru Depresyon Kişilik bozukluğu Deliryum Uyum güçlüğü Anksiyete

## Kronik Böbrek Yetmezliği ve Liyezon Psikiyatrisi:

- Kronik böbrek yetmezliği (KBY), yaşamı tehdit eden önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, organik mental ve psikososyal sorunların geliřitđi bir tablodur.
- KBY'nin diyaliz ya da transplantasyon ile tedavisine pek çok organik, ruhsal ve sosyal sorun eşlik etmektedir.



## Fiziksel ve psikososyal sorunlar

- Haftada üç gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ve yaşamın diyaliz makinasına, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi,
- Diyaliz ünitesinde sık görülen ölümler ve ölüm korkusunun sürekli olarak yaşanması,



- Fiziksel durumda sık dögüdü değişmelerin olması
- (üreminin artmasıyla bulantı, yorgunluk, uyku hali, dikkat azalması, diyaliz uygulamasının hemen ardından sıvı elektrolit dengesindeki ani değişime bağlı başağrısı, bulantı kas krampları, sinirlilik bazen de eşlik eden yönelim bozukluğu, deliryum ve konvulsiyonlar; ardından da bir daha ki diyaliz uygulamasına



Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulabilmesi, Diyalizde geçirilen zamana, diğer zamanlarda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş veriminin düşmesi, sosyal yaşamın kısıtlanması, Hastanın nakil için yakınlarından böbrek talebinin ve hasta yakınlarının böbrek verme konusunda yaşadığı tereddütlerin doğurduğu baskılar ya da kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi,



- Sıvı ve gıda alımında büyük kısıtlamalar

- Diyaliz hastalarında diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi anksiyete ve depresyon belirtileri sıklıkla görülür.
- Görülen ruhsal sorunlar içinde uyum bozukluğu %14 ile ilk sırayı alırken majör depresyon (%12.5), agorafobili panik bozukluğu (% 2) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%1.5) bu tanıyı izlemektedir.





- Hemodiyaliz hastalarının yaşamının geri kalan kısmını etkin bir şekilde geçirebilmesi için, hastalarda gözlenen psikososyal sorunlar diyaliz ekibince değerlendirilmelidir.
- Bu değerlendirme yapılırken; psikososyal sorunun boyutu, ciddiyeti, süresi, soruna getirilen çözümün uygulanabilirliği, tedavi rejimine uyum/uyumsuzluk (endişe, depresif belirtiler, hayal kırıklığı, sinirlilik v.s), tedavi ekibi ile ilişkileri, beden imajını algılayışı değerlendirilmelidir





**KONSÜLTASYON  
LİYEZON PSİKIYATRİSİ  
ve KONSÜLTASYON  
LİYEZON PSİKIYATRİSİ  
HEMŞİRELİĞİ  
UYGULAMALARI**





# KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ

İnsan varlığını, hastalıklarını, tedavisini biyolojik, ruhsal ve sosyal bütünlüğü içinde ele alma çabasının tıbbi psikiyatrik uzantısıdır



PSİKOLOJİK

Biyopsikososyal  
Bütünlük

SOSYAL

BİYOLOJİK

**Biyolojik + Psikolojik + Sosyal > Bütün**





1-Fiziksel hastalıkları olanlarda psikiyatrik morbiditenin araştırılması, tanısı, tedavisi, izlenmesi ve önlenmesi

2-Sağlık çalışanlarına, konsültasyon liyezon hizmeti sunulması, psikiyatri dışı klinik elemanlarına psikososyal tıp eğitimi verilmesi.

3-Tıbbi hastalarda ya da fiziksel yakınma ile dış kliniklere başvuran hastalarda araştırmalar yapılması.





## TARİHSEL SÜREÇ (DÜNYADA)

**Ortaçağ** ➤ doğa üstü güçler

**1605 Bacon** ➤ psikosomatik tıp

**20.yüzyıl** ➤ tıbbi hastalara ruh sağlığı hizmeti

**1902** ➤ Albany Hastanesi

**1930** ➤ sistematik klinik çalışmalar

**1939** ➤ İlk KLP kliniği Colorado Hastane (USA)

**II. Dünya Savaşı** ➤ tıp ile psikiyatri işbirliği





## Tıptaki, psikiyatri hemşireliğindeki gelişmeler

- Kronik hastalıkların artması
- Psikosomatik tıp kuram, anlayışı
- Psikofarmakolojide, psikoterapide
- Davranış ve nörolojik bilimlerde gelişmeler
- Yaşam kalitesinin öneminin artması
- Koruyucu sağlık anlayışının ön plana çıkması





**1960** ➤ Bilimsel bir disiplin ve üst uzmanlık

**1963 Johnson BS.** ➤ İlk hem. konsültasyon

**1972 Maryland University** ➤ İlk master

**1974 Lisa Robinson** ➤ İlk yayın

**1987 Chicago** ➤ İlk KLPH konferansı

**1990 ANA** ➤ KLPH resmi olarak tanır

**1994** ➤ KLPH cemiyeti kurulur







## TARİHSEL SÜREÇ (ÜLKEMİZDE)

**1987** ➤ İTF KLP Birimi

**1997** ➤ İTF KLP Bilim Dalı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp  
fakültesi





# KLP EKİBİ

Psikiyatrist  
Psikiyatri Hemşiresi  
Sosyal Çalışmacı  
Psikolog





# KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKIYATRİSİ HEMŞİRELİĞİ



hizmetlerinin sunulmasını sağlar. Temel amacı, tıbbi bölümlerde hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını önlemek; tanımlamak; tedavi etmek; hastalıkların ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavisinde ve bakımında psikososyal etkenlerin rolünü inceleyerek, hizmetleri bütüncül kılmaktır (Özkan 1993).

Bütüncü yaklaşım; bireylerin kişisel doyumlarına ve sağlıklı oluşlarına katkıda bulunacak bir yaşam biçiminin geliştirilmesini sağlayan, iyilik haline anlam kazandıran bir felsefe ve tutumdur. Bütüncülüğün ana temalarını, beyin-ruh-beden ve toplum dörtlüsünün yanı sıra onların birbirleriyle olan ilişkileri ve bağlantıları oluşturur (Sayıl 1996). Bu yaklaşım hastalığın kendisiyle birlikte, bireyin hastalığa karşı tepkisini de ele almayı gerektirir. Hemşireler bu anlayış doğrultusunda kapsamlı bir sağlık tanılması yaparak hastanın/ailesinin fiziksel, ruhsal, psikososyal ve spiritual gereksinimlerine odaklı hemşirelik girişimlerini yerine getirirler (Lehmann 1991).

Bütüncü hasta bakımının sağlanması, tedavi ve bakımın niteliğini arttıracaktır. Ancak, sağlık elemanlarının eğitiminden, sağlık sisteminin işleyişine kadar birçok noktada yaşanan eksiklikler ve sorunlar bakımın psikososyal boyutunun ve hastaların psikososyal gereksinimlerinin ihmal edilmesine neden olabilmektedir. Yoğun bir servisin yönetimi eleman eksikliği de düşünülünce sağlık elemanlarının anksiyete ve engellenmişlik yaşamasına, iletişim problemlerine, çatışmalara yol açabilmektedir. Ya da sağlık elemanları daha çok iş merkezli çalışabilmekte, hastaların fiziksel bakımına odaklanmakta ve bunu da yeterli görebilmektedir. Bütüncü bakım vermek üzere eğitim gören, hastanede 24 saat hasta ile birlikte olan hemşireler, sıklıkla hasta davranışlarındaki değişiklikleri gözlemlemekte ve hastaların psikolojik bakımı için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (Hicks 1989). Bu nokta da konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi önemli bir boşluğu doldurur.

KLP hemşiresi; gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastalara ve ailelere yönelik hizmette birincil korumadan, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar

Schilke 1976, Robinson 1991, Stuart and Sundeen 1987).

KLP hemşiresinin **birincil amacı**; fiziksel hastalığı olan hastaların bütüncü (holistik) sağlığını yükseltmek, psikososyal uyumuna yardım etmek, psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak, bireyin mevcut hastalığı ile ve hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesine ve hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmasına yardımcı olmaktır (Robinson 1987, Mallory ve ark. 1993, Tunmore 1990, Tunmore 1994, Norwood 1998). **İkincil amacı** ise; hemşirelerin ve diğer bakım verenlerin psikososyal tanılama ve bakım becerilerini geliştirmek, profesyonel gelişimlerini kolaylaştırarak onların kendi klinik uygulamaları ve bakım aktiviteleri ile ruh sağlığı kavramları ve uygulamalarını bütüncülükte yeterli olmalarını sağlamaktır. Ayrıca, hemşirelerin benlik saygılarını arttırmada, iş stresiyle başa çıkma ve ekip içi çatışmaları çözümlenmesinde de katkı sağlamaktır (Levy ve Lewis 1993, Nelson ve Shilke 1976, Sharrock ve Happell 2001, Morriss ve ark. 1994, Norwood 1998).

KLP hemşiresi birincil amacına yönelik olarak **doğrudan hizmet verir. Bu hizmet şunları içerir;**

Hastanın ve ailenin psikososyal gereksinimlerini belirlemeye yönelik veri toplar (psikososyal tanılama yapar), hemşirelik tanısı koyar, psikososyal bakım verir ve sonuçlarını değerlendirir. Özellikle hastanın ve ailesinin hastalık ve hastanede yatmakla ilgili streslerini, krize reaksiyonlarını, başetme davranışlarını ve uyum düzeylerini değerlendirir. Hasta ve ailesinin hastalığı algılamalarını değiştirmede, problemlerini çözmede, anksiyete yönetiminde yardımcı olur. Girişimler; başetme stratejilerini kuvvetlendirmeyi, destek sistemlerini harekete geçirmeyi, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırmayı, krize müdahale yöntemlerini, bilişsel-davranışçı teknikleri, danışmanlığı ve eğitimi içerir. KLP hemşiresi; tüm uygulamalarında doğrudan KLP birimi ile çalışır. Gerektiğinde bazı bilgileri diğer ekip üyeleriyle de paylaşır. Ayrıca ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği teorik kapsamının geliştirilmesine katkıda bulunan klinik araştırmalar da yapar (Chase ve ark.





Gerçek ve-veya olası fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların ve ailelerin,

**“emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını-gereksinimlerini”**

tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen, hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlayan bu alanda araştırmalar yapan, psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığıdır.





# HİZMET ALANI

HASTA (Fiziksel yakınması veya hastalığı)

HASTANIN AİLESİ






SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Psikososyal Bakım Eğitim  
Danışmanlık








## PRİMER AMACI

### HASTA VE AİLESİNE YÖNELİK

-  Holistik sağlığı yükseltmek
-  Psikososyal adaptasyona yardım etmek
-  Psişik morbiditeyi önlemek ve azaltmak
-  Başetme gücünü arttırmak
-  Hastalık yaşıantısından anlam çıkarmasına yardım etmek

## SEKONDER AMACI

### HEMŞİRELERE YÖNELİK

-  Psikososyal gereksinimlere duyarlılığı ↑
-  Psikososyal tanılama, bakım becerilerini iyileştirmek
-  Profesyonel gelişimi kolaylaştırmak
-  Ruhsal sağlık kavramlarını entegre etmeyi ↑
-  Hemşirelerin iş stresiyle başetmelerine yardımı





# KONSÜLTASYON

Bir danışanın isteğine yanıt olarak, hastanın ruhsal durumunun ve davranışlarının uzman biri tarafından değerlendirilip, hastanın tedavisine yardımcı önerilerin iletilmesidir





# KONSÜLTASYON TIPLERİ

- Hasta merkezli (odaklı)
- Danışan merkezli (odaklı)
- Sistem veya organizasyon odaklı





## AMAÇLARI

Klinik uygulamada ruh sağlığı kavramlarını ve uygulamalarını öğretmek, göstermek

- Uygun psikiyatrik ve hemşirelik girişimlerini öğretmek
- Hemşirelik bakımını sağlamada ve sürdürmede hemşireleri desteklemek
- Hemşirenin mesleki-kişisel benlik saygısını ↑
- Çözümlemeyen bakım konularının kabulü ve bunlarla başetmeyi cesaretlendirmek





# LİYEZON

Fiziksel hastalıkların ve tedavilerin bağlantısı içinde psikolojik ve sosyal faktörlerin karşılıklı ilişkisini paylaşma sürecidir

Etkin işbirliğini ve iletişimi  $\uparrow$ , çatışmaları  $\downarrow$  için sağlık elemanlarının ilişkisi





# LİYEZON MODELİ UYGULAMASI

Tıp ile psikiyatri arasında kavramsal ve klinik  
bir köprü sağlar

Eş güdüm ve eş zamanlı sunum

Ortak hasta izlenmesi

Psikopatolojinin erken saptanması

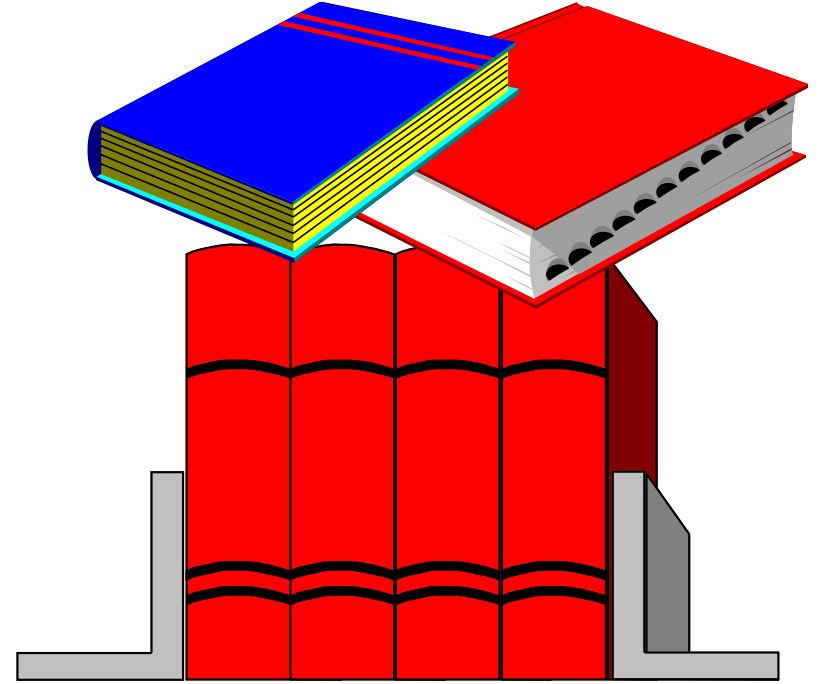
Fiziksel bakım ile psikososyal bakımı  
bütünleştirme





# EĞİTİM ROLÜ

- KLP elemanlarına
- Genel hastanede çalışan hemşirelere
- Hemşirelik öğrencilerine
- Hastalara
- Hasta ailelerine



## Hemşirelere Yönelik (I)

- Hasta, aile ve tedavi ekibi ile iletişimi
- Hasta bakımının psikolojik boyutları
- Hastaların-ailelerinin tepkilerini tanıma
- Çözümü güç klinik problemlerle başetme



## Hemşirelere Yönelik (II)

- Yas, anksiyete, kriz, intihar, şiddet
- OBS, depresyon, anksiyete tanıma
- Uygun hemşirelik girişimleri uygulama
- Hemşirelerin benlik saygısını arttırma





# Hastalara ve Ailelerine Yönelik

- Tepkilerini farketme, tanıma, tanımlayabilme
- Problemlerle etkin başetme
- Düşüncelerini ve duygularını ifade etme
- Paylaşma
- Hastalığa uyumu sağlama
- Psikiyatrik belirtileri erken tanıma
- Yardım alabilme

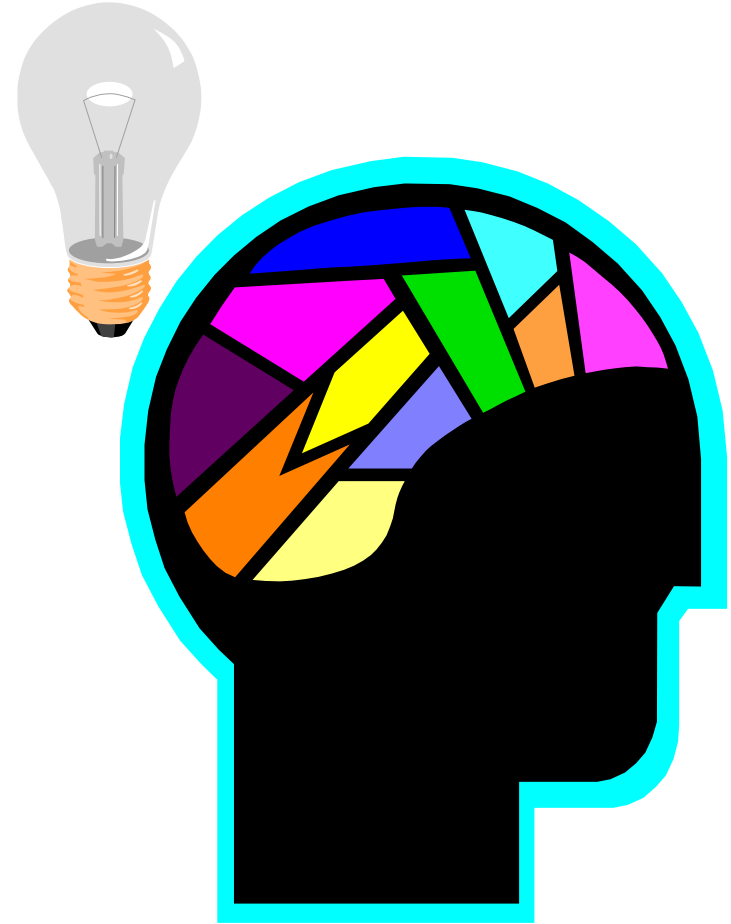




# ARAŞTIRMA ROLÜ

Veri Toplamak

- Toplanan Bilgileri Kaydetmek
- Muhafaza Etmek
- Meslektaşlarını Teşvik Etmek
- Destek Olmak





# İDARİ ROLÜ

*KLP Hemşiresi bir değişim ajanı olarak"*

- Örgüt ve bölüm düzeyinde politika saptanması,
- Komitelere üyelik,
- Yasal ve etik olarak sorunlar



## SONUÇTA

- ✓ Psikolojik duruma farkındalık artar
- ✓ Konsültasyon nitelik ve nicelik ↑
- ✓ Hemşirelerin becerileri iyileşir
- ✓ Hasta bakım süreci ve sonucu iyileşir
- ✓ Hasta bakım standartları artar
- ✓ Hasta ve aile memnuniyeti artar
- ✓ Hemşirelerin emosyonel gerginliği ↓
- ✓ İş memnuniyeti artar
- ✓ Maliyet etkinliği sağlanır



# KAYNAKLAR

- Öztürk O, Uluşahin A .(2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I- U (11. Baskı). Nobel Tıp Kitap Evleri: Ankara.
- Çam, O., & Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi.
- Sadock BJ, Sadock VA (2009). In: Klinik Psikiyatri El Kitabı (A. Bozkurt, Çev. Ed.). 4. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Sadock, J. & Sadock, A. & Ruiz, P. (2015). Synopsis of Psychiatry(eleventh edition). Wolters Kluwer.
- Gürhan, N. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Sertöz, Ö. Ö., Doğanavşargil, G. Ö., Noyan, M. A., Altıntoprak, E., & Elbi, H. (2008). Bir Üniversite Hastanesi Konsültasyon Liyezon Servisinde Psikiyatrik Hastalıkların Psikiyatri Dışı Hekimlerce Doğru Tanınma Oranları. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 18(4).
- Kocaman, N. (2005). Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım Ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği.



TEŞEKKÜRLER!

