

## Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı\*

### Individual with a Diagnosis of Depression and Nursing Approach

Şükran ERTEKİN PINAR,<sup>1</sup> Havva TEL<sup>2</sup>

#### ÖZET

Depresyon derin üzüntülü bir duygu durumu içinde bireyin düşünce, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtilerin yaşandığı bir sendromdur. Depresyon duygulanım bozuklukları arasında en yaygın görülen bozukluklardan biridir. Toplumda depresyonun görülme oranı %5-10 olarak belirtilmekte ve 2020 yılında dünyada yeti yitimine yol açacak hastalıklar arasında ikinci sırada yer alacak hastalık olarak görülmektedir. Depresyon hasta ve ailesinin tüm yaşamını olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Hemşireler depresyonun tedavisi ve bakımında üstlendikleri rollerin yanı sıra hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın tedavisine göstereceği uyumda önemli bir etkiye sahiptir. Bu nedenle hemşire depresyon tanılı hasta ve ailesini dikkatle izlemeli, hastanede ve toplumda sağlık bakımlarını sürdürmesini desteklemeli, bireyin fizyolojik durumunu, ruhsal belirtilerini ve ilaç kullanma durumunu etkin olarak değerlendirmelidir. Bu yazıda depresif hastanın özellikleri ve temel hemşirelik yaklaşımları ele alınmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Depresyon; depresyonda hemşirelik yaklaşımı; hemşirelik.

#### SUMMARY

Depression is a syndrome in which an individual experiences symptoms such as slowness of speaking, thinking, and movement, calmness, worthlessness, weakness, reluctance, pessimism, deep sadness, and slowness in physiological functions. Depression is one of the most common emotional disorders. The prevalence of depression in society is 5–10% and it is seen as the second-leading disease that will cause loss of functional ability in the world in 2020. Depression may negatively affect a patient and his or her family. Nurses have an important role in treatment of depression and in the adaptation of the patient to the treatment of the disease through cooperation with the patient and his or her family. Therefore, nurses should carefully monitor the patient with depression and his or her family, support the patient to continue health care in hospital and society, and effectively evaluate the individual's physiological condition, mental symptoms, and medication state. In this article, depressive patient's characteristics and basic nursing approaches were discussed.

**Key words:** Depression; nursing approach in depression; nursing.

#### Giriş

Duygulanım, bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere, neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, taşkın ya da çökkün duygulanım içinde bulunması duygu-durum olarak adlandırılmaktadır. Normalde duygu durum belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösterir. Ancak, belli bir duygu durumu aşırı düzeyde ve uzun süre devam ettiğinde duygulanım bozuklukları ortaya çıkmaktadır.<sup>[1]</sup> Duygulanım bozuklukları özellikle depresyon tüm hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır.<sup>[2]</sup> Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durumu içinde bireyin düşünce, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersiz-

lik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtiler yaşadığı bir sendromdur.<sup>[1,3]</sup> Depresyonun toplumda yaşam boyu görülme oranı %13.2'dir.<sup>[4]</sup> Yapılan çalışmalarda depresyon prevalansının erişkin bireylerde %5-10 olduğu bulunmuştur.<sup>[2,5]</sup> Ülkemizde yapılan çalışmalarda Doğan ve arkadaşları (1995) depresyonun yaygınlığını %18.8, Rezaki ise (1995) %11.6 olarak bulmuştur.<sup>[6,7]</sup> Depresyon riski kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Depresyonun bir kadında ömür boyu gelişme olasılığı %10 ila %25 iken, bu oran erkeklerde %5 ile %12'dir.<sup>[8-13]</sup> Depresyonun sıklık ve yaygınlığı ile ilgili genel veriler incelendiğinde; Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2002 yılında depresyonun dünya genelinde %4.5, "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları" değerlendirilmesinde %12 olduğu, ülkemizde ise 2004 yılı Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışmasında depresyonun %3.9 ile dördüncü sırada yer aldığı, 2011 yılı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı sonuçlarına göre ise "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları" değerlendirilmesinde depresyonun kadınlarda birinci sırada (%10.7), erkeklerde ikinci sırada (%6.4) olduğu görülmüştür.<sup>[14-16]</sup> Depresyonun 2020 yılında dünyada yeti yitimine yol açacak hastalıklar arasında ikinci sırada yer alacağı belirtilmektedir.<sup>[11,17,18]</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sivas

**İletişim (Correspondence):** Şükran ERTEKİN PINAR.

**e-posta (e-mail):** spinar75@gmail.com

**Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(2):86-91**

**Journal of Psychiatric Nursing 2012;3(2):86-91**

**Doi:** 10.5505/phd.2012.14633

**Geliş tarihi (Submitted):** 03.04.2012 **Kabul tarihi (Accepted):** 04.11.2012

Depresyon yineleyen bir hastalık olduğundan kronikleşme olasılığı yüksektir. Depresyonun ortaya çıkmasından biyolojik ve genetik etkenler, cinsiyet, kültür, yaş, stres, medeni durum, sosyoekonomik düzey, kişilik özellikleri, fiziksel hastalıklar, çalışma durumu, gebelik ve lohusalık süreci, bazı ilaçlar, cinsel kimlik tehdidi, alkol ve madde kullanımı, gelişimsel dönemler (menapoz, antropoz gibi), yaşam olayları gibi birçok faktör etkilidir.<sup>[5,10,17-20]</sup>

Depresyonda; depresif duygu durumu, hiç bir şeyden zevk almama, iştah azalma veya artma, kilo kaybı, uykusuzluk veya aşırı uyku uyuma, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, yorgunluk, bitkinlik, suçluluk, değersizlik düşünceleri, ağlama, iş yaşamında gerileme, sosyal izolasyon, konsantrasyon güçlüğü, cinsel isteksizlik, beden imgesinde değişim, ölüm düşünceleri gibi belirtiler görülmektedir.<sup>[5,17-20]</sup> Depresyon belirtileri bazen fiziksel yakınmaların gölgesinde kalabilmekte ve açık olarak görülmeyebilmektedir. Bu nedenle hastadaki tüm belirtilerin çok iyi sorgulanması ve açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.<sup>[1,9,19]</sup>

Depresif hastaların çoğu kendilerini, hemşirenin zamanını harcamayacağı kadar değersiz hissettiklerinden, bu hastalarla yakın ve uzun süreli ilişki içinde olan hemşirelerin tutum ve davranışları, hasta üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri depresyonun tedavi ve bakım sürecinde üstlendikleri rolün yanında hasta ve aile ile işbirliği yaparak hastanın tedaviye uyumuna yardım etmektedir.<sup>[21,22]</sup> Türkiye’de birey ve ailenin yaşamını çok yönlü etkileyen bir hastalık olan depresyon ve tedavisi hakkında çok sayıda yayın bulunmakla birlikte depresyondaki hastaların özelleşmiş hemşirelik bakımının yer aldığı yayınlara rastlanmamaktadır. Bu makalede, depresyonun temel özellikleri, özelleşmiş terapötik girişimler, hemşirenin genel bakım ilkeleri hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

### Depresyon Tanılı Bireyin Değerlendirilmesi

Depresyon tanılı bireyin değerlendirilmesi görünüm ve davranışlarının değerlendirilmesi ile başlar.<sup>[2,23]</sup> Depresif bir bireyin genel görünümüne bakıldığında genellikle hareketlerde yavaşlama ve yüz ifadesinde donukluk vardır. Psikomotor retardasyon en çok göze çarpan belirtidir. Kambur dururlar, başları öne eğiktir, bazen göz kırpmaları bile azalmıştır. Ağız kenarlarında çökkünlük, tedirginlik ve şaşkınlık görülür. Özellikle yaşlı hastalarda psikomotor ajitasyon görülebilir. El ovuşturma, gezinme, yerinde duramama, saç çekme gibi belirtiler olabilir. Bazı hastalar ise gülümseyen bir ifade taşıyabilirler.<sup>[2,23]</sup>

Genelde bilinç bozukluğu belirtisi yoktur. Ağır stuporlu depresyonda bilinçte sislenme olabilir. Tipik olarak unutkanlık vardır. Yaşlılarda bazen demans ile karışabilen kognitif bozukluklar olabilir. Bellek bozukluğu genellikle dikkatini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırmama ile ilişkilidir. Dikkatini

toplayamama ve düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırmama depresyonun sık görülen belirtilerindedir. Genelde yere, zamana ya da kişiye yönelim bozukluğu yoktur.<sup>[9,24]</sup>

Hastalığın ağırlığı ile orantılı olarak çeşitli algı bozuklukları görülebilir. Yanılsamalar, depersonalizasyon, derealizasyon ve varsanılar olabilir. Varsanılar nadir görülür, genelde işitseldir ve daha çok hastayı aşağılayıcı, suçlayıcı özelliktedir. Bazen görme ve koku varsanıları da olabilir.<sup>[9,23,24]</sup>

Konuşma yavaşlamıştır, depresif stupordaki hastada mutizm olabilir. Düşüncede bloklar, çevresel konuşma ve içerikte fakirleşme görülebilir. Düşünce içeriğinde genellikle kayıp, suçluluk, kararsızlık, intihar ve ölüm düşünceleri vardır. Depresif hastanın hissettiği umutsuzluğun derecesi depresyonun şiddetinin ve intihar riskinin bir ölçütüdür. Kişiler kendilerine olan güvenlerini yitirmiş ve yetersizlik duyguları artmıştır.<sup>[23,24]</sup> Depresyon tanılı bireyi değerlendirmenin başlangıcında intihar eğilimi düşüncelerinin ve intihar potansiyeli varlığının belirlenmesi büyük önceliğe sahiptir. Depresyon tanılı bireylerin yaklaşık üçte ikisi intiharını düşünür, tedavi edilmiş veya tedavisi yetersiz kalmış hastaların %15’ten fazlası da umudunu yitirir ve kendi yaşamına son verir.<sup>[9]</sup> İntihar oranı majör depresyonu olanlarda %3.5, hastaneye yatarak tedavi gerektiren majör depresyon hastalarında ise %15’e kadar yüksebilir.<sup>[11,25]</sup>

Depresyon tanılı bireyler tarafından belirtilen duygular anksiyete, değersizlik, suçluluk, çaresizlik, umutsuzluk ve kızgınlıktır.<sup>[8,9,26]</sup> Değersizlik duyguları kendini yetersiz hissetme, kendi değerini değerlendirmede gerçekçi bir tutuma sahip olmama şeklinde olabilir. Bu duygular, benlik saygısında azalmayı yansıtır. “İyi değilim; asla bir işe yaramayacağım” gibi ifadeler yaygındır. Suçluluk depresyonun yaygın bir belirtisidir. Çaresizlik en basit şeyleri yerine getirmede yetersizlikle meydana gelir. Bu bireyler hiçbir şeyin asla değişmeyeceğine inanırlar. Bu tam bir çaresizlik duygusudur ve bireyin bu ruhsal durumdan kurtulmak için bir kurtuluş yolu olarak intiharı göz önünde bulundurmasına yol açabilir. Çaresizlik duyguları ile birlikte ümitsizlik duyguları da gelir. Öfke ve irritabilite, çaresizliğin doğal sonuçlarıdır.<sup>[9,20,23]</sup> Fiziksel aktivitede azalma ve toplumdaki uzaklaşma sık görülür. Hastalar genelde yorgunluk ve bitkinlikten yakınır, bağımlı, edilgen ve çaresiz hale gelirler.<sup>[23]</sup>

Depresyonda uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, kabızlık, cinsel istekte azalma, erektil yetersizlik, menstruasyon bozuklukları görülebilir.<sup>[23]</sup> Yeme alışkanlığındaki ve bağırsak alışkanlıklarındaki değişiklikler yaygındır. Depresyon tanılı bireylerin yaklaşık %60-70’i iştahsız olduklarını belirtirler. Psikomotor retardasyon olan hastalarda kabızlık çok fazla görülür. Genellikle psikomotor ajitasyonla bağlantılı olarak diyare daha az meydana gelir.<sup>[9]</sup>

## Depresyon Tanılı Bireyin Hemşirelik Yaklaşımı

Depresyon tanılı hasta ile çalışırken hemşire anksiyete, öfke ve çaresizlik duyguları yaşayabilmektedir. Hemşirenin yaşadığı bu duygulardan ve gerçek dışı beklentilerinden hastanın bakım süreci olumsuz etkilenebilmektedir. Bu nedenle depresyon tanılı hasta ile çalışan hemşirenin kendi duygularını tanıması, gerçek dışı beklentilerini fark etmesi, bu durumun hastaya yansımaları önlemek için gerektiğinde yardım ve destek alması gerekmektedir.<sup>[9,27]</sup>

Depresyon tanılı hastanın bakımında, durumun tanımlanması aşamasında hastanın intihar potansiyeli olup olmadığı öncelikli olarak ele alınmalıdır. Depresyon tanısında intihar olguları gençlerde ve yaşlılarda oldukça yüksek olduğundan bireyin kendine yönelik şiddet riskinin hem hastanede hem de toplumda iyi değerlendirilmesi gerekmektedir.<sup>[5,8]</sup> İntihar amaçlı kullanabileceği için depresif bir hasta hastaneye yattığında yanındaki tüm ilaçların alındığından emin olunmalıdır.<sup>[9]</sup>

Hemşireler depresyonun tıbbi tedavisinde üstlendikleri rollerin yanı sıra hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın tedavisine göstereceği uyumda önemli bir etkiye sahiptir. Çünkü hemşireler hasta ile sürekli bir arada olan sağlık personeli. Bu nedenle hemşire hastanın fizyolojik durumu, ruhsal belirtileri ve ilaç kullanmaya ilişkin yaklaşımını değerlendirmelidir.<sup>[21]</sup>

Hasta taburcu olurken hemşire; depresyonun yineleyici özellikte bir hastalık olduğu, tedaviden beklenen sonuçları ve uzun süreli ilaç tedavisine uyumlarının tedavideki önemi konusunda eğitim yapmalıdır.<sup>[21]</sup> Hasta ve ailesine depresyon ve intihar düşüncelerinin belirtileri öğretilmelidir.<sup>[27]</sup> İzlemler sırasında hastaların endişeleri sürekli olarak değerlendirilmeli, hastanın gereksinimlerine yönelik gerekli bilgiler verilmeli ve ilaç yan etkileri ile baş etmelerinde hasta ve ailesine yardımcı olunmalıdır. Taburcu olan hastaların ilaç tedavilerine uyumlu olmaları konusunda sağlık kurumunda ya da evde gerekli destek, danışmanlık ve izleme hizmetlerinin sağlanması önemlidir. Hasta taburcu olduktan sonra ilaçlarını intihar amacıyla kullanabileceği için sadece bir haftalık ilaç dozu verilmelidir.<sup>[21]</sup> Depresyon tanılı hastalar genellikle kendilerini değersiz gördükleri için fiziksel bakımlarını ihmal edebilmektedirler. Hastanın fiziksel olarak kendini iyi hissetmesini sağlamak ve kendine olan güveni arttırmak için uygun hemşirelik girişimlerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir.<sup>[9,20]</sup>

Bakım sürecinde depresyon tanılı hastanın hemşirelik tanıları bireysel farklılıklar göstermekle birlikte, hemşirelik tanıları; düşünce sürecinde değişim, özbakım yetersizliği, beslenme değişim, konstipasyon, diare, uyku düzeninde bozulma, kronik düşük benlik saygısı, bireysel baş etmede yetersizlik, umutsuzluk, güçsüzlük, sosyal etkileşimde bozulma, kendisine zarar verme riski ve aile sürecinde değişim olarak sıralanmaktadır.<sup>[9,20,27]</sup>

## Depresyon Tanılı Bireyin Hemşirelik Tanıları, Tanımlayıcı Özellikler ve Hemşirelik Yaklaşımları

*Hemşirelik Tanısı:* Düşünce sürecinde değişim.

*Tanımlayıcı Özellikler:* Aşırı içe kapanma, sözel iletişimde bozulma, umutsuzluk, çevrenin yanlış yorumlanması, sanrı, dikkat azlığı ve çabuk dağılması, ilgi ve dikkatin kendine yoğunlaşması, obsesyon, karar verme, sorun çözme, neden-sonuç ilişkisi kurma, soyut düşünme yeteneklerinde bozulma, duygulanımda uygunsuzluk, olumsuz düşüncelerin yinelenmesi, aşırı engelleme, kutuplaşmış düşünce, seçici engelleme, keyfi çıkarsama.

### *Hemşirelik Yaklaşımı:*

-Hastanın anksiyetesini azaltmak için gün içerisinde hemşirenin kısa aralıklarla hastanın yanına gitmesi ve konuşması da yanında kalması,

-Beklentilerin açıklığa kavuşturulması ve hastanın boş zamanlarını etkin bir şekilde kullanabilmesi için hastaya görüşmelerin ne zaman yapılacağı ve ne kadar süreceğinin bildirilmesi,

-Hasta ile güven ilişkisinin geliştirilmesi için hastanın yanına kararlaştırılan zamanda gidilmesi ve belirtilen süre kadar yanında kalınması,

-Hastanın düşünme ve konsantrasyon gücünü yaşaması iletişimde anlamayı zorlaştırdığından hastayla iletişimde basit ve somut kelimeler kullanılması, hastanın sorulara cevap vermesi için hastaya zaman tanınması,

-Hastaya intihar düşüncesi olup olmadığı sorulması, hastanın intihar girişimi yönünden yakından izlenmesi ve gözlemlerin iyi değerlendirilmesi,

-Hastaya bakım sırasında hemşirenin neşeli davranışları hastanın değersizlik hissetmesine neden olabileceğinden hastanın yanında gülme, şakalaşma ve neşeli davranmaktan kaçınılması,

-Hasta ile iletişim sırasında "her şey yoluna girecek" veya "herkesin zor zamanları vardır" gibi basmakalıp cümleler hastanın duygularının önemsiz olduğunu düşünmesine neden olduğundan bu tür ifadelerden kaçınılması,

-Hastanın tartışmacı ve öfkeli davranışlarına tepkisel olarak karşılık vermek hastanın benlik saygısını azaltacağından savunucu olmadan hastanın öfke ifadesinin sağlanması,

-Depresyon tanılı hasta her şeyin olumsuz tarafını gördüğünden hastanın olumsuz ifadelerini yargılayıcı olarak ele almaktan kaçınılması,

-Sanrıları kabul etmek hastanın sanrılarını gerçek kabul etmesine yol açacağından sanrılarına katılmaktan kaçınılması ancak hastanın bu düşüncelere gereksinimi olduğunun kabul edilmesi,

### Hemşirelik Tanısı: Aktivite İntoleransı

*Tanımlayıcı Özellikler:* Başkalarından uzak durma, alışageldiği aktivitelerden haz almama ve ilgi kaybı, konuşmama, göz iletişimi kurmama, konsantrasyon güçlüğü ve motivasyon azlığı.

#### *Hemşirelik Yaklaşımı:*

-Konsantrasyon güçlüğü yaşadığı için hastanın aktivitelere katılımı sağlanarak iletişim potansiyelinin artırılması, anksiyetenin azaltılması,

-Fiziksel aktiviteler gerginliği azaltabileceği için hastanın yürüyüş, hemşire ile beraber yatakları düzeltme, sandalyeleri düzeltme gibi çok az konsantrasyon gerektiren aktivitelere katılımının sağlanması,

-Doğru veya yanlış olarak değerlendirilmeyen aktiviteler hastanın kendini değersiz görmesini önlediğinden hastanın yürüyüş yapma, basit kart oyunları oynama, magazin türü dergiler okuma, resim çizme gibi aktivitelere katılımının sağlanması,

-Çevresi ile iletişime geçmek hastanın dikkatini kendinden uzaklaştırdığı için hastanın önce teke tek ilişki kurması sonra aşamalı olarak iletişim kurduğu kişi sayısının artırılması,

-Sosyalleşme hastanın yalnızlık duygusunu azalttığı, çevresinden saygı görmek kendine verdiği değeri arttırdığı için hastanın dans terapisi, sanat terapisi vb. grup aktivitelerine katılımının sağlanması,

-Hastanın yaşadığı gerginlikle ortaya çıkan enerjinin voleybol oynama, boyama yapma, ping-pong oynama gibi aktivitelerle sağlıklı olarak uzaklaştırılması,

-Gün boyunca aralıklı olarak hastanın dinlenmesinin sağlanması ve gerekli olmadıkça ayakta kalmasının önlenmesi,

### Hemşirelik Tanısı: Beslenmede Değişim

*Tanımlayıcı Özellikler:* Yemek yemeyi reddetme, kilo kaybı, iştahsızlık, gereksinimden daha az beslenme, yiyeceklerin ilginin yitirilmesi, kas tonüsünün azalması, sıvı-elektrolit dengesizliği.

#### *Hemşirelik Yaklaşımı:*

-Diyetisyenle işbirliği yapılarak hastanın boy ve kilosuna göre gerçekçi ve yeterli olan günlük kalori gereksiniminin belirlenmesi,

-Düşük kilo ve yetersiz beslenme hastanın kolayca hastalanmasına neden olabileceği için hastaya sık sık az miktarda, yüksek kalorili ve yüksek proteinli hafif yiyecekler verilmesi,

-Dehidratasyonu önlemek için hastaya sık sık yüksek proteinli ve kalorili sıvılar verilmesi,

-Konstipasyonu önlemek için posalı yiyeceklerin ve bol

sıvı alımının, bağırsak hareketlerini arttırmak için ise fizik egzersiz yapılmasının sağlanması,

-Hastanın aldığı çıkardığı ve kalori takibinin yapılması,

-Birin kendisi ile ilgilendiği düşüncesi hastanın kendine olan güvenini arttırdığı ve yemeğe teşvik ettiği için mümkünse yemek sırasında hastanın yanında kalınması,

-Hastanın kendi seçtiği yiyecekleri yemesi daha olası olduğundan hastaya hangi yemek ve içecekleri sevdiğinin sorulması, seçenekler sunulması,

-Hastanın durumunun gözlemlenmesi, haftada bir tartılması ve yeme düzeninin gözlenmesi,

-Hastaya uygun beslenme ve sıvı alımının önemini öğretilmesi,

### Hemşirelik Tanısı: Uyku Düzeninde Bozulma

*Tanımlayıcı Özellikler:* Sık sık uyanma, uykuya dalmada güçlük, sabah erken kalkma ve tekrar uyuyamama, sürekli uykulu dolaşma, aşırı uyuma, uykuyu kaçış olarak kullanma, sürekli yorgunluk.

#### *Hemşirelik Yaklaşımı:*

-Yorgunluk depresyon duygularını yoğunlaştırabileceğinden aktivitelerden sonra hastanın dinlenmesinin sağlanması,

-Gün içerisindeki uyumanın azaltılması gece uyuma olasılığını arttıracığından hastanın yataktan çıkmaya, giyinmeye ve gün içerisinde yatak dışında kalmaya teşvik edilmesi,

-Sırt masajı, ılık süt, ılık banyo gibi yöntemler rahatlamayı ve uyumayı sağlayacağı için akşamları bu yöntemlerin uygulanması,

-Kafeinin azaltılması uyuma olasılığını arttıracığı için akşamları kafeinsiz kahve, hafif ışık, hafif müzik ve sessiz aktivitelerin sağlanması,

-Uyku vaktinden önce hastayla daha fazla zaman geçirilerek anksiyetenin azaltılması ve güvenlik duygusunun artırılması,

-Hastanın uyku örüntüsü özelliklerinin yakından izlenmesi ve kaydedilmesi,

### Hemşirelik Tanısı: Kendine Zarar Verme Riski

*Tanımlayıcı Özellikler:* İntiharla ilgili açık veya dolaylı ipuçları, daha önce kendine zarar verme girişiminin olması, değersizlik duyguları, benlik saygısının düşük olması, yalnızlık, umutsuzluk, çaresizlik, fiziksel ağrıyı gidermede yetersizlik.

#### *Hemşirelik Yaklaşımı:*

-Depresyonda olan insanların büyük bir bölümünün intihar girişimi düşünceleri olduğu için hastanın intihar ile ilgili açık ve dolaylı ipuçlarının değerlendirilmesi,

-Hastaya doğrudan doğruya "kendini öldürmeyi hiç dü-

şüdü mü?” sorusu sorularak yalnızlık ve izolasyon duygularının azaltılması,

-Hastanın intihar planının ve bu planın öldürücülüğünün değerlendirilmesi,

-Risk faktörlerini değerlendirme, intihar riskini belirlemeye yardımcı olabileceği için yüksek risk faktörlerinin değerlendirilmesi,

-Hastanın güvenliği bakımından zarar potansiyeli yüksek olan; kemer, kravat, kesici nesnelere ve cam gibi nesnelere hastanın çevresinden uzaklaştırılması,

-İntihar girişimi olan hastanın sürekli bire bir gözlemi hastanın güvenliğini artıracığı için her zaman hastane protokolüne uyulması, eğer hastanın intihar girişimi varsa, hastaya yönelik intihar önlemlerinin alınması,

-İntihar kararsız bir çözüm olduğu için hasta ile “sekiz saat boyunca kendimi öldürmeyeceğim” gibi intihar etmeyeceğine dair yazılı bir anlaşma oluşturulması ve daha sonra bu anlaşmanın tekrar gözden geçirilmesi,

-İntihar girişimi olan bireyler çevresinde olup bitenleri tam olarak göremediği, birçok karmaşık duygu ve düşünceleri yaşamaya başladığında, hastanın hemşire veya doktoru ile görüşmesinin sağlanması,

-Hastanın gerçek duygularını anlatması için cesaretlendirilmesi, yaşamındaki umut kaynaklarını fark etmesinin sağlanması,

-Hastanın öfke duygularını uygun biçimde ifade etmesine izin verilmesi ve öfkenin kaynağını tanımasına yardımcı olunması, kullandığı öfke ile uygun baş etme tekniklerinin desteklenmesi,

-Hastanın korkularının küçümsenmemesi, söylediklerinden dolayı yargılanmaması,

### **Hemşirelik Tanısı: Bireysel Baş Etmede Yetersizlik**

**Tanımlayıcı Özellikler:** Bireysel ve toplumsal kaynaklara ilişkin bilgi eksikliği, kaynakları kullanmada yetersizlik, stresörleri gerçekçi anlamlandırmada yetersizlik.

#### **Hemşirelik Yaklaşımı:**

-Hasta çevresel koşulları kendine zarar vermede kullanılabileceği için güvenli bir çevrenin sağlanması,

-Depresyon tanılı hastaların genellikle intihar potansiyeli olduğu için hastanın sürekli olarak intihar potansiyeli açısından değerlendirilmesi,

-Hastanın çevresi ile etkileşimde tepki verme yeteneğinde bozulma olabileceği için hastanın yeni etkileşimlerinin sayısının sınırlı olması, bu nedenle hasta ile aynı personelin çalışması,

-Hastaya yaklaşımda hemşirenin aşırı neşeli olması has-

tanın kabul edilmeyen duygularını açığa çıkarabileceği için aşırı neşeli davranışlardan kaçınılması ve yumuşak bir ses tonunun kullanılması,

-Hastanın karmaşık uyarılara tepki verme, kavrama yeteneğinde bozulma olduğu zamanlarda hasta ile iletişim basit ve açık ifadelerin kullanılması, karmaşık ifadeler ve yönlendirmelerden kaçınılması,

-Kısa cevaplı sorular sormak hastanın iletişimini teşvik edeceği ve hastanın kendi duyguları ve ifadelerinde sorumluluk almasını sağlayabileceği için özellikle kısa cevaplı sorular sorulması, çok fazla soru sormaktan kaçınılması,

-Ağlama üzüntü, umutsuzluk ve mutsuzluk duygularının sağlıklı bir şekilde ifadesini sağlayabileceği için hastanın ağlamasına izin verilmesi, hasta isterse ağlarken yanında kalınması ve destek olunması, güven ilişkisini geliştirmede gizliliğin sağlanması,

-“Hiç kimse ölmek istemez”, “yaşam elbette değerlidir” veya “kendinizi biraz sonra daha iyi hissedeceksiniz” gibi basmakalıp ifadeler kullanılması hastanın duygularının ifadesinde rahatsızlık yaratabileceği için hasta ile iletişimde bu tür ifadeleri kullanmaktan kaçınılması,

-Duyguların ifadesi mutsuzluk, umutsuzluk, üzüntü gibi duyguların rahatlamasına yardım ettiği için sözel ve sözel olmayan tüm duygularını ifade etmede hastaya yardım edilmesi,

-Hasta sistematik problem çözme metodlarının farkında olmayabileceği için ve problem çözme sürecinin başarılı bir şekilde kullanımı hastanın kendine olan güvenini sağlayabileceği için olası seçeneklerin açıklanması, her bir alternatifin sonuçlarının incelenmesi, alternatiflerin geliştirilmesi ve seçilmesi, sonuçların değerlendirilmesiyle problem çözme sürecinin öğretilmesi.<sup>[9,20,26-29]</sup>

### **Sonuç**

Depresyon tanılı hastaya yaklaşımda güvenli çevre oluşturulması, hastanın yeterli dinlenmesinin, beslenmesinin sağlanması, bireysel bakımın sürdürülmesi, kendisine zarar vermesinin önlenmesi, fizyolojik ve psikolojik bütünlüğün sürdürülmesi, uyum sağlayıcı baş etme yollarının öğretilmesi veya geliştirilmesi, hastalık belirtilerinin önlenmesi ve tedavinin sürdürülmesine yönelik müdahaleler yer almaktadır.<sup>[9,20,26]</sup> Depresyon tanılı hasta ve ailesine; hastalık, hastalık belirtilerine yaklaşım, hastanın kullandığı ilaçlar, ilaçların etki ve yan etkileri, hastanın hastalık tablosunda gelişebilecek değişimlerin değerlendirilmesi ve tedaviye uyumunu etkileyebilecek durumları içeren eğitim verilmesi hastanın iyilik halinin sürdürülmesine katkı vermektedir. Aynı zamanda tedavi sonrası dönemde ailenin bireyi anlama ve kabul etmesini, hastanın kendini daha iyi hissetmesini ve hastanın tedavisinin bulunduğu ortamda sürdürülmesini sağlamaktadır.<sup>[9,20]</sup> Depresyon tanılı hasta ve ailesinin yaşamlarının birçok yönünü etkilediği

için hemşireler, hasta ve ailesini dikkatle izlemeli, hastanede ve toplumda sağlık bakımlarını sürdürmelidir. Hemşireler profesyonel rollerinden dolayı hastaneden taburcu olan hastaların izlenmesinden ve gerektiğinde evde müdahaleden de sorumlu olmalıdır.<sup>[21]</sup>

## Kaynaklar

- Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008.
- Ahmed AS, Khoosal D. Assessment and management of depression. The Foundation Years 2009;5:2-6.
- Savrun BM. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul: 1999. s. 11-17.
- O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. Ann Intern Med 2009;151:793-803.
- Culpepper L, Judd CR, Moller MD, Nemeroff CB, et al. Clinicians on the front line: active management of depression and anxiety in primary care. JAAPA 2006;4:22.
- Doğan O. Psikiyatrik epidemiyoloji. Sivas: ESFORM Ofset; 2011.
- Rezaki M. Depression in patients who were admitted to a primary health center. Turkish Journal of Psychiatry 1995;6:13-20.
- Aydemir C, Vedin Temiz H, Göka E. Cognitive and emotional factors in major depression and suicide. Turk Psikiyatri Derg 2002;13:33-9.
- Varcarolis EM. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998.
- Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003;4:208-19.
- Ünsal A, Ayrancı Ü, Tozun M. Batı Türkiye'nin kırsal bir kasabasında kadınlar arasında depresyon sıklığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9:148-55.
- Simsek Z, Ak D, Altındag A, Günes M. Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. J Public Health (Oxf) 2008;30:487-93.
- Okyay P, Atasoylu G, Onde M, Dereboy C, Beşer E. [How is quality of life affected in women in the presence of anxiety and depression symptoms?]. Turk Psikiyatri Derg 2012;23:178-88.
- World health statistics, Geneva, World Health Organization, 2007 from <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>.
- Hastalık Yüğü Final Rapor, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, 2004.
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2011.
- Bernstein KS. Clinical assessment and management of depression. Med-surg Nurs 2006;15:333-41.
- Kerr LK, Kerr LD Jr. Screening tools for depression in primary care: the effects of culture, gender, and somatic symptoms on the detection of depression. West J Med 2001;175:349-52.
- Sharp LK, Lipsky MS. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. Am Fam Physician 2002;66:1001-8.
- Viedebeck SL. Psychiatric Mental Health Nursing. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2004.
- Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. Kriz Dergisi 2001;9:29-39.
- Eşizoğlu A, Arısoy Ö. Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına karşı tutumları: karşılaştırmalı bir çalışma. Dicle Tıp Dergisi 2008;35:167-76.
- Özkürkçügil A, Kırılı S. Depresyonda değerlendirme. Psikiyatri Dünyası 1998;1:26-34.
- Yavuz R. Depresyonun kliniği. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul: s. 29-34.
- Çakır S. Genel tıpta depresyon. Klinik Gelişim 2009;22:61-4.
- Fortinash KM, Holoday-Worret PA. Psychiatric mental health nursing. London: Mosby-Year Book; 1996.
- Gorman LM, Sultan DF, Raines ML. Davis's manual of psychosocial nursing in general patient care. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1996.
- Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. Çev. Editörü: Erdemir F. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
- Kum N, (editör). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koc Yayınları; 1996.

\* 2. Psikiyatri Hemşireliği Günleri'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (28-30 Nisan 2008, İstanbul).