



## Olgu Sunumu

# Bir erkek anoreksiya nervoza olgusuna yönelik hemşirelik bakımı: Olgu sunumu

✉ Nesrin Çunkuş, ✉ Gülay Taşdemir Yiğitoğlu

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Denizli

### Özet

Anoreksiya Nervoz; düşük beden ağırlığı, kilo almaya yönelik aşırı korku veya kilo alımını engelleyen sürekli davranışlar, beden imgesi bozukluğu ile karakterize, kronik seyirli, hasta ve ailesi üzerinde önemli etkileri olan ciddi bir mental bozukluktur. Hastalığın başlangıç nedeni arkadaşlar, aile üyeleri gibi kişilerden eleştiri veya kilo konusunda şaka duyma gibi tetikleyici faktörlerden kaynaklanır. Erkeklerde yaygın olmamakla birlikte bu olguda; 13 yaşında "Anoreksiya Nervoz ve Majör Depresyon" tanısı almış bir erkek hasta sunulmaktadır. Hastada; isteksizlik, içine kapanıklık, yemek istememe, 2 kaşık yemek yiyip kalkma, okulda sadece yarım bardak süt içme, günlük sıvı ve besin alımında önemli derecede azalma belirtileri görülmesi nedeniyle ailesi tarafından hastaneye getirilmiş ve çocuk psikiyatri kliniğine yatırılmıştır. Bu olguda "gereksiniminden az beslenme, sıvı volüm eksikliği, etkisiz başatme, beden imgesinde rahatsızlık, benlik saygısında rahatsızlık, sosyal etkileşimde bozulma ve konstipasyon riski" tanılarına yönelik hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur. Hastanın görüşmeler sırasında oldukça isteksiz ve savunucu bir tutum içerisinde olduğu gözlenmiştir. Planlanan girişimleri etkili uygulayabilmek için hastanın refakatinde bulunan annesinden destek istenmiştir. Anoreksiya nervoza tanısı alan ergenlerde psikiyatrik bakımın planlanmasında bu konuya ilişkin bilgi birikiminin artırılması gerektiği ve örneklem sayısının geniş olduğu çalışmaların yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Anoreksiya nervoza; erkek hasta; hemşirelik bakımı.

### Konu hakkında bilinenler nedir?

- Anoreksiya nervozanın erkeklerde daha nadir görüldüğü ve etiyolojisinden seyrine kadar kızlardan farklılıklar gösterdiği bilinmektedir.

### Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- Bir erkek ergen anoreksiya nervoza hastasının isteksiz ve savunucu tutumu karşısında; psikiyatri hemşiresinin motive edici, terapötik ve empatik yaklaşımı sonucu bireyin iyileşmeye istekli olduğu görülmektedir.

### Uygulamaya katkısı nedir?

- Bu olgu sunumunda anoreksiya nervoza tanısı almış bir erkek ergene yönelik hemşirelik tanılarının, beklenen sonuçlarının ve hemşirelik girişimlerinin neler olabileceği bildirilerek uygulama alanına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Anoreksiya, kelime olarak Yunanca kökenli olup yeme isteğinin olmaması anlamına gelmektedir. Tıbbi literatüre ilk olarak 1870'li yıllarda giren Anoreksiya Nervoz (AN), ilk

tanımlanmış yeme bozukluğudur.<sup>[1,2]</sup> AN şişman olmaya karşı duyulan aşırı korku, zayıf bir bedene sahip olma arzusu, kilo alımını güçleştiren sürekli davranışlar ve beden imgesi bozukluğu ile karakterize, hasta ve ailesi üzerinde olumsuz etkileri olan ruhsal bir bozukluktur.<sup>[3,4]</sup> Hastalığı temel patolojilerden biri beden imgesi bozukluğudur. AN hastalarının kiloları ile ilgili algıları gerçek kiloları ile uyuşmamakta ve yüksek algılanmaktadır. AN'nin başlangıç yaşı 15–24 yaşları ile 10–30 arasında değişebilmektedir.<sup>[2]</sup> Yaşam boyu prevalansı kadınlarda %0.9–2.2, erkeklerde %0.3 civarındadır ve sıklıkla ergenlik döneminde başlamaktadır.<sup>[3,4]</sup> AN psikiyatrik hastalıklar içerisinde en yüksek mortalite oranına sahip olan bir hastalıktır. Ölüm oranı %2–10 arasında değişmektedir.<sup>[5]</sup>

AN klinik belirtileri nedeniyle tanınması kolay bir tablodur.<sup>[6]</sup> Bu hastalıkta yavaş ve az yeme, kalori hesaplama, düşük kalorili yiyecekler tercih etme, aşırı egzersiz yapma, kusma, laks-

**İletişim:** Nesrin Çunkuş, Pamukkale Üniv. Sađ. Bil. Fak., Hemşirelik Böl., C Blok, K: 3, Kınıklı Kamp., 20160 Denizli, Turkey

**Tel:** +90 258 296 43 06 **E-posta:** nesrin\_cunkus89@hotmail.com **ORCID:** 0000-0003-1813-1511

**Geliş Tarihi:** 25.05.2018 **Kabul Tarihi:** 05.11.2018 **Online Yayınlanma Tarihi:** 11.02.2019

©Copyright 2019 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Çevrimiçi: www.phdergi.org



tif-diüretik kullanma gibi telafi davranışları vardır. Hastalar sık aralıklarla tartılmakta ve gün içinde tekrarlı olarak ayna karşısında görünümelerini kontrol etmektedirler.<sup>[2]</sup> AN'de osteoporoz, osteopeni ve patolojik kırıklar, sıvı elektrolit dengesizlikleri, aritmi, konstipasyon, karın ağrısı, hipotansiyon, kuru deri ve cinsel istekte azalma gibi fiziksel belirtiler ortaya çıkabilir.<sup>[7,2]</sup> Bu nedenle AN hastalarında tedaviye başlamadan önce, ayrıntılı tıbbi inceleme yapılması oldukça önemli olmaktadır.<sup>[2]</sup> Depresyon büyük oranda AN ile komorbid seyretmekle birlikte, hastalık ilerledikçe duygusal labilite daha fazla görünmektedir.<sup>[2]</sup> Ekip anlayışı içerisinde anoreksik bir hastanın tedavisinin birincil amacı, hastanın beslenme durumunu ve beden ağırlığını düzenlemektir. Tedavide ikincil amaç, hastanın zayıflamayla ilgili uğraşısının azaltılması, kendine güveninin, bireyselliğinin ve bağımsızlığının sağlanmasıdır.

Bu olguda AN tanısı almış bireye hemşirelik süreci basamakları doğrultusunda, veri toplama, NANDA hemşirelik tanılarının belirlenmesi, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi makalenin amacını oluşturmaktadır. Hastanın kendisinden ve annesinden onamları alınmıştır.

## Olgu Sunumu

**Hastalık Öyküsü:** Olgu, on üç yaşında, sekizinci sınıf bir erkek hastadır. Hastalık öyküsü alınırken hasta ve hasta yakını (annesi) ile görüşme yapılmıştır. 2 yıl önce (2014 yılında, 6. sınıfın yarıyıl tatilinde) hastanın anneannesi evinde kan şekeri ölçümü yaparken M.A.'nın da kan şekeri bakılmış ve yüksek bir değer çıkmıştır (M.A. değeri hatırlamıyor). M.A.'nın annesi o zamanlarda vücut ağırlığının 75–80 kilo kadar olduğunu ve okulda arkadaşları tarafından sık sık kendisi ile dalga geçildiğini ve bu durumu kafasına taktığını ifade etmiştir. Bu durumla beraber M.A.'nın kendi isteğiyle öğünlerde buğday ekmeği tercih edip, abur cubur ve şekeri tamamen bırakma ve egzersizler uygulama gibi girişimlerde bulunduğu öğrenilmiştir. Yaklaşık bir sene bu şekilde devam etmiş ve hasta 64 kilograma (kg) kadar düşmüştür. Daha sonra M.A. 7. sınıfta karne alımına yakın bir zamanda (Haziran 2017) ayağına sıcak çay dökülme ve derin bir yanık olayı yaşamıştır. Bu sebepten M.A. 15 gün boyunca ayağa kalkmadan yatmış ve o zaman içerisinde yediklerine dikkat edemediğini düşünerek kilo aldığını belirtmiştir. Annesinin de ona “M. göbüş büyüyor” demesini kafasında çok düşündüğünü buna üzülüğünü bu sebeple tekrar yediklerine dikkat ettiğini ifade etmiştir. Annesi ile yapılan görüşmede; annesi, oğlunun kendisine karşı bu yaz tatilinden itibaren mesafeli olduğunu belirtmiştir. Annesi Ağustos 2017'de hastanın kilosunun 64 kg olduğunu söylemiştir. M.A.'nın annesi oğlunun okullar açıldıktan sonra halsizlik, isteksizlik, içine kapanıklık, yemek istememe, 2 kaşık yemek yiyip kalkma, okulda sadece yarım bardak süt içme, günlük sıvı ve besin alımını önemli derecede azaltma belirtileri olduğunu ifade etmiştir. Bu durum yaklaşık 1.5 ay (hasta 48 kg) sürdükten sonra aile hastayı yaşadıkları ildeki bir hastanede çocuk sağlığı ve hastalıkları doktoruna götürmüştür. Annesi reçete edilen proton pompa inhibitörü ilaçları hastanın sadece iki gün içip diğer günler içmeyi sakladığını

bu ilaçları çantasında, kalem kutusunda veya çöpte bulduğunu belirtmiştir. Hastaya içmeme sebebi sorulduğunda “midem düzelirse tekrar yemek yerim ve kilo alırım.” düşüncesinden dolayı ilaçları sakladığını ifade etmiştir. Aile M.A.'yı tekrar aynı doktora götürdüğünde doktor, Denizli'deki bir hastanede çocuk ve ergen psikiyatri bölümüne götürmeleri gerektiğini ve M.A.'nın sorununun psikolojik olduğunu ifade etmiştir. Aile, bunun üzerine M.A.'yı çocuk ve ergen psikiyatrisine getirmiştir. Hastanın kliniğe yatışı önerilmiştir. Yatış esnasında kilosuna 47 kg (Beden Kitle İndeksi (BKİ)=18.82 kg/m<sup>2</sup>) olarak ölçülmüştür. Ön tanı olarak, “Anoreksiya Nervozu ve Major Depresyon” düşünülmüştür. İlaç tedavisi olarak bir antidepresan (Fluoksetin 20 mg/gün) ve antipsikotik (Aripiprazol 2.5 mg/gün) başlanmıştır.

**Hastanın Ailedeki Bireyler ile İlişkisi:** M.A. babası ile ilişkisinde bir sorun olmadığını, normal baba-çocuk ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Anne ev hanımıdır. M.A. annesi ile ilişkisinin normal olduğunu söylerken, ayrıca aşırı kollayıcı, koruyucu ve denetleyici olduğunu da ifade etmiştir. M.A. 10 yaşında bir kız kardeşi olduğunu ve onunla abi-kardeş ilişkisi içerisinde beraber oyun oynadıklarını, ders çalıştıklarını ve ara ara kavga ettiklerini belirtmiştir.

**Ruhsal Muayene:** Hastanın kendine olan ilgisinin ve bakımının azaldığı gözlenmiştir. Oldukça zayıf, halsiz ve hareketleri yavaşlamıştır. Başını öne eğik, omuzları düşüktür. Durgun, donuk ve mutsuz bir yüz ifadesi görülmektedir. Klinik içindeki hasta ve sağlık personeli ile olan etkileşimde göz göze iletişim kurmamaktadır. Sakin, alçak sesle, kısa ve net ifadelerde bulunmaktadır. Hastalığına ilişkin içgörüsü sınırlıdır (hasta olmadığını, önemli bir sorununun bulunmadığını söylemiştir). Düşünce içeriğinde kilolu olduğu, kilo alacağı ve bunu durdurmayacağı, zayıf kalması gerektiği düşünceleri hâkimdir. Hastanın duygudurumunun çökkün olduğu gözlenmiştir. Algı, bellek, yönelim, zeka ve soyut düşünce yeteneği normal sınırlar içindedir. Benlik kavramı olumsuzdur. Hasta önce benlik kavramıyla ilgili soruya cevap vermemiştir. “Bunu anneme sorun” diye geçiştirici bir cevap vermiştir. Daha sonra kendisine 1-10 arasında puan vermesi istendiğinde, kendisine benlik kavramı ile ilgili 10 üzerinden 4-5 arası (kararsız ve isteksiz bir şekilde) puan vermiştir. Klinikteki diğer hastalarla ve klinik çalışanlarıyla sınırlı bir iletişim kurmaktadır.

## Hemşirelik Bakım Planı

M.A. ile 14.11.2017–05.12.2017 tarihleri arasında haftada 2 kez 30 dakikalık toplam 8 kez görüşme yapılmıştır. M.A.'nın ilk görüşmeler sırasında isteksiz ve savunucu bir tutum içerisinde olduğu gözlenmiş, bu nedenle görüşme zamanları ve konusu hastaya hatırlatılmıştır. M.A.'nın bu tutumu karşısında bakım veren hemşirede anksiyete ve çaresizlik duygularının yaşanmasına yol açmıştır. Görüşmelerde M.A.'nın huzursuz, rahatsız oturması hemşirede görüşmenin yarıda kesileceği endişesini uyandırmıştır. Bakım veren hemşire olarak olgunun bu tutumunun hasta olmadığı ve tedavinin gerekli olmadığı düşüncesinden dolayı olabileceğini düşündürmüştür. M.A. ile görüşmelerin başında ilgisini çekecek ve eğlenceli bulduğu

konulardan konuşulmaya başlanması onun görüşmeye olan uyumunu arttırmıştır. Olgunun ergen bir birey olmasına dikkat ederek, sabır göstererek, samimi, içten ve empatik iletişimle yaklaşmıştır. 3. görüşmeden sonra olgunun görüşme zamanına dikkat ettiği ve görüşme yerinde hazır beklediği gözlenmiştir. Bireyle terapötik bir yaklaşımla yapılan görüşmeler, onun tedavi ekibine ve bakım veren hemşiresine güven duygusu oluşturduğunu düşündürmüştür. Bu süreçten sonra M.A.'nın hastalıkla ilgili farkındalığının arttığı, tıbbi tedavi ve hemşirelik girişimlerinde işbirliği sağladığı gözlenmiştir. Planlanan girişimleri etkili uygulayabilmek için hastanın refakatinde bulunan annesinden destek istenmiştir.

**Hemşirelik Tanısı 1:** Beslenmede Dengesizlik: "Gereksiniminden Az Beslenme".

**Etiyolojik Faktör:** Bedenini algılamasındaki bozulmaya bağlı.

**Beklenen Sonuç:** Bireyin yeterli ve dengeli beslendiği gözlenecek.

### Hemşirelik Girişimleri

- Bireyin gerçekçi, gerekli ve yeterli kalori gereksinimi, doktor, diyetisyen ve bireyle işbirliği yapılarak tanımlanır.
- Zayıf olma isteği ve yemek yemesini engelleyen düşünceleri üzerinde konuşulur.
- Laboratuvar sonuçları, aldığı-çıkarıldığı sıvı ve günlük kilo takibi yapılır.
- M.A.'nın yiyecekleri yok etme, kilosunu fazla gösterme gibi davranışlarına dikkat edilir.
- Yemek yemek için ortamın düzenlenmesi sağlanır (havalandırılmış bir oda).
- Yemek süresince kişi ile oturulur ve yemek süresi 30 dk ile sınırlandırılır.
- Yemekten sonra en az bir saat kişi gözlenir, banyo ve lavaboda eşlik edilir ve bireyin beslenme ile ilgili olumlu geri bildirim verilir.

**Değerlendirme:** İlk haftalarda M.A.'nın kilosu 47.45 kg'dır (BKİ=19.007 kg/m<sup>2</sup>). Hastanın tanıya yönelik hemşirelik girişimleri sırasında yemek ile ilgili konulara ilgisiz, öfkeli düşünce ve tutumlarının devam ettiği görülmüştür. Öğünlerini tam bitirmemektedir (100 cc çorba ve 200 cc ayran içmiştir). Hastanın yemek yeme ile ilgili davranışının hızlıca değişmeyeceğinin bilincinde hemşirelik yaklaşımlarına devam edilmiştir. Yemek sonrası bireyin salonda 1 saat otururken isteksiz olduğu gözlenmiştir. M.A.'nın yediklerinin yazılmasına oldukça öfkelenildiği gözlenmiştir. Hasta sakinleştikten sonra bu konu ile ilgili duygusu konuşulmuştur. Yediklerinin yazılmasından ve hesaplanmasından hoşlanmadığını ifade etmiştir. 3. haftada kilosu 51.75 kg (BKİ=20.733 kg/m<sup>2</sup>) olarak ölçülmüştür. Kahvaltı için dolaptan peynir ve zeytini hastanın isteyerek aldığı gözlenmiştir. 4. haftada kilosu 51.95 kg'dır (BKİ=20.813 kg/m<sup>2</sup>). Kahvaltıda peynir, süt, reçel, bal ve iki dilim ekmeği yemiştir. Ara öğünlerde yoğurt, meyve suyu gibi besinler almaktadır. 5. haftada kilosu 53.50 kg'dır (BKİ=21.434 kg/m<sup>2</sup>).

M.A. 3 öğün ve 1 ara öğün şeklinde beslenmektedir. Bu durum hemşire olarak mesleki motivasyonunun artmasını sağlamıştır.

**Hemşirelik Tanısı 2:** Sıvı Volüm Eksikliği

**Etiyolojik Faktör:** Kusma ve aşırı kilo kaybına bağlı.

**Beklenen Sonuç:** Bireyin sıvı-elektrolit dengesinin sağlandığı gözlenecek.

### Hemşirelik Girişimleri

- M.A.'nın hoşlandığı veya hoşlanmadığı besinler değerlendirilip, hoşlandığı sıvıları tüketmesi sağlanır. Günlük 2 lt sıvı alımı sağlanır.
- Yeterli hidrasyonu sürdürmenin gereği, nedenleri ve amaçlanan miktarda sıvı almayı sağlayan yöntemler hasta ve ailesine anlatılır.
- Dehidratasyon bulguları açısından hasta gözlenir.
- Kilo, yaşam bulguları ve aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapılır.
- Kahve, çay gibi diüretik etkili sıvıları dikkatli tüketmesi konusunda eğitim verilir.

**Değerlendirme:** Görüşmeler sırasında planlanan girişimler uygulanırken M.A.'nın göz göze iletişim kurmadan sadece dinlediği gözlenmiştir. M.A.'nın nabızı 82/dk, tansiyonu 90/60 mmHg olarak ölçülmüştür. Sıvı alımı olarak sadece su ve süt sevdiği için içebileceğini belirtmiştir. Aldığı-çıkarıldığı takibi 2300 cc sıvı alımı, 4 kez idrar ve 1 kez kusması olmuştur.

**Hemşirelik Tanısı 3:** Etkisiz Başetme

**Etiyolojik Faktörler:** Kontrol kaybı duygularına bağlı

**Beklenen Sonuç:** M.A. kendi çevresindeki olumsuz durumları değiştirmek için kararlar verdiğini belirtecek ve kararlarına uygun eylemlerde bulunduğu gözlenecek.

### Hemşirelik Girişimleri

- Kendi kişisel başetme şeklinin ve davranışlarının yol açtığı sonuçları fark etmesi sağlanır (sosyal etkileşimde bozulma gibi).
- Duyguların ve belirtilerinin başlangıcı, bunların olaylarla ve yaşam değişimleri ile ilişkisi tanımlanır. Kendine zarar verme durumu olup olmadığı değerlendirilir.
- Ailenin tedaviye dahil edilmesiyle çevresel destekler artırılır.
- Bireye daha umut verici ama gerçeklikten kopmamış alternatif bakış açıları sunulur.
- Yemek yemesini engelleyen düşünceleri ile başetmek için neler yapılabileceği konuşulur. Bunlar; yemekle ilgili olumsuz düşünceyi durdurma, yemekle ilgili otomatik düşüncelerini ortaya çıkarmak ve yerine akılcı uygun düşünceleri koyabilmesini sağlayıcı uygulamaları yaşama geçirebilmesi için hastaya ödevler verme gibi.
- M.A. davranışlarını değerlendirmesi için cesaretlendirilir (Bu davranış işinize yaradı mı?).

**Değerlendirme:** Hasta duygu ve düşüncelerini ifade etmeye çalışacağını ve bir sorun karşısında yalnız kalmayacağını belirtmiştir. “Geleceğe daha umutla bakacağım.” şeklinde ifade edilmiştir. Fakat görüşmelerde konuyu temel sorunlardan (yemek yeme, kilo alımı düşünceleri gibi) uzaklaştırmaktadır ve yemek ile ilgili konularda öfkelenmektedir. Hemşire bu tutum karşısında hastayla bir savaş verdiği ama başarılı olamadığı duygu ve düşünce içerisindedir. M.A. tedavi ve bakım sürecinin ilerlemesiyle 3. haftadan itibaren yemek yeme ve kilo alımı ile ilgili konular konuşulduğunda öfkelenmemiştir.

**Hemşirelik Tanısı 4:** Beden İmgesinde Rahatsızlık

**Etiyolojik Faktörler:** Anoreksiya Nervozaya sekonder benlik saygısında azalmaya bağlı

**Beklenen Sonuç:** M.A.’nın görünümünü kabul ettiğine yönelik (kendine özen ve yeme örüntüleri) davranışlarda bulunduğu gözlenecek.

#### Hemşirelik Girişimleri

- M.A.’nın kendilik, beden imajı, beden ölçüsü/kilosu, yemek yeme, işlevleri ve fiziksel gereksinimler ile ilgili düşünce ve endişelerini ifade etmesine yardım edilir.
- M.A.’ya bedeni hakkında onaylayıcı ve gerçekçi düşünceleri nasıl sözelleştireceği öğretilir.
- M.A.’nın kendi ifadelerini oluşturmasını ve bunları gün boyu tekrar etmesi sağlanır.
- Akranları ve ailesi ile iletişim kurmaya (telefon, ziyaret) cesaretlendirilir.
- M.A.’nın zayıf olma, kilolu olma, mükemmel olma, görünüş gibi kavramları ve bu düşüncelerinin altında yatan stresörleri konuşmasına yardımcı olunur.

**Değerlendirme:** Planlanan girişimleri uygularken görüşmeye isteksiz geldiği gözlenmiştir. Bu durum karşısında görüşmeye başlarken hobilerinden, sevdiği bilgisayar oyunlarından ve okuduğu kitaplardan konuşulmuştur. Hemşire de M.A.’nın yanında iken aynı kitaptan zevk aldığını belirtmiş ve bu durum M.A.’yı mutlu etmiştir. Daha sonra M.A. gün içerisinde “şişman değilim.” şeklinde 5 kez cümle kurduğunu belirtmiştir. Yine gün içerisinde 3 kez aynaya baktığını ifade etmiştir. Kendine bakımının özenli ve dikkatli olduğu gözlenmiştir.

**Hemşirelik Tanısı 5:** Benlik Saygısında Rahatsızlık

**Etiyolojik Faktörler:** Yetersizlik ve değersizlik duygularına bağlı

**Beklenen Sonuç:** M.A. kendindeki olumlu yönleri ifade edecek.

#### Hemşirelik Girişimleri

- Duygularını özellikle kendisi hakkında duygu ve düşüncelerini dile getirmesi sağlanır.
- Soru sorması cesaretlendirilir. M.A.’ya geçerli ve güvenilir bilgi verilir.
- Aktivitelere katılımı sağlanarak olumlu geri bildirim ve arkadaş desteği sağlanır.

- Bazı sorumluluklar verilerek güven duygusu sağlanır.
- Konuşurken rahat oturması, huzurlu olması ve göz göze iletişim kurmasının önemi anlatılır.
- “Ben” dilinin kullanımı gibi (bunları söylediğimde incinirim.) etkili iletişim teknikleri öğretilir.
- Girişkenlik teknikleri öğretilecek. Pasif, kararlı, ve agresif davranışlar arasındaki farklılıklar anlatılır. Kişinin kendi temel haklarını koruyarak bununla birlikte başkalarının da haklarına saygı duymanın önemini fark etmesi sağlanır.
- Olumsuz otomatik düşünceler ve aşırı genellemelerini tanıması için cesaretlendirilir.

**Değerlendirme:** M.A. çalışkan, düzenli, tertipli birisi olduğundan bahsetmiştir. Matematik öğretmeni olmak istediğini ve matematik dersini çok sevdiğini ifade etmiştir. Kendisini olumlu yönde değerlendirecek olursa 1 ile 10 arasında kararlı bir şekilde (ilk görüşmede 4-5 arası değerlendirme yapmıştır) 6 puan vermiştir. Bu durum hemşire olarak mesleki doyumun artmasını sağlamıştır.

**Hemşirelik Tanısı 6:** Sosyal Etkileşimde Bozulma

**Etiyolojik Faktörler:** Başkalarıyla ilişki kuramama ve başkalarına güvenmemeye bağlı.

**Beklenen Sonuç:** Sosyalizasyon ile ilgili doyumda artış olduğunu bildirecek.

#### Hemşirelik Girişimleri

- Yeni sosyal davranışlar denemesi için hastaya cesaret verilir. Günlük aktiviteleri planlanır.
- Toplum tarafından kabul gören belirli davranışlar için (selam verme, teşekkür etme, tebrik etme gibi) rol modeller sağlanır.
- Spor saatinde ve uğraşı saatinde aktif katılım göstermesi ve diğer hastalarla iletişim kurması için cesaretlendirilir.
- Bireyi anlamaları ve desteklemeleri konusunda aile üyelerine destek olunur.
- M.A. ile konuşurken göz iletişimi kurmaya dikkat edilir.

**Değerlendirme:** İlk haftalarda uğraşı, spor aktivitelerine ve tatlı salı etkinliklerine katılımı kısa süreli iken sonraki haftalarda katılımı artmaya başlamıştır. M.A. 4. haftadan sonra kendi isteğiyle voleybol ve tabu oynamıştır. Klinikteki diğer hastalar ve yakınlarına “günaydın” demeye başlamıştır. İlaçlarını aldıktan sonra klinik hemşiresine “teşekkür ederim.” demiştir. Bunlara rağmen etkileşimde bulunurken göz iletişimi kurmakta zorlandığı gözlenmiştir.

**Hemşirelik Tanısı 7:** Konstipasyon riski

**Etiyolojik Faktörler:** Sıvı ve besin alımının eksikliğine bağlı.

**Beklenen Sonuç:** M.A. bağırsak hareketlerinin her 1-3 günde bir yeterli olarak devam ettiğini belirtecek.

#### Hemşirelik Girişimleri

- Günde 2 lt sıvı alımı sağlanır. Uyandıığında 1 bardak ılık su içmesi sağlanır.



- M.A.'ya posalı yiyeceklerin (fındık, ceviz, elma, armut, salatalık, üzüm, kepekli ekmek, sebzeler ve meyve suyu) neler olduğu ve yenmesinin önemi anlatılır.
- Boşaltım için düzenli bir saat ayrılır. Dışkılama ihtiyacını ertelememenin önemi anlatılır.

**Değerlendirme:** Görüşmelerde M.A.'nın sessiz, sakin ve göz göze iletişim kurmadığı görülmüştür. M.A. ilk 2 hafta süresince 2 günde bir dışkılama ihtiyacını giderdiğini bazen ise 4-5 gün sonra bu ihtiyacı karşıladığını belirtmiştir. Son 4., 5. haftalara doğru M.A. defekasyon sırasında ağrı veya zorlanma olmadığını ifade etmiştir.

## Tartışma

Yeme bozuklukları, erkeklerde oldukça nadir görülen bir durumdur.<sup>[8]</sup> AN hastalarının günün büyük bir bölümünde sürekli kilo vermeye ilişkin davranışlarının olması ve az besin tüketimine karşı duyarlılığın olmasından dolayı sosyal etkileşimleri bozulmaktadır.<sup>[9]</sup> Bu hastada belirgin sosyal geri çekilmenin olması, hiçbir arkadaşıyla görüşmemesi, aile bireyleri ile yaşadığı sorunlar, sosyal etkileşimin bozulduğunu gösteren önemli bir veridir. AN'nin etiolojisinde biyolojik yatkınlık, psikolojik sorunlar, gelişimsel sebepler ve stresli yaşam olayları bulunmaktadır.<sup>[10]</sup> Sunulan olguda hastanın ayağına çayın dökülmesi, ardından uzun süre yatması ve çevresindekilerin kilo aldığına dair geribildirim hastalığın presipite olmasına neden olmuş ve hasta diyet yapmaya başlamıştır.

Ailede kısıtlayıcı yaklaşımların olması, ergenin özerkliğinin gelişmesini engelleyici birçok yanlış tutum ve davranışların AN gelişimine zemin hazırladığı bildirilmektedir.<sup>[11]</sup> Sunulan olguda da AN gelişiminde ergenin özerkliğinin gelişmesini güçleştiren, çocuksu kalmasına yol açan ve uygun olmayan bir anne-çocuk ilişkisi tanımlanmaktadır. Erkek anoreksik hastalara ilişkin yazında erkek hastaların babalarının evden ayrı yaşadığı veya ölmüş olduğu; aynı evde yaşıyorlarsa uzak ve mesafeli oldukları;<sup>[12]</sup> annelerinin ise aşırı korumacı ve kontrolcü olarak ergenin özerklik kazanmasını engelleyip kendilerine bağımlı kalmasına yol açan davranış ve tutumlarının olduğu tanımlanmıştır.<sup>[13]</sup> Bu olguda annenin özellikle hastanın özerkliğinin gelişmesini güçleştiren ve çocuksu kalmasını destekleyen davranışlarının olması ve belirgin bir baba vurgusunun olmaması ifade edilen AN tanısı almış hastanın aile yapısı ile uyumludur.

Depresyon, kişilik bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozuklukların, yeme bozukluklarına sıklıkla eşlik ettiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır.<sup>[14-16]</sup> Bu hastada da tabloya depresyonun eşlik etmesi bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Terapötik ve empatik bir hasta-hemşire ilişkisi, hastanede yatan AN hastalarında tedaviye uyumu hızlandırmaktadır.<sup>[17]</sup> Bu olguda hastanın duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesini sağlayacak girişimlerin planlanması ve uygulanması, içine kapanık ve isteksiz olan bireyin kendisinin olumlu yönlerinden ve gelecek planlarından bahsetmesi dikkate değer bir durumdur. Empatik yaklaşım ve etkileşim sayesinde olgunun can sıkıntısı,

izolasyon duyguları, yeme ve kilo alma ile ilgili endişeleri hafiflemiş, klinikte akrabalarıyla ilişkilerini iyileştirmeye başlamıştır. Bununla birlikte birey, yeme ve egzersiz üzerindeki kontrolünü esnetmenin iyileşme için gerekli olduğunu ve kilo alımının önemini anladığını belirtmiştir.

Anoreksik olan bir ergenin yatarak tedavi edilmesi genellikle uzun sürmektedir ve bu durum bireyi evinden, okulundan, ailesinden ve arkadaşlarından uzaklaştırmaktadır. Eğer klinik ortam tedavi edici bir şekilde hazırlanmış ve sosyal yaşama yönelik uygulamalar bu ortamda var ise hasta sosyal yaşama uyum sağlayabilir.<sup>[18]</sup> Bu olgu sunumunda klinikte; spor, uğraşı, eğlenceli oyunlar ve tatlı salı etkinliklerinin planlanması olgunun sosyal ve rekreasyonel etkileşimlere girmesi ve klinikteki yaşıt hastalarla eğlenceli vakit geçirmesinin sağlanması önemli bir sonuç olarak görülmektedir.

Anoreksik olan bir kişi için iyileşme, kendi kimliğiyle bir mücadeledir.<sup>[19]</sup> Bunun nedeni, anoreksiyanın ego-syntonic bir bozukluk olmasıdır.<sup>[20]</sup> İnce olma arzusu, kişinin tutumları, inançları ve değerleri ile uyumludur. Bunun içinde anoreksiya tanısı alan bir kişinin kararlı ve iyileşme motivasyonunun yüksek olması önemlidir. Bu da tedavi ekibinde bulunan kişilerin hastaya motive edici, terapötik ve empatik yaklaşımda bulunmaları ile sağlanabilir.<sup>[19]</sup> Bu olguda hasta ile etkili, motive edici ve empatik ilişki kurulduğunda, bireyin iyileşmeye istekli görülmesi bu bilgiyi destekler niteliktedir.

## Sonuç ve Öneriler

Yeme bozuklukları ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıda vakanın olmasından dolayı az olduğu belirtilmektedir. Bu konudaki bilgiler daha çok vaka sunumlarına dayanmaktadır.<sup>[1,21]</sup> Bu olgu sunumunda AN'si olan bir erkek ergen hastaya gereksiniminden az beslenme, sıvı volüm eksikliği, etkisiz başetme, beden imgesinde rahatsızlık, benlik saygısında rahatsızlık, sosyal etkileşimde bozulma ve konstipasyon riski hemşirelik tanıları konularak belirlenen hedefler doğrultusunda girişimler uygulanmıştır. Planlanan hemşirelik süreci basamakları doğrultusunda hasta ile anoreksiya nervozaya yönelik hemşirelik bakımında başarı sağlanmıştır. AN'si olan ergenlere yönelik hemşirelik bakımının planlanmasında bu konuya ilişkin bilgi birikiminin artırılması gerektiği ve örneklem sayısının geniş olabileceği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

### Sınırlılıklar

Haftada iki kez klinik uygulama olması nedeniyle olgu için planlanan ve uygulanan hemşirelik bakımının aynı kişi tarafından sürekli uygulanamaması olgunun sınırlılığı olarak görülebilir.

**Çıkar çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazarlık katkıları:** Konsept – N.Ç.; Dizayn – N.Ç.; Denetim – G.T.Y.; Meteryal – N.Ç.; Veri toplama veya işleme – N.Ç.; Analiz ve yorumlama – N.Ç., G.T.Y.; Literatür arama – N.Ç., G.T.Y.; Yazan – N.Ç., G.T.Y.; Kritik revizyon – G.T.Y.

## Kaynaklar

1. Ozdel O, Ateşçi F, Oğuzhanoğlu NK. An anorexia nervosa case and an approach to this case with pharmacotherapy and psychodrama techniques. *Turk Psikiyatri Derg* 2003;14:153–9.
2. Özbaş AA. Beslenme ve yeme bozuklukları. In: Gürhan E, editor. *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2016. pp. 565–90.
3. Hudson JL, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348–58.
4. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med* 2013;43:2477–500.
5. Signorini A, De Filippo E, Panico S, De Caprio C, et al. Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. *Eur J Clin Nutr* 2006;61:119–22.
6. Walsh BT, Satir DA. Diagnosis issues. In: Mitchell JE, Peterson CB, editors. *Assessment of eating disorders*. New York: The Guilford Press; 2005. p. 1–16.
7. Engin E, Ergün G. Yeme bozuklukları. In: Çam O, Engin E, editors. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2014. p. 545–62.
8. Hepp U, Milos G. Gender identity disorder and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002;32:473–8.
9. Lewinsohn PM, Seeley JR, Moerk KC, Striegel-Moore RH. Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *Int J Eat Disord* 2002;32:426–40.
10. Maner F. Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5:130–9.
11. Felker KR, Stivers C. The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence* 1994;29:821–34.
12. Nelson WL, Hughes HM, Katz B, Searight HR. Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. *Adolescence* 1999;34:621–33.
13. Wooldridge T, Lytle PP. An overview of anorexia nervosa in males. *Eat Disord* 2012;20:368–78.
14. Hedlund S, Fichter MM, Quadflieg N, Brandl C. Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: a 6-year investigation. *Eat Weight Disord* 2003;8:26–35.
15. Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG. Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *Int J Eat Disord* 2003;33:155–64.
16. Powers PS, Santana CA, Bannon YS. Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: an open label trial. *Int J Eat Disord* 2002;32:146–54.
17. Zugai J, Stein-Parbury J, Roche M. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *J Clin Nurs* 2013;22:2020–9.
18. Offord A, Turner H, Cooper M. Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study exploring young adults' retrospective views of treatment and discharge. *European Eating Disorders Review* 2006;14:377–87.
19. Espindola CR, Blay SL. Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a metasynthesis of qualitative studies. *Ann Clin Psychiatry* 2009;21:38–48.
20. Guarda AS. Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. *Physiol Behav* 2007;94:113–20.
21. Sayin A, Kuruoğlu AC. A male anorexia nervosa case and its discussion from dynamic point of view. *Turk Psikiyatri Derg* 2004;15:155–60.