



Geliş Tarihi (Received): 21.05.2024

Kabul Tarihi (Accepted): 22.07.2024

Olgu sunumu/Case Report

Bipolar Bozukluk ve Fronto-temporal Demans Tanılı Hastada Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care According to Gordon's Model of Functional Health Patterns in a Patient Diagnosed with Bipolar Disorder and Fronto-temporal Dementia: A Case Report

Azime KORKMAZ¹



Gülay TAŞDEMİR²



Pınar Sevda BOZKURT³



¹Doktora Öğrencisi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği, Denizli, TÜRKİYE

²Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli, TÜRKİYE

³Doktora Öğrencisi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği, Denizli, TÜRKİYE

Yazımadan sorumlu yazar: Azime Korkmaz; e-mail: korkmazime@gmail.com

Alıntı (Cite): Korkmaz A, Taşdemir G, Bozkurt PS. Bipolar Bozukluk ve Fronto-Temporal Demans Tanılı Hastada Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. YBH dergisi.2024;5(2):107-125

Özet:

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bipolar bozukluk ve fronto-temporal demans tanısına sahip bir hastada Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne dayalı hemşirelik bakımının etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem: Psikiyatri kliniğinde tedavi gören bir hastanın verileri, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılarak toplanmıştır. Değerlendirme sonucunda belirlenen hemşirelik tanıları sağlığı sürdürmede yetersizlik, düşme riski, beden gereksiniminden az beslenme, üriner inkontinans, eğlence aktivitesinde eksiklik, uyku örüntüsünde rahatsızlık, bellekte bozulma, aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma ve suisid riski şeklindedir.

Bulgular: Hemşirelik tanıları doğrultusunda yapılan bakım, hastanın sağlık durumu ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler göstermiştir.

Sonuç: Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, kompleks durumları olan bireylerin hemşirelik bakımında etkili bir araç olarak kullanılabilir. Bu modelin kullanımı, bipolar bozukluk ve fronto-temporal demans tanısına sahip hastalarda daha kapsamlı ve bireye özel bakım planları geliştirilmesine yardımcı olabilir. Bu tür model temelli çalışmaların yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk; fronto-temporal demans; hemşirelik bakımı; hemşirelik modeli.

Abstract:

Aim: The aim of this study is to evaluate the effects of nursing care based on Gordon's Functional Health Patterns Model in a patient diagnosed with bipolar disorder and frontotemporal dementia.

Methods: Data from a patient receiving treatment in a psychiatric clinic were collected using Gordon's Functional Health Patterns Model. The identified nursing diagnoses included impaired health maintenance, risk of falls, imbalanced nutrition: less than body requirements, urinary incontinence, deficit in recreational activities, disturbed sleep pattern, impaired memory, dysfunctional family processes, and risk of suicide.

Results: The nursing care provided according to the identified diagnoses had positive effects on the patient's health status and quality of life.

Conclusion: Gordon's Functional Health Patterns Model can be considered an effective tool in the nursing care of individuals with complex conditions. The use of this model may assist in developing more comprehensive and individualized care plans for patients diagnosed with bipolar disorder and frontotemporal dementia. The expansion of such model-based studies is recommended.

Key Words: Bipolar disorder; fronto-temporal dementia; nursing care; nursing model.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre her sekiz kişiden birinin ruhsal hastalığı mevcuttur. Bipolar bozukluk yaygın görülen kronik bir ruhsal hastalıktır. DSÖ'ye göre 2019 yılında 40 milyon kişi bipolar bozukluk tanısı almıştır.⁽¹⁾ Sıklıkla ergenlikte ya da erken erişkinlikte tanılanan bipolar bozukluk, yaşam boyu takip ve tedavi gerektiren bir hastalıktır.⁽²⁾ Bu hastalar manik ve depresif dönemler geçirebilmektedir. Manik dönemde belirgin öfori ya da irritabilite, hareket ya da enerji artışı ve konuşkanlık, fikir uçuşmaları, uyku ihtiyacında azalma, ego yükselmesi, distiraktibilite ve dürtüsellik gibi semptomlar görülür. Depresif dönemde ise; her gün ya da günün çoğunluğunda mutsuz hissetme, irritabilite, boşluk hissi, yaptıklarından keyif alamama ya da bir şey yapmaya yönelik isteksizlik görülmektedir.^(1,3) Bipolar bozuklukta depresif ve karma ataklarda intihar girişimi daha fazla görülmektedir ve bu hastaların genel topluma göre intihar riski 15-20 kat daha yüksektir.⁽⁴⁻⁷⁾ Son 20 yılda tedavi seçenekleri giderek artmaktadır ve tedavisinde psikoeğitim, stres azaltma-sosyal etkileşimi artırma, ilaç tedavileri, diyet-fiziksel egzersiz ve terapiler yer almaktadır.^(1,3,8) Bu olguda bipolar bozukluk tanılı hastada fronto-temporal demans bulunmaktadır.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda demans riski yüksektir.⁽⁹⁻¹²⁾ En sık görülen ikinci demans türü olan fronto-temporal demans, davranışlarda olduğu kadar bilişsel becerilerde de bozulmaya neden olmaktadır. Erken dönem kişilik ve davranış bozuklukları abuli (istenç kaybı) ya da apati (ilgisizlik), disinhibisyon (kontrol kaybı) ya da dürtüsellik ve empati ya da sempati kaybı olarak gözlenmektedir.⁽¹³⁾ Fakat birçok semptom erken dönem maniye benzer şekilde de görülebilmektedir. Hasta bireylerde öfori, konuşma artışı, baskın konuşma, fikir uçuşmaları, enerji artışı ve irritabilite belirtileri görülebilmektedir.⁽¹⁴⁾ Sistemik derleme ve meta analiz çalışmaları bipolar bozukluğun fronto-temporal demans için başlangıç belirtisi olup olmadığını tartışmakta, ancak daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu da belirtilmektedir.^(12,15) Bazı çalışmalar bipolar bozukluk ve fronto-temporal demans arasında bir bağ olduğunu ileri sürse de kesin sonuç şu an için bilinmemekte ve biyolojik, nörobilişsel ve klinik açıdan farklı olduklarını belirten çalışmalar da bulunmaktadır.^(12,16,17)

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli

Marjory Gordon, hemşirelerin bakım sürecini bireyin bakım gereksinimine göre planlaması gerektiğini vurgulayan önemli bir hemşirelik kuramcısıdır.⁽¹⁸⁾ Gordon'un 11 basamaklı modeli, bireyin sağlığını geliştirmeyi ve bütüncül bir bakım sağlamayı amaçlamaktadır. Sağlığı algılama-sağlığın yönetimi, beslenme-metabolik durum, boşaltım,

aktivite-egzersiz, uyku-dinlenme, stresle baş etme, benlik kavramı-kendilik algısı, bilişsel- algısal durum, rol-ilişki, cinsellik-üreme ve değer- inanç olmak üzere bu 11 basamak birbiriyle ilişkilidir. Bu basamakların değerlendirilmesi ile hemşirelik tanılarına karar verilir.⁽¹⁹⁾

Amaç

Bu olguda, bipolar bozukluk ve fronto-temporal demans tanılı hastada Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre veri toplanması, NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanılarının belirlenmesi, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

R. Y. ile 05.06.2023- 30.06.2023 tarihleri arasında haftada 2 kez 30 dakikalık 8 görüşme yapılmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler

Olgu 60 yaşında erkek hasta, bipolar bozukluk-depresif atak tanısı ile psikiyatri kliniğinde takip edilmektedir. Hasta lise mezunu, emekli işçi, evli ve 3 çocuğu vardır. Olgunun 45 yıldır sigara bağımlılığı mevcut ve alkol kullanımını bulunmamaktadır.

Geçmiş Sağlık Öyküsü

Olgu ilk kez 20 yaşında askerden döndükten sonra bipolar bozukluk tanısını almış. Askerlik sürecinde uyumsuzluk yaşayan hasta 18 ay askerliğin 3 ayını izinli geçirerek askerliğini tamamlamıştır. Öncesinde 30 ve 37 yaşlarında 2 kez ilaç içerek suisid girişiminde bulunan hasta, girişimleri sonrasında yatarak tedavi görmüştür. Yıllar içinde öforiden agresyona değişen semptomlar ile hastalığı devam etmiş olsa da ötimik olduğu zamanların daha fazla olduğu yakınları tarafından da belirtilmiştir. Lityum kullanımını nedenli hipotiroidisi olan hasta levetiron tedavisini 5 yıldır almaktadır.

Şimdiki Sağlık Öyküsü

Olgu 02.06.2023 tarihinde bir üniversite hastanesinin polikliniğine yakınlarının desteği ile artmış iç sıkıntısı, huzursuzluk, davranışlarında dürtüsellik, suisid düşünceleri, uykusuzluk, ara ara oluşan agresyon şikayetleri ile başvurmuştur. Suisid amaçlı balkondan atlamaya çalışan hasta kliniğe yatışı yapılarak takip edilmektedir. Hastanın son 7 aydır ilgisizlik, unutkanlık, inkontinans, konuşurken kelimeleri bulmakta zorlanma ve anlamakta zorlanma gibi şikayetleri

artmıştır. Hasta evde misafirler varken birden üzerindeki kıyafetlerini çıkarmaya başlamış ve sonrasında bunu hatırlamadığını belirtmiştir. Yapılan tetkikler sonucunda hasta fronto-temporal demans tanısı almıştır. Demansiyel süreçle birlikte bipolar bozukluk ilaçlarını da takip etmekte zorlanan hastanın tedavi takibini eşi gerçekleştirmektedir.

Ruhsal Durum Muayenesi

Olgunun dış görünümü ve kıyafetleri ailesinin desteği ile temiz ve düzenliydi. İletişim esnasında ara ara gözlerini kaçırıyordu. Konuşma içeriği az, sorulara yanıt veriyordu. Bireyin bilinci açık, yer oryantasyonu yerinde olmakla birlikte zaman oryantasyonunda bozulma mevcuttu. Duygudurumu depresif, duygulanımında anhedoni belirgindi. Anlık belleği ve uzak geçmiş belleği yerinde, yakın geçmiş belleği bozulmuştu. Olgunun spontan dikkati azalmış ve anlaması için soruların iki kez tekrarlanması sağlanmıştır. Soyut düşünmesi bozulmuş, hasta “işleyen demir ışıldar” atasözünü açıklayamamıştır. Hasta yolda yürürken önden gidenlerin ayağına basmaya çalıştığını iletmiş, hastanın dürtüsel davranışlarını engelleyemediği, neden-sonuç ilişkisi kuramadığı, yargılamasının bozulduğu görülmüştür. Hastalığı ile ilgili kısmi içgörüsü olduğu, hasta olduğunu kabul etse de belirtilerin kabulü ile ilgili tutarsızlıkları olduğu görülmüştür. Suisid düşüncesinin devam ettiği öğrenilmiştir.

Laboratuvar Değerleri

Lityum düzeyi: 0.9 mEq/L (0.5-1.2), TSH: 2.6 IU/mL (0,27 - 4,20), vitamin D: 7 ng/mL (20 – 60), B12 vitamini: 530 pg/mL (197 – 771), AKŞ(açlık kan şekeri): 112 mg/dl (70 – 100), hemogloblin(HGB): 10.5 g/dL (12 – 16), aspartat aminotransferaz(AST): 4 IU/L (5 – 40), alanin aminotransferaz(ALT): 9 U/L (5 – 41), kreatinin: 1.3 mg/dL (0,5 - 0,9).

Kullandığı İlaçlar

Lityum 600 mg 1x1, lamotrigin 200 mg 1x1, duloxetine 60 mg 1x1, ketiapin 150 mg 1x1, levetiron 50 mg 1x1, D vitamini 1x10 damla şeklindedir.

Vital Bulguları

Tansiyon; 120/70 mm/Hg, nabız; 78/dk, solunum; 20/dk, ateş; 36,3 C.

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Olgunun Değerlendirmesi

A. Sağlığı algılama-sağlığın yönetimi

Yeni eklenen hastalık tanısı ile birlikte hasta sağlığını sürdürmek için gerekli tedavi takibinde zorluk yaşamaktadır.

Hemşirelik tanısı 1. Sağlığı sürdürmede etkisizlik

Tanımlayıcı özellikler:

Bireyin davranışlarını kontrol edememesi, dürtüsel halinin olması, suisid girişiminde bulunması belirtileri nedeniyle kendi sağlık bakımını gerçekleştirememesi.

İlişkili faktörler:

Nörobilişsel yıkım nedenli fiziksel ve psikolojik yetilerinde bozulma olmasına bağlı.

Amaç:

Birey olası en yüksek düzeyde kendi bakımına katılacak ve bireyin sosyal destek sistemleri güçlendirilmiş olacak.

Girişimler:

- Hastanın sosyal destek sistemleri sorgulanır. Hastaya yardımcı olabilecek aile üyelerine hastalık ve bakım ile ilgili psikoeğitim düzenlenir.
- Yeni tanılanan hastalık ve o hastalık ile yaşam konusunda hastaya ve bakım vericisine psikoeğitim verilir.
- Hastanın sağlıklı yaşam şartlarını sağlamak için sosyalleşmesinin önemi vurgulanır.
- Hastaya kendi sağlığına 1-100 arasında gerçekçi şekilde puan vermesi istenir.
- Hastaya günlük yaşam aktiviteleri için destek olunur ve sevdiği, başarılı olduğu aktiviteleri yapması için teşvik edilir.
- Bakım vericilerin kullanabileceği gevşeme ve nefes egzersizleri öğretilir. Sadece hasta için değil, sıkıntı anlarında kendileri için bu girişimleri uygulamaları anlatılır.

Değerlendirme:

Hastanın sosyalleşmesi ve iletişim isteği artmış, kendi özbakımını kendisi yapmak için çaba göstermiş ve traş olmuştur. Girişim öncesi sağlığına 10 puan veren hasta girişimler sonrasında sağlığını 100 üzerinden 70 olarak değerlendirmiştir.

Hemşirelik tanısı 2. Düşme riski

İlişkili faktörler:

Ortamda tehlikeli olabilecek (yetersiz aydınlatma) durumlara, yürüyüşte dengesizliğe, görme bozukluğuna ve çevredeki olası tehlikelerin farkında olmamasına bağlı.

Amaç:

Bireyin yaşadığı çevre/ortam güvenli hale getirilecek ve birey düşmeyecek.

Girişimler:

- Hastanın odasında aydınlatmanın yeterli olduğundan emin olunur.
- Kullandığı ayakkabı/terliğin kaymaz özellikte olma durumu kontrol edilir.
- Kapı kolları, tutunma yerlerinin sağlamlığı kontrol edilir.
- Hastaya ve bakım vericisine ayağa hızlıca kalkmadan önce baş dönmesi gibi belirtiler yönünden dikkatli olması konusunda eğitim verilir.
- Hasta yakınlarına düşme riskine yönelik eğitim verilir, ayrıca sadece hastanede değil taburculuk sonrası ev ortamında da düzenlemeler yapılması gerektiğine dair eğitim planlanır.

Değerlendirme:

Bireyin İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı (Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var-5 puan, ayakta/yürürken denge problemi var-5 puan, kronik hastalık öyküsü var-1 puan ve 4'ten fazla ilaç kullanımı var-1 puan) 12 (Yüksek risk) olarak hesaplanmıştır. Hasta takip sürecinde düşme yaşamamıştır ve risk devam etmektedir.

B. Beslenme-metabolik durum

Hastanın yemek yemeyi reddettiği için son 6 ayda hedeflenmemiş şekilde 12 kilo kaybettiği öğrenilmiştir. Bireyin şu anki ölçümleri boy 174 cm, kilo 57 kg şeklindedir. Bireyin beden kitle indeksi (BKİ) 18.67- zayıf olarak hesaplanmıştır.

Hemşirelik tanısı 3. Beden gereksiniminden az beslenme

Tanımlayıcı özellikler:

Bireyin yetersiz beslenmesi ile ilişkili kilo kaybının olması, BKİ ölçümünün 18.67-Zayıf olarak hesaplanması ve kas güçsüzlüğünün olması. Laboratuvar sonuçlarının aspartat

aminotransferaz (AST): 4 IU/L (5 – 41), kreatinin: 1.3 mg/dL (0,5 - 0,9), hemoglobin (HGB): 10.5 g/dL olması.

İlişkili faktörler:

Bireyin bipolar bozukluk depresif epizod ve FTD ile ilişkili unutkanlık, ilgisizlik, agresyon gibi şikayetlerinin bulunması ve iştahsızlığına bağlı.

Amaç:

Bireyin yemek düzeni sağlandığı gözlenecek. Öğünlerini bitirdiği gözlenecek.

Girişimler:

- Hastaya dengeli beslenmenin günlük yaşamımızı problemsiz devam ettirmek için önemli olduğu anlatılır.
- Öğünleri yeme miktarı kontrol edilir, su alımı kontrol edilir ve gaita takibi yapılır.
- Hastaya ve yakınına depresyonun iştah üzerinde değişiklikler yapabileceği, depresyonun tedavi sürecinde bedeni güçlü tutmanın önemi anlatılır.
- Beden gereksiniminden az beslenmesinin mevcut şikayetlerine ek olarak ortaya çıkarabileceği diğer komplikasyonlar (Kırıklar, hareket yeteneğinde bozulmalar, anemi nedenli çarpıntı, kas güçsüzlüğü, saç dökülmesi) ile ilgili psikoeğitim verilir.
- Bireye yemek tepsilerinin kontrol edileceği belirtilir ve çaba göstermesine teşvik etmek için anlaşma yapılır.

Değerlendirme:

Bireyin başlangıçta iştahsızlık şikayeti devam etmiş ve yemek yemeği istemediğini iletmiştir. Bireye ve ailesine dengeli beslenmenin önemine yönelik eğitim verilmesinin ardından hasta ile yemek tepsilerinin kontrol edileceğine ve yemek yemek için çaba göstereceğine dair anlaşma yapılmıştır. Bu konuda hasta gönülsüzlük iletse de anlaşmayı kabul etmiştir. Hasta yemek saatlerine ve tepsi kontrolüne uyum sağlaması sonucunda yemeyi sevdiği tatlının (sütlaç) hasta yakınları ile işbirliği yapılarak temini sağlanmış, iştahını arttırmak adına sevdiği yemeklerin ara ara dışarıdan getirilmesi sağlanmıştır. Bir aylık girişim sonrası hastanın kan değerleri aspartat aminotransferaz (AST): 7 (5 – 41) IU/L, kreatinin: 0.6 mg/dL (0.5 – 0.9), hemoglobin (HGB): 10.9 g/dL olarak görülmüş, kilosu 57'den 62'ye yükselmiş, BKİ 22.09 ile normal sınırlara ulaşmıştır.

C. Boşaltım

Hastanın geceleri üriner inkontinans problemi olmakta, bu durum son 6 aydır devam etmektedir.

Hemşirelik tanısı 4 üriner inkontinans

Tanımlayıcı özellikler:

Bireyin gece idrar kaçırmasının olması ve bireysel hijyenini sürdürememesi.

İlişkili faktörler:

FTD nedeniyle bireyin hareketleri üzerinde kontrolünün azalmasına ve unutkanlığa bağlı.

Amaç:

Birey gece idrar kaçırmayacak.

Girişimler:

- Hastanın gün içinde 2-3 saatte bir, gece de yatmadan önce tuvalete gitmesi sağlanır.
- Hastaya ve yakınına diüretik içeceklerin neler olduğu ve tüketiminin kontrollü olması gerektiği anlatılır.
- Gece yatmadan önce aşırı sıvı alımından kaçınılması gerektiği anlatılır.
- Ailesine bu konuda hastaya destek olmalarının önemi anlatılır. Hasta bu durumun farkındalığını hissettiğinde suçluluk, utanç gibi duygular hissedebilir. Hastaya bu durumun sağlık nedeni olduğunun farkında oldukları, hastaya öfke ya da suçlayıcı bir yaklaşımda bulunulmaması gerektiği anlatılır.
- Gün içinde ve gece hasta bezi kullanımının toplum içinde daha rahat olmalarını sağlayacağı anlatılır.

Değerlendirme:

Hastanın idrar kaçırma sorunu, tüm haftadadan, haftada 2-3 geceye düşmüştür. Hasta bezi kullanımına gereksinim duyulmamıştır.

D. Aktivite-egzersiz

Hasta içe kapanmış ve sosyal etkileşime isteksizdir. İçinden bir şey yapmanın gelmediğini, klinik aktivitelerine katılımda isteksiz olduğunu ve odasından çıkmak istemediğini belirtmiştir.

Hemşirelik tanısı 5. Eğlence aktivitesinde eksiklik

Tanımlayıcı özellikler:

Hastanın iç sıkıntısı, ilgisizlik iletmesi, depresif görünümünün belirgin olması ve donuk yüz ifadesinin olması.

İlişkili faktörler:

Bipolar bozukluk depresif epizoda sekonder hastanın olumsuz bakış açısına bağlı.

Amaç:

Hastanın klinik içi etkinliklere katıldığı gözlenecek.

Girişimler:

- Hastanın hastalık öncesi yapmaktan hoşlandığı aktiviteler ile ilgili hastadan ve hasta yakınından bilgi alınır.
- Yürüyüş yapmayı seven hastaya günlük yaşamında günün belli saatlerinde yakını eşliğinde yürüyüş yapması konusunda aktivite planlanır.
- Hasta klinik içi aktivitelere katılımı konusunda desteklenir. Hasta ile birlikte boyama etkinliğine katılım sağlanır. Bağlama çalmayı sevdiğini ileten hasta müzik saatinde bağlama hocasının etkinliğine katılım sağlaması için desteklenir.
- Hastaya bahçe saatinde eşlik edilir. Hasta diğer hastaların yanına gitme, sohbet açma gibi konularda sosyalleşmesi açısından desteklenir.
- Aileye bu konunun önemine yönelik eğitim verilir. Hastanın sosyalleşmesi için taburculuk sonrası en yakın toplum ruh sağlığı merkezi hakkında hastaya ve hasta yakınına bilgi verilir.

Değerlendirme:

Bireyin diğer hastalar ile iletişim kurmadığı, bahçe saatinde tek başına ya da yakını ile oturduğu ve sohbet etmediği gözlenmiştir. Bahçe saatinde hastanın yanında olunup, diğer hastaların yanına oturmuş, sohbet açılarak diğer hastalar ile sohbet etmesi sağlanmıştır. Resim saatine katılan hasta çok ilgi duymamış ancak müzik saatinde bağlama dinlemekten çok keyif aldığını iletmiştir. Girişimler sonrası hastanın diğer bireyler ile etkileşimi artmıştır.

E. Uyku-dinlenme

Hastanın uykuya dalmakta zorlanması, geceleri uykudan ara ara uyanmaları, göz altlarında morluk, gündüz esnemeleri mevcut. Hastanın geceleri 2-3 saat arasında uyuduğu öğrenilmiştir.

Hemşirelik tanısı 6. Uyku örüntüsünde rahatsızlık

Tanımlayıcı özellikler:

Gündüz esnemeleri, uykudan memnun olmadığını iletmesi, uykuya dalmada güçlük yaşadığını söylemesi ve gün içinde yorgun hissettiğini belirtmesi.

İlişkili faktörler:

Gün içinde fazla uyuması, aktivite yetersizliğinin olması.

Amaç:

Hastanın gün içinde aktif olduğu gözlenecek. Gündüz uyumadığı görülecek. Hasta dinlenmiş görünecek. Hasta uykusunun düzene girdiğini söyleyecek.

Girişimler:

- Hastaya ve ailesine uyku hijyeni eğitimi verilir.
- Gerekli enerjiyi almasını sağladıktan sonra gün içindeki aktivitelere katılımı desteklenir.
- İlaç saatleri uyku düzenine göre planlanır.
- Kafein içeren içecekler kısıtlanır.
- Negatif düşünceler nedeniyle uyuyamadığında hayalleme (sevdiği ve huzurlu hissettiği bir yer, mutlu olduğu bir anı gibi) tekniğini kullanarak zihnini sakinleştirebileceği anlatılır ve uygulama yaptırılarak hastaya öğretilir.
- Bireye ve ailesine depresif dönem ile ilgili eğitim verilir. Depresif dönemin birey üstünde isteksizlik, gündüz uyku artışı gibi belirtilere neden olduğu anlatılır ve bu belirtileri yönetmenin tedavi için önemli olduğu vurgulanır.

Değerlendirme:

Hasta gündüz uykularını başlangıçta azaltmakta zorlanmış, yataktan kalkmakta isteksizlik hissettiğini iletmiştir. Bu konu ile ilgili görüşme sonrası çaba göstermeye başlamış,

aktivitelere katılımını arttırması ile birlikte gündüz uykuları azalmıştır. Gece uykuları başlangıçta 2-3 saat iken, 6 saate yükselmiştir. Hasta sabah daha dinlenmiş uyandığını ifade etmiştir.

F. Bilişsel-algısal durum

Fronto-temporal demans tanısının belirtisi olarak hastada unutkanlık başlamış durumdadır. Hasta önceden anladıklarını şimdi kolay anlayamadığını ve hatırlayamadığını, birkaç kez tekrar ettirdiğini ve bu durumdan çok rahatsız olduğunu söylemiştir.

Hemşirelik tanısı 7. Bellekte bozulma

Tanımlayıcı özellikler:

Bireyin son zamanlarda duyduklarını anlamakta ve aklında tutmakta zorlandığını iletmesi (Örneğin birkaç gün önce kızı kendisine saat 14:00 te ziyarete geleceğini söylemiş, hasta kızı ziyarete gelince şaşırmış ve geleceğini bilmediğini söylemiş). Hasta yakınının hastanın normalde her şeyi planlayarak yapan biri olduğunu, son dönemlerde dalgın olduğunu, planlama ve aklında tutma becerilerini yerine getiremediğini iletmesi. Bu sorunun hastanın daha çok endişeli ve yorgun olduğunda belirgin olarak ortaya çıkması.

İlişkili faktörler:

Fronto-temporal demans tanısına sekonder dikkatin dağılmasına bağlı.

Amaç:

Hasta belleğini olumsuz etkileyen faktörleri bilecek.

Girişimler:

- Hasta hatırlayamama, unutma, zor anlama gibi nedenlerle yaşadığı güçlükleri anlatması için desteklenir, empatik şekilde dinlenir.
- Unutkanlığı-geç anlaması nedeniyle yaşadığı zorlukların (Markete-pazara gidememe, insanların onu yetersiz gördüğü düşüncesi, kendi işlerini görememesi) neler olduğu yazılır.
- Çözüm yolları hasta ve yakını ile birlikte planlanır (Hatırlatma notları, telefonun acil aramalarına ve hızlı aramalarına yakınlarının kaydedilmesi, yardım istemenin yolları vb.).

- Hastanın odasına okuyabileceği kısa hatırlatma notları hazırlanır. Hasta ve yakını bu notları kullanması konusunda desteklenir.
- Kısa ve açık cümleler ile karmaşık olmayan iletişim şeklinin hasta için daha uygun olduğu hasta yakınına anlatılır.
- Hasta kaygı ve yorgunluk yönünden gözlenir, kaygı ve yorgunluk ile unutkanlık arasındaki ilişkiye dikkat çekilir.

Değerlendirme:

Hasta girişimler sonrası ailesinin desteğine olumlu bakmış ve hatırlatma notlarını kullanmaya başlamıştır.

G. Rol-ilişki

Hasta kendisini ailesine yük olarak gördüğünü, eski rollerini yerine getiremeyeceği için endişelendiğini, konuşmakta zorlanmasından dolayı iletişime geçerken tereddüt ettiğini ifade etmiştir.

Hemşirelik tanısı 8. Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma

Tanımlayıcı özellikler:

Bireyin ailesinin bireye ait dürtüsel davranışlarının bilinçli olduğunu düşünmesi ve bu nedenle hastaya öfkelendiklerinin gözlenmesi.

İlişkili faktörler:

Bipolar bozukluk ve fronto-temporal demans tanıları olan bireye bakım verme güçlüğüne yaşanmasına bağlı.

Amaç:

Ailenin hastalık hakkındaki bilgisinin olduğu gözlenecek. Ailenin hasta ile daha olumlu iletişim kurduğu gözlenecek.

Girişimler:

- Bireyin ailesine hastalık belirtileri, hastalık nedenleri, nasıl yaklaşmak gerektiği gibi konularda hastalığa yönelik eğitim verilir. İlaç kullanımının ve takibinin önemi anlatılır.
- Suisidin tekrarlayabilen bir durum olduğu, hastanın yardım arama davranışlarını gözlemlenmesi gerektiği ile ilgili bilgi verilir.

- Hastanın kendine zarar verme davranışlarını nasıl ele almaları gerektiği anlatılır. (Örneğin hastanın suisid düşüncesi ya da girişimi karşısında nasıl davranılmalı, alınabilecek önlemler gibi).
- Hastanın konforunu bozmayacak şekilde refakatçi değişimi yapmalarının önemi ve tükenmişlikten kendilerini nasıl koruyacakları konusunda psikoeğitim verilir.
- Hastanın durumu ile ilgili suçluluk, pişmanlık ya da öfke gibi duygularını ifade etmelerine fırsat verilir.
- Hasta yakınlarına nefes egzersizi öğretilir ve gerektiğinde kendileri için de psikolojik destek almalarının önemi anlatılır.

Değerlendirme:

Hasta yakını girişimler sonrası rahatladığını iletmış, baş edemediğini fark ederse yardım arayacağını söylemiştir.

H. Cinsellik-üreme

Hastalığının semptomlarından dolayı hasta dürtüsel olduğu için klinik ekibi bu alanla ilgili sorunun sorulmamasını istemiş ve bu nedenle bu alan sorgulanamamıştır.

I. Başetme-stres toleransı

Hastalıkla baş edemediğini dile getiren hastanın suisid düşünceleri olmaktadır.

Hemşirelik tanısı 9. Suisid riski

İlişkili faktörler:

Bipolar bozukluk depresif epizod ve fronto-temporal demansa sekonder bireyin yatış nedeni olmak üzere 3 kez suisid girişiminde bulunmuş olmasına bağlı.

Amaç:

Birey kendisine zarar vermeyecek. Bireyin etkili baş etme yöntemlerini kullanabildiği gözlenecek.

Girişimler:

- Hastanın suisid ile ilgili duygu ve düşünceleri sorgulanır.

- Olumsuz duygu ve düşüncelerinin neler olduğu, ne zaman ortaya çıktığı hasta ile birlikte değerlendirilir.
- Bu duygu ve düşüncelerin hayatını nasıl etkilediği üzerine konuşulur.
- Alternatif duygu ve düşünceler neler olabilir hasta ile birlikte oluşturulur.
- Hasta ile birlikte olumlu ve daha az olumlu olduğunu düşündüğü yönleri yazılır.
- Felaketsizleştirme tekniği ile hastanın değersiz bulduğu yönleri gerçekçi şekilde ele alınır.
- Olumlu yönleri hasta ile birlikte ele alınır, hastanın kendine olan güvenini arttırmak için yapmak istediği şeyler hasta ile birlikte planlanır.
- Hasta ile değerli olduğunu ve yaşamını sona erdirmenin çözüm olmadığı konuşulur ve suisid sözleşmesi yapılır.
- Hasta ile karşılaştığı zorluklar ile nasıl baş ettiği konuşulur. Baş etme yöntemleri sıralanır. Etkin yöntemler desteklenirken etkisiz yöntemler (kendisine zarar vermek gibi) yerine neler konulabilir konuşulur.

Değerlendirme:

İlk görüşmede gözlerini kaçırarak kısa kısa cevaplar veren hasta, suisid düşüncesinin devam ettiğini, her şeyi anlamsız bulduğunu söylemiştir. Hasta ile olumsuz duyguları üzerinde değerlendirme yapılarak bu olumsuz düşüncelerin geceleri daha çok ortaya çıktığı öğrenilmiştir. Hasta ile suisid anlaşması yapıldığında tereddüt ettiği gözlemlenmiş, ancak imzalamıştır. Hasta en sıkıntı veren sorununun hastalık nedeniyle yaşadığı zorluklar (konuşma güçlüğü, isteksizlik gibi) olduğunu iletmiştir. Hasta ile bu zorluklar listelenmiş, sorunları çözmek için yapılabilecekler sorunların karşısına yazılarak sıralanmıştır. Hastanın bu listeyi yanında taşıması sağlanmış, zorlandığı ya da unuttuğu durumlarda bakmanın kendisine destek sağlayacağı anlatılmıştır. Sosyal etkileşimi ve etkinlik katılımları da desteklenen hastanın afektinin (duygulanım) daha açık olduğu gözlenmiştir. Hastalık sürecine, ilaç kullanımına, destek aldıkça ve baş etme yöntemlerini öğrendikçe kendisini daha iyi hissettiği ve suisid düşüncesinin azaldığını iletmiştir. Başlangıçta intihar etme isteğine 10 üzerinden 9 puan veren hasta girişimler sonrası 10 üzerinden 2 puan verdiğini ifade etmiştir.

J. Değer-inanç

Hasta inançlı biri olduğunu, ölüm düşüncelerinden utandığını, eskiye oranla daha fazla dua ettiğini ve güçlü olabilmek için dua etmenin kendisini sakinleştirdiğini, rahatlattığını anlatmaktadır.

Tartışma

Bipolar bozukluk depresyon, mani ya da hipomani atakları ile giden tekrarlayıcı bir bozukluktur ve bipolar bozukluk depresif dönemleri majör depresif bozukluk ile benzerlik gösterir.⁽²⁰⁾ Diğer psikiyatrik bozukluklara göre en yüksek suisid riskine sahiptir.⁽⁵⁾ Bu olguda bipolar bozukluk depresif dönem özellikleri ve 3 kez tekrarlamış suisid girişim öyküsü bulunmaktadır. En son suisid girişimi ile hastaneye yatırılıp yapılan hasta fronto-temporal demans tanısı almıştır.

Bipolar bozukluk sıklıkla demans ile ilişkilidir ve demans çeşitleri arasında en fazla fronto-temporal demans tanısı birlikteliği görülmektedir.⁽¹³⁾ Bu olguda bu birliktelik hasta için günlük yaşamına uyumunu ve sağlığını devam ettirmesini zorlaştırmaktadır. Ceylantekin ve Hisar'ın (2022) ülkemizde gerçekleştirilmiş olduğu bir olgu sunumunda Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin yaşlı Alzheimer Demans hastalarında kullanımının uygun olduğu bildirilmiştir.⁽¹⁸⁾ Işıklı (2022) Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin kronik hastalıklarda sistematik veri toplama ve holistik bakım verme açısından etkili olduğunu bildirmiştir.⁽²¹⁾ Bilkay ve arkadaşlarının (2023) bipolar bozukluk tanılı birey ile gerçekleştirdiği olgu sunumunda Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin psikiyatri hastalarının bakımında kullanımının ayrıntılı veri toplama ve bakımı kolaylaştırma açılarından yararlı olduğu belirtilmiştir.⁽²²⁾ Bu olgunun bipolar bozukluk ve fronto-temporal demans tanıları ile takip edilmekte olduğu göz önüne alındığında, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin bireyin hemşirelik bakımında tespit edilen sorunlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Bakım planı değerlendirmelerinde belirtilerin azaldığı, hasta birey ve ailesinin olumlu etki gördüğü belirlenmiştir.

Bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen hastaların stigma ile baş etme, yaşama devam ederken anlamlı aktivitelere sahip olma, hastalığı daha iyi anlama ve kendi bakımını sağlama başta olmak üzere birçok alanda desteğe ihtiyacı olmaktadır. Bakım vericilerin, diğer sosyal desteklerin (arkadaş, aile ve iş çevresi), genel olarak toplumun katkısı hasta bireyler için oldukça önemlidir.^(23,24,25) Bu olguda sosyal geri çekilmesi belirgin olan hasta kademeli olarak

klirik aktivitelere dahil edilmiş, diğer hastalar ile etkileşimi desteklenmiş, hastalığı ile ilgili kaygılarını ifade etmesi ve kendi bakımına katılımı için teşvik edilmiştir. Hastanın olumlu yönde ilerlemesinin olması ve çevresi ile paylaşımının artması önemli bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Fronto-temporal demans tanılı hastaların bakım vericilerinin anlaşılma, bilgilendirilme ve destek görme başta olmak üzere birçok ihtiyacı bulunmaktadır.^(26,27,28) Bu olgunun ailesinin bipolar bozukluk tanısı ile ilgili daha önce eğitim almış olmalarına rağmen fronto-temporal demans tanısının eklenmesi ile hastalık belirtilerinin yönetiminde ve yaklaşımda zorlanma yaşandığı tespit edilmiş, verilen psiko eğitimler ve danışmanlıklar ile olumlu sonuç alındığı görülmüştür. Bu bağlamda Gordon'un FSÖ Modeli geniş kapsamlı veri toplama ve bütüncül bakım sunma açısından bu olguda yararlı olarak değerlendirilmiştir. Model temelli yaklaşımlar ile daha geniş kapsamlı çalışmaların yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Olgudan ve yakınından olgu sunumu için sözel onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı

Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram (AK,GT), Çalışma Tasarımı (GT), Denetleme/Danışmanlık (GT), Veri Toplama (AK), Veri Analizi ve Veri Yorumlama (AK,GT,PSB), Literatür Taraması (AK), Makalenin Yazımı (AK,GT,PSB), Başvuru öncesi son kontrol (GT).

Kaynaklar

- 1- World Health Organization (WHO). Mental Disorders. 2022 Access: 24.06.2023 Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- 2- National Institute of Health (NIH). Bipolar Disorder. 2023 Access: 24.06.2023 Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>
- 3- McIntyre RS, Alda M, Baldessarini RJ, Bauer M, Berk M, Correll CU, et al. The clinical characterization of the adult patient with bipolar disorder aimed at personalization of management. *World Psychiatry*. 2022;21(3), 364-387. doi: 10.1002/wps.20997
- 4- Li M, Li T, Xiao X, Chen J, Hu Z, Fang Y. Phenotypes, mechanisms and therapeutics: insights from bipolar disorder GWAS findings. *Molecular Psychiatry*. 2022;27(7), 2927-2939. doi: 10.1038/s41380-022-01523-9
- 5- Miller JN, Black DW. Bipolar disorder and suicide: A review. *Current Psychiatry Reports*. 2020;22, 1-10. doi: 10.1007/s11920-020-1130-0
- 6- Plans L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *J. Affect. Disord.* 2019;242, 111-122. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.054
- 7- Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide risk in bipolar disorder: a brief review. *Medicina*. 2019;55(8), 403. doi: 10.3390/medicina55080403
- 8- Bonnín CDM, Reinares M, Martínez-Arán A, Jiménez E, Sánchez-Moreno J, Solé B, et al. Improving functioning, quality of life, and well-being in patients with bipolar disorder. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2019;22(8), 467-477. doi: 10.1093/ijnp/pyz018
- 9- World Health Organization (WHO). Dementia. 2023 Access: 24.06.2023 Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- 10- Almeida OP, McCaul K, Hankey GJ, Yeap BB, Golledge J, Flicker L. Risk of dementia and death in community-dwelling older men with bipolar disorder. *Br. J. Psychiatry*. 2016;209(2), 121-126. doi: 10.1192/bjp.bp.115.180059
- 11- Diniz BS, Teixeira AL, Cao F, Gildengers A, Soares JC, Butters MA, et al. History of bipolar disorder and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017;25(4), 357-362. doi: 10.1016/j.jagp.2016.11.014
- 12- Roman Meller M, Patel S, Duarte D, Kapczinski F, de Azevedo Cardoso T. Bipolar disorder and frontotemporal dementia: A systematic review. *Acta Psychiatr. Scand.* 2021;144(5), 433-447. doi: 10.1111/acps.13362
- 13- Mendez MF, Parand L, Akhlaghipour G. Bipolar disorder among patients diagnosed with frontotemporal dementia. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2020;32(4), 376-384. doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20010003
- 14- Mendez MF. Manic behavior and asymmetric right frontotemporal dementia from a novel progranulin mutation. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2018;657-662. doi: 10.2147/NDT.S156084
- 15- Velosa J, Delgado A, Finger E, Berk M, Kapczinski F, de Azevedo Cardoso T. Risk of dementia in bipolar disorder and the interplay of lithium: a systematic review and meta-analyses. *Acta Psychiatr. Scand.* 2020;141(6), 510-521. doi: 10.1111/acps.13153
- 16- Papazacharias A, Lozupone M, Barulli MR, Capozzo R, Imbimbo BP, Veneziani F, et al. Bipolar disorder and frontotemporal dementia: an intriguing association. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2017;55(3), 973-979. doi: 10.3233/JAD-160860
- 17- Rubino E, Vacca A, Gallone S, Govone F, Zucca M, Gai A, et al. Late onset bipolar disorder and frontotemporal dementia with mutation in progranulin gene: A case report.

- Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration. 2017;18(7-8), 624-626. doi: 10.1080/21678421.2017.1339716
- 18- Ceylantekin Y, Hisar F. Alzheimer Hastasının Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre incelenmesi: olgu sunumu. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;4(2), 205-215. doi: 10.51123/jgehes.2022.57
- 19- Gengo e Silva Butcher RDC, Jones DA. An integrative review of comprehensive nursing assessment tools developed based on Gordon's Eleven Functional Health Patterns. *Int. J. Nurs. Knowl.* 2021;32(4), 294-307. doi: 10.1111/2047-3095.12321
- 20- Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG, et al. Diagnosis and treatment of bipolar disorder: A review. *JAMA*. 2023;330(14), 1370-1380. doi:10.1001/jama.2023.18588
- 21- Işıklı H. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre kronik hastalıkları olan hastanın hemşirelik bakımı. *Turkish Journal of Diabetes Nursing*. 2022;2(1), 51-55. doi: 10.29228/tjdn.58149
- 22- Bilkay Hİ, Türkmen E, Bingöl TY, Gürhan N. Psikiyatri kliniğinde yatan bir bireyin Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre değerlendirilmesi: olgu sunumu. *Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry*. 2023;3(1), 109-118. Access: 09.05.2024 Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2897051>
- 23- Hormazábal-Salgado R, Poblete-Troncoso M. Living with bipolar disorder in Chile: A qualitative study. *Int. J. Ment. Health Nurs*. 2020;29(3), 488-497. doi:10.1111/inm.12686
- 24- Jupille J, Harscoet YA, Duval M, Grall-Bronnec M, Moret L, Chirio-Espitalier M. "What makes you well?" supports of well-being in bipolar disorder. A qualitative study. *Int. J. Qual. Stud. Health Well-being*. 2023;18(1), 2244763. doi:10.1080/17482631.2023.2244763
- 25- Perich T, Mitchell PB, Vilus B. Stigma in bipolar disorder: a current review of the literature. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2022;56(9), 1060-1064. doi:10.1177/00048674221080708
- 26- Bruinsma J, Peetoom K, Bakker C, Boots L, Verhey F, de Vugt M. 'They simply do not understand': a focus group study exploring the lived experiences of family caregivers of people with frontotemporal dementia. *Aging & Mental Health*. 2022a; 26(2), 277-285. doi:10.1080/13607863.2020.1857697
- 27- Bruinsma J, Peetoom K, Verhey F, Bakker C, de Vugt M. Behind closed doors. A case study exploring the lived experiences of a family of a person with the behavioral variant of frontotemporal dementia. *Dementia*. 2022b; 21(8), 2569-2583. doi:10.1177/14713012221126312
- 28- Shiba T, Yamakawa M, Endo Y, Konno R, Tanimukai S. Experiences of families of people living with frontotemporal dementia: a qualitative systematic review. *Psychogeriatrics*. 2022;22(4), 530-543. doi:10.1111/psyg.12837