Kronik Hastaya Bakım Hizmeti Veren Sağlık Çalışanlarının Psikososyal Etkilenimi ve Yönetimi

Uzm. Hem. Gizem BEYCAN EKİTLİ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

gizem.beycan@ege.edu.tr

İÇERİK AKIŞI

- Kronik Hastalık
- Kronik Hastalığa Verilen Psikososyal Ve Duygusal Tepkiler : Hasta Boyutu
- Kronik Hastalığa Ve Hastaya Verilen Psikososyal, Duygusal Tepkiler Ve Zorlanmalar: Ekip Boyutu
- Ekibe Yönelik Destek Sistemler Ve Hizmetler

KRONİK HASTALIK

Kronik hastalık- uzun dönem yönetimi (3 aydan fazla) gerektiren tıbbi bir durum veya engelliliktir.

Akut hastalıkların sınırlı zaman almasının aksine kronik hastalıklar, bireye gelecek için tam bir çerçeve sunmayan devamlı hastalıklardır.

KRONİK HASTALIK

Kronik hastalıklar kişiye , topluma, yaşa, kültüre, hastanın hastalığı nasıl algıladığına ve hastalığın yol açtığı güçlüklere bağlı olarak kişinin:

- ✓denge ve uyumunu bozar
- ✓başa çıkma becerilerini başarısızlığa uğratır.

KRONİK HASTALIK

Kronik hastalığa uyumun 4 etkene bağlı olduğu ileri sürülmektedir.

1. Hastalık ve tedaviler hakkındaki ön bilgi
2. Baş etme kaynakları
3. Hastanın problem çözme becerileri
4. Hastanın motivasyonu

Miller

KRONİK HASTALIK

UYUM SÜRECİ

- Şok ve İnkar
- Öfke
- Pazarlık
- Depresyon
- Kabullenme

KRONİK HASTALIK

KRONİK BİR HASTA OLARAK NEFROLOJİ HASTALARI

İlaç ve diyet tedavisi,
Bir makineye bağımlılık,
Cinsel fonksiyon bozukluğu,
İş kaybı,
Sık hastalanma gibi yaşantılar ve zorunluluklar,
nefrolojik hastalıkları kronik boyutta daha da zorlaştırmaktadır.

KRONİK HASTALIK

Özellikle **diyaliz hastaları** kuruma bağımlılığın en yüksek olduğu grubu oluşturmaktadır.

Kemoterapi tedavisi alan hastalarda bile zaman zaman tedaviye ara verilmekteyken, diyaliz hastalarında bu molalara yer yoktur.

Cimilli C.

DİYALİZ

Uzun süreli diyaliz,

hastaların yaşama devam etmelerini sağlayan etkili bir yöntem olmakla birlikte;

- Yoğun fiziksel,
- Psikolojik,
- Sosyal ve
- Ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir.

Tan M., Okanlı A.

DİYALİZ

Farklı uygulama esasları ve çeşitleri olmasına rağmen, diyaliz uygulamasındaki en önemli

ortak stres kaynağı;

- Tedavinin kronik bir hastalığın parçası olması
- Hastanın yaşamını sürdürebilmek için çok sınırlı sayıda tedavi seçeneği olmasıdır.

HASTALARIN TEDAVİYE DUYGUSAL YANITLARI

Bireysel farklılıklar görülmekle birlikte hastaların nefrolojik bir hastalığa ve sürdürülen tedaviye yönelik tepkileri genellikle belirli dönemlerden geçer.

NEFROLOJİ HASTASINDA HASTALIĞA UYUM SÜRECİ

- **1. ÜREMİK DÖNEM:** Henüz diyalize başlamayan hastalarda kronik böbrek yetmezliği belirtileriyle birlikte ölüm korkusu, umutsuzluk, halsizlik ve zihinsel çökkünlük yaşanabilir.

- **2. ANKSİYETE DÖNEMİ(DİYALİZ BAŞLANGICI):** Bu dönemde ortaya çıkan anksiyete hastaların tedaviyle ilgili endişelerinden kaynaklanır.

Cimilli C.
Surman SO.
Abram HS.

NEFROLOJİ HASTASINDA HASTALIĞA UYUM SÜRECİ

- **3. BALAYI DÖNEMİ(DİYALİZDE İLK 3 HAFTA):** Semptomların gerilemesiyle birlikte hasta ölümden döndüğünü hisseder, öfori gelişir.
- **4. DEPRESYON DÖNEMİ:** 8-9 diyalizin ardından hasta yaşanan bağımlılığın farkına varır. Tedaviye uyum güçlükleri ve depresyon sıklıkla yaşanır.
- **5. UYUM DÖNEMİ:** Tedavi aracına alışılmış, yaşam ilgi alanlarına geri dönülmüştür. İleriye dönük plan ve beklentiler vardır.

Cimilli C.
Surman SO.
Abram HS.

HASTALIĞA BAĞLI KAYIPLAR

- **FİZİKSEL KAYIPLAR:** cinsel işlev kayıpları, halsizlik, dengesizlik, mide bulantısı vb.
- **EKONOMİK KAYIPLAR:** iş gücünün kaybı beraberinde tedavi hizmetlerinin masrafları vb.
- **ROL KAYBI VE AİLE SÜREÇLERİNİN DEVAMLILIĞININ BOZULMASI**
- **BEDEN İMGESİNDE BOZULMA**

Cimilli C.
Shea EJ, Bogdan DF, Freeman RB et al.
Abram HS.

HASTALIĞA BAĞLI KAYIPLAR

Birçok hasta diyaliz makinesini kendi bedeninin bir uzantısı olarak görür. Sıklıkla insani özellikler atfeder. Konuşur, öfkelenir…

Tüm bu algısal çarpıtmalar bilinçdışında yaşanır ve nadir de olsa kişinin gerçekliği kaybederek psikoza dönüşü görülmektedir.

Cimilli C.
Shea EJ, Bogdan DF, Freeman RB et al.
Abram HS.

HASTALARIN DUYGUSAL ZORLANMALARI

- Bağımlılık – Bağımsızlık Çatışmaları

Hastalardan günün belirli saatlerinde bir makineye bağımlı olmaları, diyetlerine dikkat etmeleri gibi bir hastaya özgü davranış ve tutumlar beklenirken;

günün diğer saatlerinde tümüyle sağlıklı bir insan gibi davranması beklenmektedir.

HASTALARIN DUYGUSAL ZORLANMALARI

- Bağımlılık – Bağımsızlık Çatışmaları

Toplumlarda bağımsızlığa verilen değer, kronik hastalıkla uyumlanma sürecinde bağımlılığını inkar edemeyen hastada benlik saygısını düşürecek;

depresyon gelişme riski artacaktır.

HASTALARIN DUYGUSAL ZORLANMALARI

- **Yaşam –Ölüm Çatışması**

Diyalizde ölüm düşüncesinden çok, uzamış yaşamın sorunları ile meşguliyet ortaya çıkabilmektedir.

Yaşam konforunun düşmesi ile asıl korku **«gerektiğinden fazla yaşama»** korkusu olarak ifade edilmektedir.

Cimilli C.
Tan M, okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N.
Abram HS

HASTALARIN DUYGUSAL ZORLANMALARI

- Suçluluk
- Umutsuzluk
- Kayıp

İNTİHAR bu sürecin en dikkat edilmesi gerekli kavşaklarından biridir.

Cimilli C.
Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N.
Abram HS

TEDAVİ VE BAKIM EKİBİ

İdeal bir ekipte

- Hekim
- Hemşire
- Sosyal çalışmacı
- Diyetisyen
- Psikolog ve
- Teknisyenin bulunması gereklidir.

Cimilli C.

ZORLANMALAR

Tedavi ekibinde hastalarla en fazla yüz yüze ilişki içinde olan grup hemşirelerdir.

- Hastalarda aktarım ve karşıt aktarım sorunlarının sıklıkla hemşirelerle görüldüğü bilinmektedir.

Cimilli C.,
Leafloor D.
Çolpan M., Eray Ş, Vural P, Uludağ

DİYALİZ DE HEMŞİRELERİN SIKLIKLA İLETTİĞİ SORUNLAR:

Hastaların üretken eylemlere (okumak, yazmak, diğer hastalarla etkileşime girmek gibi) girmek yerine sıklıkla televizyon seyretmeyi ya da uyumayı tercih etmeleri..

Cimilli C.

DİYALİZ DE HEMŞİRELERİN SIKLIKLA İLETTİĞİ SORUNLAR:

Erkek hastaların diyaliz sırasında masturbativ eylemler sergilemeleri…

Özellikle sürecin yarattığı cinsel işlev bozukluklarıyla etkisiz bir baş etme ve gücünü çevreye ispatlama çabası olarak değerlendirilebilecek bu tutum, hizmet sağlayıcısı olarak ekip üyelerinde **anksiyete ve suistimal edilme algısı** yaratacak ve takip edecek şekilde öfke duygusunun gelişmesine neden olacaktır.

Cimilli C.

HEMŞİRE BOYUTU

Kronik bir hastalıkla mücadele eden bir hastayla çalışırken, hastalığa yönelik hasta tepkilerini yönetmede farklı beceri ve algılara sahibiz.

Hastadan görülen etkili ya da etkisiz herhangi bir baş etme davranışına verdiğimiz tepkiler de bu nedenle farklı olacaktır.

HEMŞİRE BOYUTU

Kronik hastalıklarla çalışan hemşirelerde

- Özdeşleşme
- Karşı aktarım
- Yargılayıcı tutum
- Kurtarma duyguları
- Hastanın kesin cevaplar beklentisi zorlanmalara neden olmaktadır.

HEMŞİRE BOYUTU

- Hastanın semptomları için etkili bir şekilde yanıt vermede yetersiz hissedebilir.
- Hasta kızdığında ekip üyesi de kızabilir.
- Tuhaf ya da öngörülemeyen davranış gösteren ya da konfüze, psikotik ya da diğer psikiyatrik belirtiler sergileyen hastalardan korkabilir.

HEMŞİRE BOYUTU

- Hasta ile çalışmak için yeterli zaman veya enerji olmayışı nedeniyle hayal kırıklığı yaşayabilir
- Hastanın talepleri ile aşırı manüple edilme hissi yaşayabilir.

HEMŞİRE BOYUTU

- Nefroloji hemşireleri hastalara bakım verirken onların üzüntü ve kederini de ele alır. Ölmekte olan hastalarla yakın temasa geçen hemşireler bu süreçte kendileri de kederi deneyimlerler.

Çünkü hem hastalarının bakım süresinin uzunluğunun getirdiği duygusal yükle, hem de onların ani ve beklenmedik ölümleriyle baş etmek zorunda kalabilmektedir.

Dönmez Ç, Yılmaz MM.

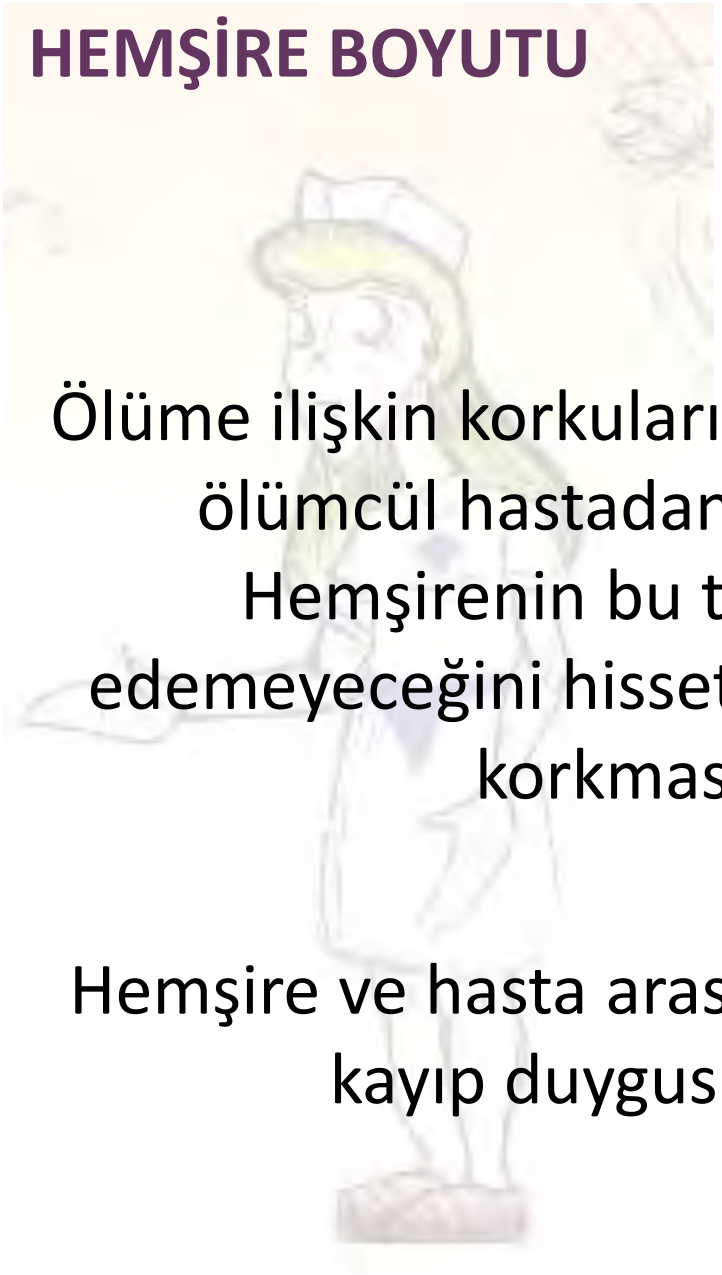
HEMŞİRE BOYUTU

Hemşireler kronik ya da terminal dönem hastaya bakım verirken profesyonelliklerini korumak isteyerek yaşadıkları kederi bastırabilirler.

Bu da onların hüznü / kederlerini yaşamalarını engelleyerek duygusal anlamda tükenmelerine neden olabilir.

Dönmez Ç, Yılmaz MM.

HEMŞİRE BOYUTU



Ölüme ilişkin korkularının farkında olmayan bir hemşire, ölümcül hastadan kaçınıcı tutum sergileyebilir. Hemşirenin bu tutumu sergilemesi, yardım edemeyeceğini hissetmesine ve sorumluluk almaktan korkmasına da bağlı olabilir.

Hemşire ve hasta arasında bir bağlılık olmuşsa hemşire kayıp duygusu hissedebilir, incinebilir.

Dönmez Ç, Yılmaz MM.

HEMŞİRE BOYUTU

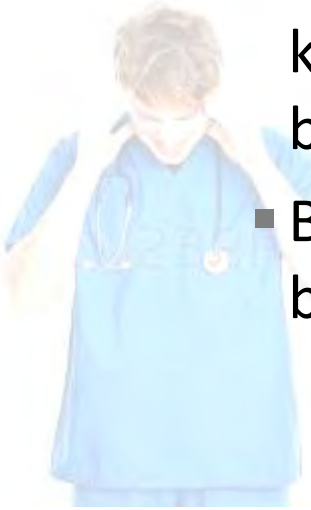
Hemşire hastayla özdeşleşebilir, onunla birlikte savaş verir olumlu sonuç alınmadığında hastaya ve tıbbi olanaklara karşı öfke hissedebilir, durumu inkar edebilir.

Dönmez Ç,
Yılmaz MM.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

ANKSİYETELİ HASTALAR:

- Hemşireler ağır anksiyete veya bir panik atak geçiren hastalara bakım vermekle ilgili endişe duyabilir hatta bundan korkabilirler. Yoğun anksiyete ekip üyesinden hastaya bulaşabildiği gibi , hastadan da ekibe geçebilir.
- Ekip anksiyeteyle mücadele için tüm kaynakları kullanmasına rağmen bu sorunu çözemeyebilir bununla birlikte hayal kırıklığı yaşayabilir.
- Bir günden daha uzun süre anksiyetesini düşüremediği bir hastayla çalışmayı yorucu bulabilir.



HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

ANKSİYETELİ HASTALAR:

- Bu hastalara karşı kızgınlık hatta düşmanlık hissedebilir.
- Oldukça anksiyeteli olan ve şikayet şeklinde veya zahmet gerektiren mantıksız isteklerde bulunan aile üyelerinden veya önemli kişilerden kaçınabilir.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

ÖFKELİ HASTALAR:

- Sağlıklı olmayan duygusal tepkiye neden olan hastanın öfkesini kişiselleştirebilir.
- Agresif ya da kaçınma tepkisi vererek savunucu davranabilir . Bu da tepki döngüsünü hızlandırabilir.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

ÖFKELİ HASTALAR:

- Hastanın öfkesini verilen bakımın kalitesi gibi belirli bir olaya bağlayabilir. Takdir edilmediğini hissederek içerleyerek cevap verebilir.
- Rahatsızlık ya da korku hissedebilir ve öfkesini inkar ederek ya da bastırarak cevap verebilir.
- Hastanın fiziksel veya duygusal tepki vereceği korkusuyla hastadan kaçınabilir.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

DEPRESİF HASTALAR:

- Depresif bir duygudurum da aynı anksiyete gibi bulaşıcı bir özellik göstermektedir. Bu hastalarla çalışırken hemşire depresif hissedebilir.
- Bir hastanın çaresizliği ve mutsuzluğu, çevresindekilere üzüntü verebilir ve hemşirelerin hastandan uzak durmasına yol açabilir.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

DEPRESİF HASTALAR:

- Hastaya verilen bakımın uzun sürmesi nedeniyle hastaya kızabilirler.
- Kendilerine yardım edemeyen ya da sadece kendini toparlayamayan depresyonlu hastaya sinirlenebilir veya kendilerini engellenmiş hissedebilirler.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

DEPRESİF HASTALAR:

- Depresyonlu bir hastanın üzerinde hızlı bire etki bırakamadıklarında kendilerini yetersiz hissedebilirler.
- Depresyon yaygınlığı özellikle hemşirelerde yüksek olduğu için, bakım sunan hemşirenin de depresyon öyküsü olabileceği ve hastanın durumuyla kendisini özdeşleştirebilmesinin mümkün olduğu bilinmektedir.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

İNTİHAR GİRİŞİMİ:

- Hemşireler kişisel dini ya da ahlaki inançları nedeniyle intihar eğilimde olan ya da girişimde bulunmuş bireyi zayıf ya da kötü olarak görebilirler.
- Bu hastalarla birlikte iken intihara ilişkin uyarı işaretlerini fark etmesini önleyecek kadar anksiyete hissedebilirler.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

İNTİHAR GİRİŞİMİ:

- Yanlış bir şey söyleme korkusu ya da yetersizlik endişeleri nedeniyle onların intiharlarına katkıda bulunma korkusu ile onlarla ilgilenmekten kaçınabilirler.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

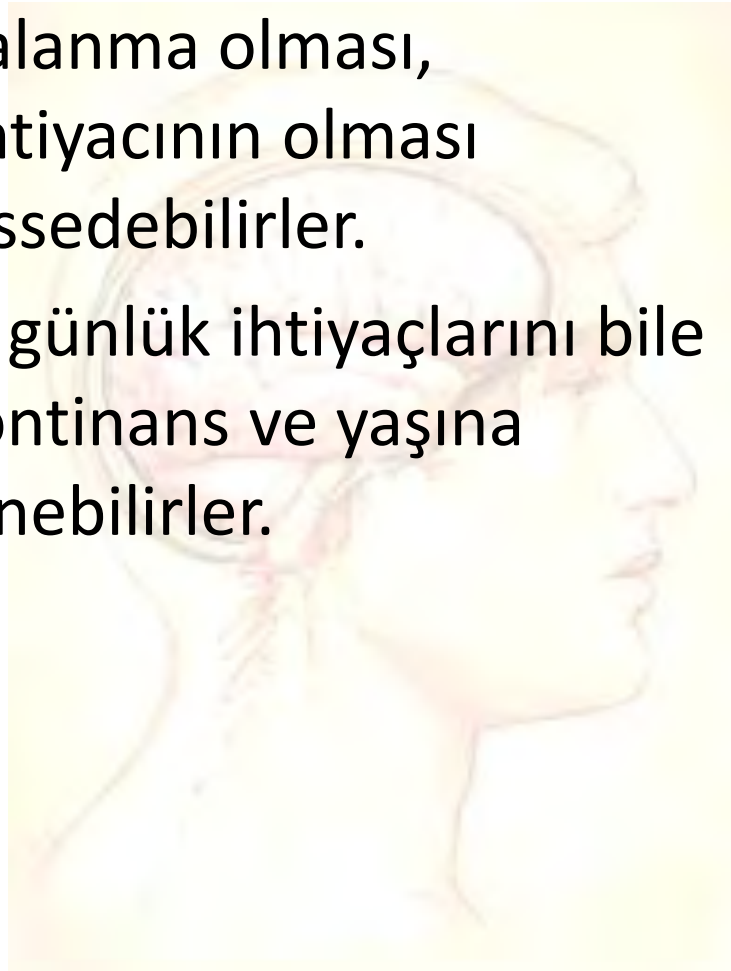
İNTİHAR GİRİŞİMİ:

- Hasta ile intiharı konuşmanın riski arttırdığına inanabilirler.
- Hastanın yaşaması için çocuk ya da iyi bir işe sahip olduğu gibi bir inanca sahipse hastaya tüm bu sahip olduklarına rağmen intihar etmeyi tercih ettiği için sinirlenebilirler.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

DELİRYUM:

- Günlük bilinç düzeyinde dalgalanma olması, görevleri adım adım yapma ihtiyacının olması nedeniyle bıkkın ve çaresiz hissedebilirler.
- Kötü hijyen durumu, en basit günlük ihtiyaçlarını bile yerine getirememe hatta inkontinans ve yaşına uygunsuz davranışlardan iğrenebilirler.



HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

UYUMSUZ
HASTA:

- Hasta ile geçirilen zamanın yararsız gibi görülmesi hayal kırıklığına uğratabilir ya da sinirlendirebilir.
- Diyetine ya da tedavisine uymayan hastayı eleştirebilir ya da yargılayabilir.
- Durumun umutsuz olduğunu düşünebilir ve hastayla iletişim kurmak için en az enerjisini kullanabilir.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

UYUMSUZ HASTA:

- Hasta talimatlarına uymadığı zaman kendisini yetersiz ya da beceriksiz olarak yargılayabilir.
- Hastanın uyumsuzluğundan kendisini sorumlu hissedebilir. Hemşire nihayetinde sağlık sorumluluğunun hastaya ait olduğunu tanımakta zorlanabilir.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

BAĞIMLI – TALEPKAR –
MANUPLATİF HASTA:

- Hemşireler sürekli taleplerle ilgili hayal kırıklığı ve kızgınlık yaşayabilir.
- Hastanın ihtiyaçlarını karşıladığı zaman bir teşekkür y ada ödül bekleyebilir.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

BAĞIMLI – TALEPKAR –
MANUPLATİF HASTA:

- Hastanın tüm beklentilerini karşılayamadığı zaman kendini suçlu hissedebilir ve kendi yeteneklerini sorgulayabilir.
- Cezalandırıcı olabilir ya da hastayı sınırlandırma konusunda çekinebilir.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU OLAN HASTA:

- Hastanın sağlığı ile ilişkili bilgi toplarken, cinsel sağlığına ilişkin tanılama yapma zorunluluğu bulunmasına rağmen, bu sorunun yaşandığını bildiği hastaya yönelik bu konularda çalışmayı utanç verici bulabilir.
- Cinsel işlev konusunda herhangi bir sözlü veya davranışla etkileşime girmekten kaçınarak, hastanın cinselliğini inkar edebilir.

HASTALARA VERİLEN DUYGUSAL YANITLAR

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU OLAN HASTA:

- Hastalara acıyabilir.
- Flört etme gibi hasta davranışlarına karşı kızgınlık kötüleme ve aşağılık duyguları hissedebilirler.

DESTEK SİSTEMLER

Destek sistemleri açısından ekibin en önemli gücü konsültasyondan sağlanmaktadır.

Konsültasyon kelime anlamı ile danışmalığı vurgulamakla birlikte, klinik koşullarda yaygın kullanımı hastanın medikal bakımındaki gereksinimleri karşılamaya odaklıdır.

DESTEK SİSTEMLER

Ancak psikiyatrinin bir üst dalı olarak tanımlanan konsültasyon ve liyezon psikiyatrisinin temel amacı, hasta ve ailenin bütüncül bakımını sağlanmasının yanı sıra bakım ekibinin de kişisel zorlanma ve gereksinimlerinde etkili olarak devreye girmektir.

KLP'NİN TARİHSEL GELİŞİMİ

1920 yıllarında Dünya'da bir anlayış olarak benimsenen ve 1960'lardan sonra bir bilimsel disiplin ve servis olan konsültasyon liyezon psikiyatrisi üniversitemiz hastanelerinde ancak **1989**'dan sonra işlev görmeye başlamış ve çok yakın bir geçmişte bilim dalı olarak kabul edilmiştir.

DESTEK SİSTEMLER

- Konsültasyon: danışmalık (kısa süreli – problem odaklı)
- Hasta – kriz – ekip ve geniş merkezli olmak üzere hizmet sunabilir.

DESTEK SİSTEMLER

- Liyezon ise: Danışmanlık ve takiptir.

Biri psikiyatri olmak üzere dahili ve cerrahi diğer bir bilim dalı ile olan daimi bir akışı temsil eder.

Liyezonda ekipler istek doğrultusunda çağırılmaktan ziyade, diğer kliniğin bir ekip üyesi olarak çalışmakta ve sürecin her basamağında kendi işlevlerini o ekibin bir üyesi gibi sürdürmektedirler.

Bu ekipte;

- Psikiyatrist,
- Liyezon psikiyatri hemşiresi,
- Klinik psikolog,
- Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı yer alır.

KLP işlevlerini;

- **Klinik Hizmet** → **Konsültasyon**
  Liyezon
  Tedavi
- **Eğitim**
- **Araştırma**

Ekibin psikososyal olarak desteklendiği diyaliz ünitelerinde, hastaların da diyalize daha iyi uyum sağladıkları bilinmektedir.

Lipkin M JR.

BU SİSTEMDEN KAÇ KİŞİ YARARLANABİLMEKTEDİR?

DAHA İYİ KOŞULLARDA SÜRDÜRÜLECEK
DAHA İYİ BAKIMLARA…

TEŞEKKÜRLER