

# Yoğun Bakım Şartlarında Deliryum ve Psikiyatrik Sorunlar

**Dr. Işın Baral KULAKSIZOĞLU**

İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

## ÖZET

*Yoğun bakım hizmetleri verilirken farklı etiyolojik sebeplere bağlı olarak pek çok psikiyatrik sorun ortaya çıkabilir. Bu sorunlar hasta, doktor ve aile üçgeninin çeşitli yerlerinden kaynaklanabilir. Hastalar açısından anksiyete, depresyon, ajitasyon, deliryum vb sorun olurken aileler açısından öfke nöbetleri, tedavi ekibi ile uyumsuzluk, depresyon, yas reaksiyonu gibi zorlanmalar ortaya çıkabilir. Tedavi ekibinde ise tükenme, depresyon, madde bağımlılığı ve ikili ilişkilerde bozulma sık görülür. Bu derlemede kısaca bu konular ele alınmıştır.*

*Anahtar kelimeler: depresyon, deliryum, yoğun bakım, tükenme*

Yoğun bakım hizmetleri tıbbin en zorlayıcı ve karmaşık sorunlar içeren alanlarından. Gerek çalışanları gerekse hasta ve hasta yakınları için pek çok stress verici, duygusal ve bedensel olarak tüketici yönleri olabilir. Bu alanda iyi ve kaliteli hizmetlerin sunulabilmesi sadece teknoloji ve insan gücü sorunu değil aynı zamanda da iyi iletişim becerileri, empati yeteneği, duygusal güçlülük ve insani ve ahlaki değerlerin yüksek standardını gerektirmektedir.

Yeterli ve kaliteli hizmet verilmesi klinikler arası işbirliğini de gerekli kılar. Psikiyatrik yardım ve tedavi hizmetleri de yoğun bakımın işlemesi gereken bir alandır. Bu noktada eşzamanlı çalışılacak psikiyatristinde iyi seçilmesi ve bazı özellikleri taşıması gerekir. Örn: İyi bir genel tıbbi bilgi, nöropsikiyatrik hastalıklar konusunda özellikle yeterli bilgi ve deneyim sahibi olması, iyi insan iletişimi yeteneklerinin olması, etik ve deontolojik yaklaşımının yeterli olması ve çok uzun hasta dosyalarını sıkılmadan okumaya hevesli olması gibi..(1)

Yoğun Bakım hizmetlerinin olası psikiyatrik sorunlarını başlıca üç başlık altında ele alabiliriz.

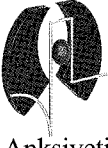
- 1-Hasta kaynaklı sorunlar
- 2-Aile kaynaklı sorunlar
- 3-Tedavi ekibi kaynaklı sorunlar

## Hasta kaynaklı sorunlar:

**İnkâr:** Yoğun bakımı red etme; Akut hastalık kişinin pek çok kamaşık duygulanımı bir arada yaşadığı, kaygı uyandıran bir durumdur. Yoğun bakım gereksinimi olduğunda hastada ölüm korkularının canlandığı ve kaygının en üst düzeye yükseldiği görülebilir. İlk günlerde hastaneden çıkma isteği, tedaviye son verme isteği adaptif bir inkar mekanizmasının bir parçası olabilir. Hastanın aslında hastalığından kaçma isteği ile eş anlamlı olarak değerlendirilebilir. Ancak durumun net olarak açıklanmasından sonra tedavinin ilerleyen günlerinde hala çıkma isteğinin sürmesi mutlaka psikiyatrik olarak değerlendirilmesi gereken bir klinik durumdur.

**Akut Stres Reaksiyonu:** Yaşanan akut yaşam evresiyada hastalık sürecine bağlı olarak bazı kişiler ani ve yoğun tepkiler verebilirler. Bu tepkiler panik atak geçirme, tıbbi tedaviyi reddetme, ajitasyon ve eksitasyon gibi taşkın davranışlar, aşırı duyarsızlaşma, donup kalma, dissosiatif belirtiler, aşırı ağlama veya gülme gibi çeşitlilikler gösterebilir. Kişinin içinde bulunduğu sağlık durumu, sosyal destek sistemleri, kişilik özellikleri, daha önceki acil deneyimleri, tıbbi özgeçmiş gibi faktörler bu tepkilerin türü yada şiddetine yön verebilir. Bu durumda tıbbi tedavi ekibinin soğukkanlılığını koruması acil psikofarmakolojik tedavi düzenlenmesi veya psikiyatrik konsültasyon istenmesi yararlı olacaktır.

**Anksiyete:** Yoğun bakım şartlarında kaygı hem duruma bağlı olarak hemde fiziksel hastalığın özelliklerine doğrudan bağlı bir şekilde ortaya çıkabilir. İlaç yan etkileri, kişinin içinde bulunduğu sosyal konum, daha önceki psikiyatrik öyküsü, hastanın kişilik özellikleri, daha önceki yoğun bakım deneyimleri gibi pek çok faktörde kaygının şiddetini etkiler. Kısa süreli anksiyete adaptif bir süreç olabilir hemen müdahale gerektirmez. Kaygının uzadığı ve kişinin fiziksel durumunun bozulduğu hallerde de iyi anamnez alınması, bilgilendirme ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi, gerektiği durumlarda psikiyatrik konsültasyon yardımcı olabilir.



Anksiyetin uzaması ve klinik durumu domine etmesinin en sık nedeni yetersiz anksiyolitik kullanımıdır. Ayırıcı tanıda hipoksi, hipoglisemi, kanama, yetersiz ağrı kontrolü, akatizi, deliryuma bağlı psikomotor ajitasyon ve irritablite ve toksikasyonlar ve ilaç yan etkileri (kortikosteroidler, antiemetikler, bronkodilatörler vb..) dışlanmalıdır.(1,2,3)

**Depresyon:** Yoğun bakımdaki hastalarda %11-32 sıklıkla görülür. Depresif duygu durum kısa süreli adaptif bir reaksiyon olarak görülebilir Ancak tıbbi durumu tehdit ettiğinde, olumsuz etkiler kişinin durumunu değiştirdiğinde artık tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Genel tıbbi durumu ağır kişilerde depresyonu değerlendirmek hiç kolay değildir. Bu durumda polifarmasiden de kaçınmak için deneyimli bir psikiyatrist ile durumu değerlendirmek önemlidir. Depresif belirtiler şu sebeplerle görülebilir: Deliryum, kişilik özelliği, hastalığa uyum bozukluğu, yeterli bilgilendirilmemiş olmak vb. İyi bir anamnez ve değerlendirme ile kişinin içinde bulunduğu durum uygun destek yaklaşımları ile düzeltiler ve ilaç gereği olmaz. Ancak ilaç gerektiğinde antidepresan ilaçların etki ve yan etkilerini iyi bilmek, diğer ilaçlarla etkileşimini unutmamak gerekir. Yoğun bakımda İV antidepresan kullanımını veya acil durumlarda psikostimülan kullanımını gibitedavi olanaklarında vardır.(4,5,6)

**Akut Ajitasyon ve Eksitasyon:** Organik yada saf psikolojik temellere dayanabilir. Etiyolojik sebepler ilaç yan etkisinden, ağrının şiddetine veya kişilik bozukluğuna kadar değişebilir. İyi anamnez ve iyi nöropsikiyatrik değerlendirme ayırıcı tanın yapılmasına yardımcı olur. Yetersiz ilaç kullanımı(örn.sedatif veya ağrıkesici) veya uygun olmayan konfüzyonu artırıcı ilaçların kullanımı, kognitif olarak yetersiz hastalar (demans), akut konfüzyonel durum ve yetersiz bilgilendirme ensik karşılaşılan nedenlerdir. Nedene yönelik tedavi yapılır.(7,8,9)

Ölmek üzere olan hasta: bir hastanın ölmek üzere olması veya ölmesi hem tıbbi tedavi ekibi hem aile için başa çıkılması zor bir deneyimdir. Bu durumda tedavi ekibinin bu tür durumlarda nasıl davranmaları gerektiği konusunda önceden eğitim almaları son derece yararlıdır ve ekibi koruyucudur. Hastanın kendisi veya ailesi ile konuşma teknikleri hakkında bilgi sahibi olan doktorların daha az sorunla karşılaştığı, daha rahat olduğu ve ekibindeki kişileri daha iyi koruduğu bilinmektedir. Psikiyatrik yardım, önceden bu bilgilendirilmelerin ölümle sıkça karşılaşan acil veya yoğun bakım çalışanlarına eğitim sağlanması veya ölüm gerçekleşirken daha ağırlıklı olarak hasta ailesine yardım ve destek sağlama şeklinde

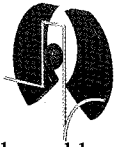
olabilir. Hastalarda bu aşamada deliryum, tedaviye dirençli ağrı, beklenti sıkıntısı, ağır depresyon veya ajitasyon olabilir. Ailelerde ise, şiddetli sıkıntı, çaresizlik, kontrolü kaybetme duygusu, suçluluk yada yetersizlik duyguları, öfke hakim olabilir. Ailelerin bunu ifade etmesine izin verici empatik görüşmeler yapılabilir, acıları paylaşılabilir. Daha önceden uygun bilgilendirilmiş aile uygun başa çıkmaları da geliştirebilir.

- Bu hastalardan ve ailelerden kaçınmamak, onları dinlemek
- Çocukların veya yakınların ziyaretine izin vermek
- Normal visit ve değerlendirmelere devam etmek
- Gereksiz tetkik veya yan etkisi yüksek kemoterapötikler gibi ilaçları kesmek
- Psikişik olarak rahatlama için; hastanın ve ailenin hoca çağırma dua okuma gibi isteklerine izin vermek, kendi inanışları içinde diğer hastaları etkilemeyecek bazı adetlerini yerine getirmelerine veya avukatı ile görüşme isteğine izin vermek,
- Medikal rahatı için; ağrının kesilmesi, hasta istemiyorsa sedatiflerin kesilmesi, varsa konfüzyonel duruma müdahale etmek uygundur.(1,2)

Bağımlılık gelişmesi ve yoğun bakımdan çıkmayı red:Hastalık genel olarak regresif ve kişinin bir anlamda çocuklaştığı bir süreçtir. Hele ciddi hastalık hallerinde yoğun bakım ortamı tamamen bakımın dışardan verildiği ve kişiyi "almaya" çok alıştıran ve ölüm korkusuna karşı kişiyi güven altında hissettiren bir yerdir. Hastaların gereklilik bittiği halde burada kalmayı sürdürmek istenmesi patolojiktir.

Bu noktada gerek ekibin nefes alması gerekse hastanın uyumu için psikiyatrist tarafından davranışçı tekniklerle bazı sorunlar ele alınmalı. Yine ICU transfer sorun olabilir.İnanmama ve anksiyete bu dönemde sıktr.Önceden bilgilendirme gideceği servisin hemşireleri ile önceden tanışma, bir kaç gün önceden monitörden ayrılma ve öyle izlenme uygulanabilir. Anksiyete, destek sistemlerinden gereği kalmadığı halde ayrılmayı zorlaştırabilir.(7,10,11)

**Yoğun bakım psikozu:** İşitsel ve görsel halüsinasyonlar, illizyonlar ve paranoid temalı delüzyonlar en sık görülen belirtilerdir. Tıbbi tedavin aksamasına ve yoğun bakım ortamının bozulmasına yol açarlar Acil psikiyatrik konsültasyon yapılması uygundur. Primer psikotik hastaların yoğun bakım süreçlerinde de psiyatrik bakımın eş zamanlı yapılması önemlidir. Algısal yoksunluk ve gece gündüz ayırımın zorlaşmasına doğrudan bağlı olan psikoz bildirilse de daha sık görülen deliryuma bağlı psikotik belirtilerdir.(1)



**Çeşitli, yoğun bakım merkezlerinde en sık görülen psikiyatrik sendromlar:**

Kardiyak Y.B.	Cerrahi Y.B.	Dahiliye Y.B.
Anksiyete	Delirium	İntihar girişimi
Depresyon	Depresyon	Depresyon
Uyumsuz davranışlar	Psikomotor retardasyon	Öfke
Delirium	Uyum bozuk.	Kişilik boz.
Öfkeli davranışlar	Öfkeli dav.	Delirium
	Taburculuğu red	Madde Bađ.
		Anksiyete

Akut konfüzyonel durum( deliryum) tanı ve tedavisi: Acil tıbbi yardım sırasında varlığının kesinlikle sorgulanması gereken bir sendromdur. Hastanın mortalite ve morbiditesini doğrudan etkiler. Deliryum, genel hastanelerde yatan hastalarda, en sık karşılaşılan nöropsikiyatrik bozukluklardandır. Günümüze kadar "toksik metabolik ensafalopati", "akut beyin sendromu" veya "organik beyin yetmezliği" gibi çeşitli isimler verilmiştir..Deliryum; akut ve subakut gelişen, intrakranial veya ekstrakranial bir sebeple oluşan beyin metabolizma ve işlevlerinde, yaygın ve geçici bir bozukluk olarak tanımlanır.(12) Hastanede yatarak tedavi gören hastalarda %18 ila 25 sıklıkla deliryum bildirilmiştir. Bu oran hastaların primer tedavi eden doktorları tarafından tanınan ve konsültasyon istenen hastaların sıklığını tanımlamaktadır (13)

Fiziksel bir hastalığın seyri sırasında yada bir travma sonrasında, fiziksel hastalığa doğrudan bağlı olarak yada komplikasyon olarak hastalarda görülebilir.Acil birimlerinde, kısa süre içinde gelişen huzursuzluk, anksiyete, ajitasyon, eksitasyon,şaşkınlık, orientasyon kusuru veya tıbbi tedaviyi red etme, halüsinasyon veya hezeyanlar,uyku düzeninde değişiklikler görülürse hastada deliryum olasılığı düşünülmeli ve o yönde dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır.(12,13) Akut konfüzyonel durum hızla ve çoğunlukla gece yerleşir. Semptomların hızlı değişimi ve klinik gidişin dalgalanmalar göstermesi karakteristiktir.(14,15,16)

Başlıca üç klinik formu vardır(17,18,19)

Hiperaktif-Hiperalert Tip; Psikomotor bir hareketlilik çok belirgindir. Dış uyarana reaksiyon fazladır, heyecanlı ve huzursuzdur. Tüm davranışlarına bu yansır. Yatakta kalmak istemez, bağırır, kendisine ve çevresine zarar verecek davranışlarda bulunur. Kooperasyon kurmak güçtür. Artmış otonomik ve sempatik sinir sistem aktiviteleri göze çarpar. Çok belirgin illüzyonları, hallüsinasyonları, hezeyanları vardır. Deliryum tremens en tipik örneğidir.

Hipoaktif-Hipoalert Tip; Tüm psikomotor faaliyette ve uyanıklıkta azalma ile karakterizedir. Bu hastalar

genellikle yatağında yatar, az konuşur. Sık sık uyuklar, çevre ile az ilişki kurar, sanki aldırıyor gibi bir izlenim alınabilir. Halüsinasyon ve illüzyonları olsa bile dikkatten kaçabilir. Hatta depresyon gibi düşünülebilir. Bu vakaların gözden kaçma olasılığı yüksektir. Genel hastanede yatan hastaların % 8'ini depresyonun değerlendirilmesi ve tedavisi için psikiyatriye gönderildiğinde, bu hastaların depresyon değil, çeşitli tiplerde deliryum olduğu bulunmuştur

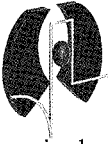
Mixt Tip; Her iki durum düzensiz olarak aynı hastada görülür.Gündüz hipoaktif, gece hiperaktif tip görülen form sıklıkla karşımıza çıkar:

Herhangi bir fiziksel hastalığın seyri sırasında, daha önce tamamen sağlıklı bir kişide de deliryum ortaya çıkabilir. Kişilerin deliryuma girme konusunda bireysel farklılıkları da olabilir. Minimal elektrolit dengesizliği ile deliryuma girebilen hastalar olduğu gibi ciddi intrakranial bir hastalıkta hiçbir deliryum belirtisi göstermeyen hastalarda olabilir.Ancak bazı durumların varlığı kişinin deliryum eşliğini belirgin olarak değiştirerek deliryumun daha kolay yerleşmesini sağlar.(20)Bunlar;

- \*İleri yaşta ve çocukluk çağında olmak,
  - \*Kronik gidişli bir beyin hastalığına sahip olmak(Alzheimer hast vb.),
  - \*Beyin hasarının bulunması(tümör, inme vb.),
  - \*Alkol ve madde bağımlılığı,
  - \*Daha önce deliryumdan geçmiş olmaktır(1,2,20,21)
- Kişide herhangi bir yatkınlık veya başlatıcı bir faktör olmasa organik bir neden bağlı olarak daha önce tamamen sağlıklı ve genç bir kişide deliryum ortaya çıkabilir.Bu durumda oluşan klinik tablonun süresini, ağırlığını ve seyrini belirleyen etkenler vardır(12,13,23):
- 1-Patojen faktörün gücü: etyolojik neden kişinin beyin metabolizmasını ne kadar güçlü bir şekilde değiştirirse deliryum o denli şiddetli ve uzun süreli olabilir. Örneğin, hipoksi veya hipogliseminin derecesi, yanığın genişliği, toksik ajanın niteliği deliryumun klinik seyrini belirleyebilir.

2- Çoğul etyolojik faktör bulunması: eğer bir kişide herbiri tek tek deliryum oluşturmaya yetmeyecek faktörler bir arada bulunursa toplam bir etki ile deliryum ortaya çıkabilir. Bu durum özellikle yaşlı hastalar için ciddi bir sorun teşkil eder. Yine ameliyat sonrası hastalarda pekçok patolojik faktörün birarada görülmesi olabilir. Örneğin, elektrolit dengesizliği, infeksiyon, hipoksi ve anesteziik antikolinerjik madde uygulanması. Sistemik infeksiyonlar ve yanık hastalarında da genellikle çoğul faktörler söz konusudur.

3- Fizyokimyasal iç-ortamın hızlı değişimi: Bu değişim ne kadar hızlı ise deliryum gelişme riski o kadar yüksektir. Kafaiçi basıncın hızlı artışı, kan glikoz ve kalsiyum



seviyelerinin hızlı düşüşü, hızlı gelişen hipoksi veya hiperkapni gibi metabolik homeostazisi hızla bozan nedenler hastalarda deliryuma neden olabilir. elde edilen sonuçlar yavaş geliştiği taktirde deliryuma neden olmayacak derecede hafif değişiklikler iken hızlı değişim metabolizma için zorlayıcı olur.

4- Etiyolojik neden maruz kalınan süre: Deliryum gelişmesi için risk taşıyan bir patolojik faktöre uzun süre maruz kalmak deliryum gelişmesini kaçınılmaz kılar. Bu durumlarda kişide kalıcı organik bir hasar da oluşabilir. Demans, kişilik değişikliği ya da hertürlü kronik organik mental sendrom yerleşebilir.

5- Beyin disfonksiyonun lokalizasyonu ve yaygınlığı: Yaygın metabolizması değişikliğine neden olacak patolojik bir durum varsa (örneğin metabolik ensefalopati) beyin oksidatif metabolizması ve nörotransmitter sentezi kesin olarak etkilenir; deliryum kaçınılmaz olur. Öte yandan özellikle sağ hemisferi tutan fokal lezyonlar d,kkat işlevinde yaptıkları değişiklikle daha fazla deliryuma neden olurlar.

6- Toksik maddenin farmakolojik özellikleri: Belirli ilaçlar ( özellikle antikolinergik ajanlar) yaygın olarak deliryumu ortaya çıkarabilirler. Kişinin ilaçları farmakokinetik olarak metabolize etme gücü ilaç etkileşimleri ve alınan ilacın dozu deliryumun klinik özelliklerini belirleyebilir.

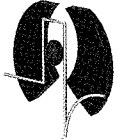
İ.T.F Psikiyatri Anabilim Dalında yapılan bir çalışmada deliryuma sık neden olan hastalıklar arasında kalp ve akciğer hastalıkları % 13.2, kanser %12.6, beyin-damar hastalıkları %10.3 olmak üzere başta geldiği gözlenmiştir. En sık tespit edilen etyolojik neden % 48.9 ile metabolik bozukluklardır. Metabolik sebepler içinde de en sık hiperürisemi ( %22.3), elektrolit düzensizliği (%21.8) ve hipoksi ( %19) olarak tespit edilmiştir. Bu durumu beyine ait vasküler sebepler (%18.4) takip etmekte idi.(5) Aynı birimde daha sonra yapılan bir başka çalışmada ise en sık deliryuma neden olan iki hastalık kanser ( %22.5) ve akut genel travma (%17) olarak tespit edilmiştir. Deliryum tanısı alan hastalarda yine en sıklıkla metabolik nedenlerin ön planda olduğu görülmüştür. Elektrolit dengesizliği % 28.3, hipoksi/hiperkapni % 18, hipo/hiperglisemi % 28 oranında bulunmuştur.Özellikle ameliyat sonrası hastalarında ( %34.4), kronik organ yetmezliği olan hastalarda ( %11.6), poli-travma hastalarında (%10.9) ve terminal dönem kanser hastalarında % 11 oranında multifaktöriyel etyolojik neden belirlenmiştir(16). Görüldüğü gibi çok çeşitli ve farklı nedenler deliryumu ortaya çıkarabilmektedir. Deliryum tedavisinin ilk basamağı olan etyolojik faktörün ortadan kaldırılmasının sağlanabilmesi için de ayrıntılı bir anamnez, dikkatli bir nörolojik ve fizik muayene ve ilgili laboratuvar tetkiklerinin yapılması esastır. Böylece

etyolojik nedenin belirlenmesi sağlanabilir. Bu hastalara hızlı müdahale hastanın gelecekteki morbidite ve mortalitesini doğrudan etkilediğinden büyük önem taşımaktadır Tedavi psikiyatrist ve hastanın primer doktorunun işbirliği ile yapılmalıdır.(12,13) Deliryum uygun tedavi ile geri dönüşümlüdür.Tamamen ve hasar bırakmadan iyileşebilir. Tedavide öncelikle deliryuma neden olan faktörün ortadan kaldırılması gereklidir. Ayrıca ajitasyon hallüsinasyon, konfüzyon gibi belirtilere yönelik farmakoterapiler yapılır. Bu konuda kullanılması gereken ilaç haloperidol'dür.(22) Özellikle uzun etlili diazepam gibi benzodiazepinlerin ilaçların acil şartlarda ortaya çıkan deliryumda tedavi değeri yoktur. Kısa etkili benzodiazepinler ileri ajitasyonların kontrolünde çok seçici olmak şartı ile kullanılabilir.

Ayrıca ailenin ve tedavi ekibinin durum aile başa çıkmayı kolaylaştıracak şekilde bilgilendirilmesi ve sosyal, çevresel düzenlemelerin yapılması gerekir. Örneğin; ziyaretin kısıtlanması, odaya saat konulması,doğru ışıklandırmanın sağlanması vb. Gerek semptomatik gerekse etyolojik tedavinin yetersiz olduğu durumlarda birincil hastalığın morbidite ve mortalitesi artar veya kişide kalıcı beyin hasarı oluşabilir buna bağlı olarak, ciddi kişilik sorunları veya ikincil uyum güçlükleri yaşanabilir. Bu klinik tablonun prodromal belirtilerinin tanınabilmesi ve erken evrelerde tedavi edilebilmesi için riskli hastalıklar ve hastaların önceden yakın takibe alınması gereklidir. (24)

### **Tedavi Ekibi ile İlgili Sorunlar:**

Üzülerek kabul etmeliyizki, ülkemizde yoğun bakım servisleri çalışma şartları ağır, teknik ve mali güçlükler yaşayabilen bölümlerdir. Her ne kadar bu meslekleri kişiler kendi istekleri ile seçiyorlarsa da bu durumu sağlıklı bir şekilde uzun süre götürmek oldukça zordur. Ölüm ve yaşam arasında sık sık gidip gelen hastaların varlığı çabuk ve doğru kararların alındığı, hasta kaybının olduğu bir serviste çalışmak kişilerinde kendilerini, duygu ve düşüncelerini sorgulamasına neden olabilmektedir. Bu bazen daha da “olgunlaşma” ile bazen de depresyon ve tükenme ile sonlanabilmektedir.(25) Normal şartlarda karşılaşılacak zor olaylar, yaralanmalar, acı ve sıkıntılar ve ölüm bu birimlerde çalışanların hayatının önemli bir parçası olabiliyor. Psikiyatrideki “sekonder travmatizasyon” kavramı yani “travmalarla uğraşmaktan hasta olmak” acil servislerde de geçerli ve bu nedenle sağlık ekibinin kendisini koruyup kollaması önemlidir.(26) Tıbbi ekipte sık karşılaşılan stres tepkileri arasında; aşırı sinirlenme, uyku bozuklukları, nedensiz sıkıntı hissi, hastalarla aşırı özdeşleşme iş verimi değişiklikleri, toplumdan uzaklaşma,



alkol kullanımında artma, dikkat eksikliği, kas ve baş ağrıları, çökkün ve enerjisiz hissetme sayılabilir. Bu konudaki koruyucu öneriler: Düzenli beslenme, hastanede 10 dakika aralar verip kendine zaman ayırma, özellikle mesleğin ilk başında, ilk heves ile gereğinden fazla çalışmama, öfke ve duyguların boşaltımı için mutlaka aktif spor ile uğraşma, alkolden uzak durma, hobilere ve yaşama zaman ayırma, bireysel psikoterapi ve danışmanlık alma, gerekirse hastane içi paylaşım grupları oluşturma (Balint grubu), düzenli bir özel yaşam dostlar, tükenme sendromunu tanıma ve erken tedbir alabilme.(1,2,25,26)

Özellikle bölümlerinin sorumlu şeflerine hem kendilerini hem de ekiplerini koruma konusunda önemli görevler düşmektedir. Çabuk karar alabilen, insan ilişkileri iyi olan, tıbbi bilgisi iyi olan, hemşireler ile iyi işbirliği kuran, ekibini tanyan, eğitime ve ekip çalışmasına önem veren şeflerin ekiplerinin acil şartlarında daha başarılı olduğu görülmüştür. Net görev dağılımı, sıcak çalışma ortamı sağlanması, ekip içi destek gruplarının da hizmet kalitesini iyileştirdiği bilinmektedir.

### **Ailelerle İlgili Sorunlar:**

Aileden bir üyenin hastalığı veya hastaneye gelmesine neden olan acil durum tüm aile için bir krizdir Aile içi rollerin hızla değişimi ve destek sistemlerinin işlemeye başlaması gerekir. Kişilerin olduğu gibi ailelerinde çeşitli sosyo-kültürel özellikleri ve karakteristikleri vardır. Acil bir sağlık sorunu sırasındaki tepkileri de bu özelliklerinden şekil alacaktır.(1,2) Ayrıca hasta olan kişinin yaşı, aile içindeki rolü, hastalığın türü ve hayatı tehdit etme derecesi, kronikliği de ailenin vereceği tepkileri değiştirir. Acil şartlarında, sağlık çalışanları ailelere kısa ve net cümlelerle durumu açıklamalıdır. Ne gereksiz ümit vermek ne de umudu yok edip ailenin depresif ve tepkili bir duruma sokulması önerilmez. Ailenin tedaviye yardımcı hale getirilmesi tedavi ekibini de rahatlatır. Aileler stres sırasında her ne kadar durum net ve açık söylene de duymak istediğini duyar. Bu nedenle gereğinde yüksünmeden durum tekrar açıklanmalıdır. Daha sonra tedavi ile ilgili önemli kararları alması aileden isteyebileceğimiz için (örn: resustasyonun devamı gibi) baştan bilmelidirler. Doktorlara net gelen cümleler değil, tıp dışı birine, stres altında, yakını kaybetme ile yüz yüze gelen birine net gelecek cümleler seçilmelidir. Cümleleri gereğinden çok yumuşatmak önemlidir, içeriği de yumuşatacağı için aileler mesajı alamaz. Başlangıçta aile ile deneyimli doktorların konuşması, ekibi koruyucudur, model olunması yararlıdır.(27, 28,29) Yoğun bakım servisinde hastanın kalışı uzadıkça da ailenin tükenme ve depresif belirtiler yaşama olasılığı

artar. Mali zorlanmalar, aile içi değişen roller ve yakının sağlık durumunun ciddiyetini koruması genellikle başlıca zorluk alanlarıdır

Tüm iyi niyetli çalışmalara rağmen disfonksiyonel düzensiz aileler, kişilik problemi olan kişiler yada hastalık karşısında uygun tutum alamayan aileler, maddi sorunu olan aileler ciddi sorun oluştururlar. Bu tür hastalarla başa çıkmak için psikiyatrik yardım alınabilir.(30,31) Başlıca 3 sorun sıktır.

-Hastanın durumunu anlamamakta ısrar eden aileler yada hastaya durumun söylenmemesini isteyen aileler. Eğer aile hastasına durumunun yada tedavi olasılıklarının söylenmesini istemiyorsa bunun anlamı çok korkuyoruz, ne yapacağımızı bilmiyoruzdur. Böyle bir durumda hastaya gerçeğin söylenmesinin gerekliliği ve önemi, bu süreçten sonra gerekirse kendilerine tedavi ekibinin yardımcı olabileceği söylenebilir. Hastalarda durumlarını anlayabilir böylece tedavi konusunda daha iyi bir işbirliğine girebilirler ama bunu aileleri ile tartışmaktan kaçınabilirler. Kendi hakkında karar vermeyecek durumda olan veya beyin ölümü olan veya komadaki hastaların durumunu da aileler anlamakta güçlük çekerler. Bu dönemde deneyimli ekip tarafından bilgilendirme ve duygusal destek sağlanması iyi olur.

### **-Sürekli girip çıkmak isteyen veya kalabalık oluşturan aileler:**

Durum için genellikle hastalığın başında kötü haber alındığında gösterilen bir reaksiyondur. Çaresizlik hissi motor hareketlilik yapar. Bir şey yapamayan ailenin farkında olmadan yaptığı bir çırpınıştır ve genellikle de engellenince arkasından öfke patlaması gelebilir. Hasta yakınlarını sakin bir odaya alıp oturtmak ve durumu onunla net bir şekilde konuşmak gerekir. Bu davranışlarının olası sonuçlarını onlara anlatmak gerekir. Tedavi ekibi ve ailenin ortak bir amaç için çalıştığını vurgulamak ve hastalarının iyiliği için yapılabilecekleri konuşmak uygun olacaktır.

### **- Sürekli tedavi ekibinden talepkar olan aileler:**

Aile hastalığı veya travmanın sonuçlarını kontrol edemeyince çaresizlik ve tepkisellik içinde tıbbi ekibi kontrol etmek ister. Her an nerede olduğunu bilmek, hep hastasının başında durmasını istemek gibi. Bu da ekipte kırgınlık ve öfke yaratır. Aile ve tedavi ekibi arasındaki gerginlikte doğrudan hasta bakımına yansır Bu durumda yapılması gereken aile içinden bir sözcü seçiminin istenmesi tedavi ekibinin sadece onunla görüşmesi, bu kişinin hasta ile ilgili tüm soruların yanıtlanmasıdır.



Vizit ve tedavilerin hiç aksatılmaması, hasta başında bir refakatçi kalmasının sağlanması da diğer çözümler olabilir.(30,31,32)

Yoğun Bakım hizmetlerinin bütüncül bir anlayışla verilmesi, hastalar için psikiyatrik tedavilerinde gereğinde içlenmesi, tüm çalışanlarının psikiyatrik ve psikolojik olası tablolar için eğitim alması, idarecilerin çalışanlarına karşı duyarlılığının yüksek olması, çalışma ortamının her anlamda konforlu hale getirilmesi, hasta yakınlarının da rahat edebileceği yoğun bakım dışında alanlar hazırlanması, hastalar için bilgi broşürlerinin hazırlanması gibi yöntemlerde etkinlik ve kaliteyi artırabilir.

### KAYNAKLAR

1. Cassem NH, Hackett TP: (1978) The setting of intensive care. In Massachusetts General Hospital. Handbook of Genel Hospital Psychiatry eds. By Hackett TP and Cassem NH, p:319-341
2. Wise MG, Cassem NH: (1980) Psychiatric consultation to critical care units. Section 5 Chapter 22; p: 409-413. In: Frances AJ, Hales RE (eds). Review of psychiatry Volume 9, American Psychiatric Press. New York.
3. Goldberd RJ: (1987) Anxiety in medically ill. In: Principles of medical psychiatry Staudemire A, Fogel BS (eds) Harvard University Press. p: 177-205
4. Verboeskey LA, Franco KN: (1993) The relationship between depression and length of stay in general hospital patient. J Clin Psychiatry, 54: 177-181
5. Lyons JS, Hammer JS, Strain JJ: (1986) Timing of psychiatric consultation in general hospital and length of hospital stay. Gen Hosp Psychiatry, 8: 159-162
6. Pasnau R, Fawzy I, Skotzko CE, et al: (1996) Surgery and surgical subspecialties. In Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry eds. Rundell J, Weiss M The American Psychiatric Press, Washington, DC, p: 609-639
7. Johnston M: (1980) Anxiety in surgical patients. Psychol Med. 10: 145-142
8. Lipowski ZJ: (1992) Update on delirium, Psych Clin North Am, 15:335-346
9. Freyhan FA, Giannelli S, O'Connell RA: (1993) Psychiatric complications following open heart surgery. Comprehensive Psychiatry, 12:181-195
10. Grooves JE: (1975) Management of borderline patient on a medical or surgical ward: the psychiatric consultant's role. In J Psychiatry Med., 6:337-347
11. Hackett TP, Weismann AD: (1960) Psychiatric management of operative syndromes-the therapeutic consultation and the effect of non-interpretive intervention. Operative Syndromes, 22: 267-282
12. Lipowski ZJ: (1990) Delirium: Acute Confusional States. Oxford University Press, New York.
13. Lipowski ZJ: (1992) Update on Delirium. Psych Clin N Am 15:335-346.
14. Manos PJ, Wu R: (1997) The Duration of Delirium in Medical and Postoperative Patients Referred for Psychiatric Consultation. Annals of Clinical Psychiatry 9:4.
15. Baral I, Enderer M, Gök Ş, Özkan S: (1995) Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Yönünden Psikiyatri Dışı Kliniklerde Değerlendirilen Deliryum Olguları. Nöropsikiyatri Arşivi 1:.
16. Kulaksızoğlu Baral I, Kaçmaz N., Akkaş S., Özkan S: (1999) Akut konfüzyonel durum: Konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulaması 3P Dergisi yayında.
17. McFarland GK, Wasli E, Gerety EK: (1997) Nursing Diagnoses and Process in Psychiatric Mental Health Nursing, Lippincott-Raven Publishers, 2. Baskı, New York, sayfa:149.
18. Baral I, Gürvit H, Bozfakioğlu S.: Delirium, Akut Konfüzyonel Durum, III. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu "Uluslararası Katılımlı", Pfizer İlaç Sanayi A.Ş., İstanbul (1995), sayfa:158.
19. Liptzin B, Levkoff SE: (1992) An Empirical Study of Delirium Subtypes. Br J Psychiatry 161:843-845.
20. Murray GB: Confusion, (1987) Delirium and Dementia, Handbook of General Hospital Psychiatry, editör: In Hackett TP, Cassem NH, Year Book Medical Publisher, Inc., sayfa:84.
21. Ross CA, Peysen CE, Shapiro I, et al: (1991) Delirium: Phenomenologic and Etiologic Subtypes. Int Psychogeriatr 3:135-147.
22. Levinson JL: (1995) High-dose Intravenous Haloperidol for Agitated Delirium Following Lung Transplantation. Psychosomatics 36:66-68.
23. Pompei P: (1993) Delirium in hospitalized elderly patients. Hosp.Practice 28:69
24. Trzepacz P.T., Teague G., Lipowski L.: (1985) Delirium and other organic mental disorders in general hospital. Gen. Hosp. Psychiatry:7,P:101-106
25. Lesco LM, Massie MJ, Holland JC. (1987) Oncology, (eds.) Stoudemira A, Fogel BS. Principles of Medical Psychiatry. Orlando: Grune & Stratton,:495-520.
26. Massie MJ, Holland JC, Straker N. (1989) Psychotherapeutic Intervention, (eds): Holland JC, Rowland JH, Handbook of Psychoncology: Psychological Care of the Patient with Cancer. New York: Oxford University Press:455.
27. Jacobson P, Holland JC: (1989) Psychological reactions to surgery in Handbook of Psychooncology eds. Holland JC, Rowland JE, New York Oxford University Press, p: 117-133
28. Surman OS, Hackett TP: (1974) Usefulness of psychiatric intervention in patients undergoing cardiac surgery. Arch Gen Psychiatry, 30: 830-835
29. Cassem E., Hackett TP.: (1985) The psychiatric consultation in a coronary care unit. Ann Intern Med 1971,75 : p:353-379
30. Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooymann, N. R. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Knight, B. G., Lutzky, S. M., & Macofsky-Urban, F. (1993). Family Relations, 34, 19-26.
31. A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. The Gerontologist, 33, 240-248.
32. Reis, M. F., Gold, D. P., Andres, D., Markiewicz, D., & Gauthier, S. (1994). Personality Traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. International Journal of Aging and Human Development, 39, 257-271