



# Yeme-içme reddi ve konuşmada azalması olan evde sağlık hastasında psikomotor ve kognitif değerlendirme: Olgu Sunumu

## *Psychomotor and cognitive evaluation in a home-care patient who refuses eating-drinking and speaking: A case report*

Gözde Temiz<sup>1</sup>, Ayşe Sakallı Kani<sup>2</sup>, Serhat Ergün<sup>2</sup>, Burcu Sarıcı<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, Ass. Dr., İstanbul.

<sup>2</sup> Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzm.Dr., İstanbul.

<sup>3</sup> Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ass. Dr., İstanbul.

**İletişim adresi:**

Dr. Gözde Temiz  
gozdetemiz@hotmail.com

Geliş tarihi: 27.10.2017

Kabul tarihi: 29.11.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 30.12.2017

**Alıntı Kodu:** Temiz G., Sakallı Kani A., Ergün S., Sarıcı B. Yeme-içme reddi ve konuşmada azalması olan evde sağlık hastasında psikomotor ve kognitif değerlendirme: Olgu Sunumu Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (4): 100-107. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00496.

## Özet

**Giriş:** Yaşlı nüfusun artması sonucu, birinci basamak hekimlerinin kronik hastalık ve geriyatrik sendromları yönetme becerilerinin gelişmiş olması gerekmektedir. Bu yaş grubunda demans, deliryum ve benzeri bilişsel bozuklukların sık görülmesi sebebiyle bilişsel değerlendirme giderek önem kazanmaktadır. Deliryumun yüksek morbidite ve mortalitesinin olması, birinci basamak hekimlerinin deliryumu tanınması ve gerekli yönlendirmeleri yapmasını gerektirmektedir.

**Olgu:** Üç aydır yeme-içme reddi, konuşmama ve uykusuzluğu bulunan 65 yaşında kadın hastanın yakınları Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri'ne başvurdu. Hasta ev ziyaretinde değerlendirilerek, ruh sağlığı ve hastalıkları ve nöroloji konsültasyonlarının istenmesine ve hasta yakınları ile temasta kalınmasına karar verildi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde hastanın genel durumunun kötü olduğu göz önünde bulundurularak ileri tetkik ve tedavisinin planlanması açısından yatışı uygun görüldü. Yatışı sırasında hastanın geçmiş psikiyatrik öyküsü alınıp, organik etiyojolojiye bağlı psikiyatrik bozukluğu ayırt etmek için tetkikleri planlandı. Parenteral beslenmesi sağlandı ve olanzapin 10mg/gün tedavisi başlandı. Yatışından bir hafta sonra konuşmaya başlayan hastanın şikayetlerine ajitasyon ve agresyon eklendi. Sonrasında yeme içme reddi azalan, ilaç tedavisini kabul eden hastanın oryantasyon ve kooperasyon bozukluğu tümüyle düzeldi. Hastanın tanısının oral alımın azalmasına bağlı olarak gelişen deliryum olduğu düşünüldü. Hasta görüntüleme sonuçları ile poliklinik kontrolüne gelmek üzere olanzapin 10mg/gün tedavisi ile taburcu edildi.

**Tartışma:** Deliryum, hemen hemen her zaman acil müdahale veya hastane yatışı gerektirmektedir. Vakada ilk ev ziyaretinde bakım verenin sosyal destek ihtiyacı tespit edilmiş olup, sistem içerisinde hastanın işlemleri yürütülerek bu ihtiyaca cevap verilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Demans, deliryum, psikiyatrik bozukluk, yaşlı hasta, evde bakım, aile hekimliği

## Summary

**Introduction:** Due to increase in geriatric population, primary care doctors have to develop their management abilities in chronic diseases and geriatric syndromes. Cognitive examination became even more important because, dementia, delirium and other cognitive disorders are frequently uncountered in this age group. Because of the high mortality and morbidity of delirium, primary care doctors have to recognize the clinical appearance of delirium and provide appropriate guidance.

**Case:** The family members of the 65-years-old woman who refuse eating-drinking, speaking and with sleep disturbance for the last three months, applied to Marmara University Pendik Education and Research Hospital Home Care Services. The patient was evaluated at home visit. The team decided to perform psychiatric and neurological consultations and be in contact with the family members. The patient has been evaluated by the psychiatry clinic and decision was to hospitalize the patient because of emergency of her health status. In the hospital stay, the psychiatric history of the patient was clarified. Blood tests and imaging studies were planned for differential diagnosis of psychiatric disorders related to organic causes. Parenteral nutrition was supplied and olanzapine 10mg/day was started. One week later the patient started to speak. She was agitated and aggressive in behavior. Then, eating-drinking defense decayed, she was accepted the oral pharmacotherapy and the orientation-cooperation of the patient came back to normal status. Diagnosis was thought as delirium due to decrease in oral intake. The patient was discharged with olanzapine 10mg/daily orally and outpatient visits were planned.

**Discussion:** Delirium is almost always needs emergent intervention or hospital stay. In the case, the social needs of the caregiver were identified in the first visit and these needs were met with implementing of the procedures in the health care system.

**Keywords:** Dementia, delirium, psychiatric disorder, geriatrics, home-care, family medicine

## Giriş

Yaşlı nüfusun artması ve geriatrist sayısının yetersizliği sebebiyle, birinci basamak hekimlerinin kronik hastalık ve geriyatrik sendromları yönetme becerilerinin gelişmiş olması gerekmektedir.

Yaşlı hasta değerlendirmesi; kişinin kronik hastalıklarının yanı sıra, beslenme, görme-işitme, üriner inkontinans, uyku, polifarmasi, düşme riski, bilişsel işlevler ve çevreyle etkileşim konularını kapsamalıdır.<sup>1</sup> Bireyin özgeçmişi, aile öyküsü, psikososyal öyküsü, hastanın evdeki bireylerle ilişkisi, ihmal ve istismar varlığı mutlaka değerlendirilmelidir.<sup>2</sup> Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının psikiyatrik rahatsızlıkları görme olasılıkları da giderek artmaktadır. Bu yaş grubunda demans (%5),<sup>3</sup> deliryum (%10-20)<sup>4</sup> ve benzeri bilişsel bozuklukların sık görülmesi sebebiyle bilişsel değerlendirme giderek daha fazla önem kazanmakta, birinci basamak hekimi tarafından günlük klinik uygulama yetkinlikleri arasında bilişsel değerlendirmenin önemi giderek artmaktadır.

Demans, hafızada bozulma ve bilişsel işlevlerde kişinin daha önce edindiği işlev düzeyine göre kötüleşme ile seyreden klinik bir sendromdur.<sup>2</sup> Deliryum ise birden başlayıp, genellikle bir aydan daha az süren global kognitif yıkımla birlikte; dikkat, uyku uyanıklık ve psikomotor davranışta bozuklukla belirginleşen, organik bir beyin sendromudur.<sup>5</sup> Demansı olan yaşlıda ani davranış ve mental durum değişikliği deliryumun habercisi olabilmektedir, deliryum ve demans birlikteliği sık görülmektedir.<sup>6</sup> Ayaktan polikliniğe başvuran hastalarda deliryum sıklığı az olmasına rağmen, yaşlı hasta nüfusunun artması ve deliryumun yüksek morbidite ve mortalitesi sebebiyle, birinci basamak hekimlerinin deliryumu tanınması ve gerekli yönlendirmeleri yapması gerekmektedir.<sup>7</sup>

Evde sağlık hizmetleri demansı, nörolojik ve psikiyatrik tanıları olan, yatağa bağımlı olmasa bile, hem

sağlık hem de sosyal açıdan evde sağlık hizmetini gerektiren durumdaki hastalarla sık karşılaşılan ve hekimin hastayı çevresi ve birlikte yaşadığı ailesiyle birlikte değerlendirme imkanı bulduğu klinik bir uygulamadır. Bu olguda “3 aydır yeme içmeyi reddetme, konuşmama ve uykusuzluk” yakınmaları nedeniyle yakınları tarafından evde sağlık hizmetlerine başvuruda bulunulan bir kadın hastanın aile hekimliği tarafından evinde değerlendirilmesi ve bu bağlamda multidisipliner hasta yönetimi anlatılmaktadır.

## Olgu Sunumu

3 aydır yeme-içme reddi, konuşmama ve uykusuzluğu bulunan 65 yaşında kadın hastanın yakınları Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri'ne başvurdu. Hastaya iki doktor ve bir hemşire ekibi ile ev ziyareti düzenlendi. Ekip, hastanın kızı ve eski eşi tarafından karşılandı. Ev zemin katta olup, evin hijyen koşulları kabul edilir düzeydeydi. Hastanın oturma odasında bir yatağı mevcuttu, oda genişti ve güneş alıyordu. Hastanın vücut ve giysi hijyeni normal olarak değerlendirildi, bakım verenlerin ihmal veya istismarı düşünülmeydi. Hastanın birincil bakım vereni olan kızı 32 yaşında bekâr, lise mezunuydu.

Hasta yakını ile yapılan görüşmede depresif duygu durumu olduğu ve sosyal yardıma ihtiyaç duyduğu gözlemlendi. Hastanın çocuğu eskiden annesiyle ilgilenmekten yorulmadığını fakat annesinin yeme-içme reddi olmasından sonra bakım vermekte zorlandığını ifade etti. Diğer çocuklarının bakım istememesi, hastanın durumunun ağırlaşması ve tek kişinin bakmasının zor olması sebebiyle hastanın ve bakım veren çocuğunun hastanın eski eşinin yanına taşınmak zorunda kaldıkları öğrenildi. Hastanın ikincil bakım vereni olan yirmi yıl önce ayrıldığı eski eşinin de hastanın durumundan dolayı depresif ve ajite olduğu gözlemlendi. Hastanın durumunun sonucu yakınlarının çaresizlik duygusu içinde oldukları gözlemlendi. Kızı, birkaç kez acil servise başvurduklarını ve acil servislerde serum

takılarak eve gönderildiğini, servislerin dolu olması sebebiyle hastanın yatışının yapılamadığını ifade etti. Evde bakıma başvurmalarının sebebinin hastanın yatış ihtiyacı olduğunu ve tarafımızca hastaneye yatırılmasının daha kolay olacağını düşünmeleri olduğunu söyledi.

Hastanın kendisi ile iletişim kurulamadı. Göz teması kuran hasta, görüşme içinde konuşmadı. Bu sebeple hastanın yakınlarından alınan öyküsünden son üç aydır yeme-içmesinin giderek azaldığı, yemek için zorladıklarında da reddettiği, geceleri uyuyamadığı, idrar ve dışkı kontrolünü kaybettiği, tuvalete gidemediği ve temizliğinin kızı tarafından yapıldığı ve hiç konuşmadığı anlaşıldı. Hastanın on yıldır demans ve ismini bilmedikleri psikiyatrik rahatsızlık sebebiyle takip edildiği, ek olarak kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), diyabet ve hipertansiyonunun olduğu saptandı. Birkaç kez psikiyatrik sebeplerle hastane yatışı olmuşsa da detayları ev ziyaretinde öğrenilemedi. Hasta essitalopram 15mg 1x1, risperidon 2mg 1x1, ketiapin 100mg 1x1, metformin 1000 mg 2x1, verapamil/trandolapril 240/4mg 1x1 oral ve tiotropium bromür formeterol/budesonid inhaler kullanıyormuş, fakat son üç aydır ilaçlarını almamış. Sigara kullanımı mevcutmuş fakat 3 aydır içmiyormuş.

Hasta fizik muayene sırasında ajite ve agresifti. İncelemede, kaşektik bulundu. Vücutta herhangi bir darp izi veya başka lezyona rastlanmadı. Ateş: 36,4 C°, kan basıncı: 161/95mmHg, nabız:81/dk, solunum sayısı 20/dk, cilt turgor tonusu doğaldı. Solunum sesleri doğal, kalp sesleri doğaldı, ek ses üfürüm duyulmadı. Hastanın yatmayı reddetmesi sebebiyle batın muayenesi yapılamadı, koopere olmaması sebebiyle kas gücü değerlendirilemedi, destek verildiğinde yatağından ayağa kalkıp yürüyebildi. Hastanın ajitasyonu nedeniyle kan tetkiki alınamadı.

Hastanın banyo, tuvalet, kontinans bakımından bağımlı olması ve bakım verenlerin sosyal destek ihtiyacı sebebiyle evde bakım hizmetine kabul edildi.

Hastanın ön tanısında psikiyatrik yakınmasının bir alevlenmesi ya da altta yatan nörolojik patoloji olabileceği düşünüldü. Ağzını açmayı reddeden ve dolayısıyla yeterli beslenemeyen ve sıvı almadığı ifade edilen hastanın ruh sağlığı ve hastalıkları ve nöroloji konsültasyonlarının istenmesine ve hasta yakınları ile temasta kalınmasına karar verildi.

Hasta yakınları tarafından hastaneye getirilen hastanın aynı gün nörolojik ve psikiyatrik ön değerlendirmeleri yapılarak tetkikleri istendi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde hastanın genel durumunun kötü olması nedeniyle ve ileri tetkik-tedavi amacıyla yatışı uygun görüldü, serviste yer olmaması sebebiyle yatış listesine alındı. Yatışa kadar dil altı olanzapin 5mg tedavisi ile evde takip edilmesine, hastanın genel durumunun bozulması halinde acil servise başvurmaya karar verildi. Hasta yakınları ile yapılan telefon görüşmelerinde hastanın ilacı dil altında tutmadığı ve oral alımında değişme olmadığı öğrenildi. Hasta beş gün sonra hastanemizin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları servisine yatırıldı. Klinikte yapılan ayrıntılı muayenesinde hastanın görünümünde öz bakımının kötü olduğu, çökkün görüldüğü, göz teması kurabildiği ancak tutumunun işbirliği içinde olmadığı, koopere olmadığı, motor davranışlarında ajitasyon mevcut olduğu gözlemlendi. Hastanın konuşma hızı doğal, miktarı kısıtlıydı. Düşünce içeriğinde somatik hezeyanları mevcuttu, aktif suisidalite saptanmadı, muhakeme yeteneği bozulmuştu, içgörü yoktu, kişi yönelimi korunmuş, yer-zaman yönelimi bozulmuş, dikkat ve konsantrasyonu bozulmuş, anlık, yakın ve uzak bellek bozulmuş olarak bulundu. Duygu durumu sıkıntılı, uyku ve iştah azalmıştı. Hastanın geçmiş yatışlarına ilişkin epikriz notları yakınlarından istenerek geçmiş psikiyatrik öyküsü aydınlatıldı. Hastanın ilk şikâyetlerinin 1988'de sosyal stresörlerle tetiklenerek başlamış olduğu, aşırı sinirlilik, konuşma hızında artış, uyku süresinde azalma, temizlik aktivitesinde artış şikâyetleri ile başvurduğu Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde bir ay süren

yatışı olduğu öğrenildi. Hasta sonrasında ayaktan takip edilmiş. 2004 yılında kızının suisid girişimi ile vefatı sonrası bayılma hissi, agresyon ve uykusuzluk şikâyetleri ile başvurduğu Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde hastaya bipolar duygulanım bozukluğu tanısı konularak valproik asit, lityum ve klorpromazin tedavisi ile üç yıl takip edilmiş, sonrasında hasta yalnızca klorpromazin kullanmış. En son Ocak 2016'da saldırganlık, sinirlilik, para harcamada artış şikâyetleri ile yatışı yapılan hastaya haloperidol 5 mg, biperiden 5 mg ve ketiapin 300mg/gün tedavisi başlanmış. Bir aylık takip ve tedavi süreci sonunda ani gelişen bilinç değişikliği ve uykuya meyil saptanan hastanın durumu KOAH atak başlangıcında deliryum tablosu lehine düşünülmüş ve tedavisi stoplanmış. Deliryum tablosu gerileyen hastanın tedavisi haloperidol 10mg/gün ve ketiapin 100mg/gün olarak yeniden düzenlenmiş. Oksijen saturasyonu düşüklüğü sebebiyle dış merkez iç hastalıkları kliniğine sevk edilmiş. Sonrasında tedaviye devam edilmemiş.

Hastanın yatışında yapılan psikiyatrik ve fizik muayenesinde organik etiolojiye bağlı psikiyatrik bozukluğu ayırt etmek için tetkikleri planlandı. İlaç kullanımının karaciğer ve böbreğe olası yan etkileri ve diğer sistemik hastalıkların tespiti açısından açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, lipid profili, tiroid fonksiyon testleri, elektrolitler, hepatit ve HIV markerleri, vitamin B12, 25OHD3 ve tam idrar tetkiki yapıldı. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve toraks tomografisi istendi. Beyin MR'da serebral ve serebellar atrofi görüldü, demans ile uyumlu olarak değerlendirildi. Toraks tomografisinde akciğer nodülü saptandı. Kan tetkiklerinde D vitamini eksikliği, demir eksikliği anemisi ve hipopotasemi dışında patoloji saptanmayan hastanın parenteral beslenmesi sağlandı. Gelişinde olanzapin 10mg/gün tedavisi başlandı. Hasta bir hafta sonra konuşmaya başladı. Davranışlarına ajitasyon ve agresyon eklendi. Kooperasyon kısıtlılığı devam etmekteydi. Sonrasında yeme içme reddi azaldı, ilaç tedavisini kabul etti ve

hastanın oryantasyon ve kooperasyonu tam olarak yerine geldi. Demans açısından değerlendirilen hasta mini mental testten 22 puan aldı. Uzun yıllar sigara kullanması sebebiyle göğüs hastalıkları konsültasyonu istendi. Nöropsikiyatrik test (NPT) yapılan hastanın dikkati sürdürme, planlama gibi yürütücü işlevlerde bozulma olduğu, öğrenme ve geri çağırma bozukluk bulunduğu, kayıt ve tanınmanın korunduğu saptandı. Hastaya demans için kraniyal pozitron emisyon tomografi (PET), akciğerde saptanan nodül için ise onkolojik PET çekildi. Genel durumu iyi, vital bulguları normal, bilinç açık, yönelimi tam olarak değerlendirilen hastanın gelişindeki tablosu oral alımın azalmasına bağlı deliryum olarak düşünüldü. Hasta görüntüleme sonuçları ile poliklinik kontrolüne gelmek üzere olanzapin 10mg/gün ile taburcu edildi.

Hastanın bundan sonraki izlemleri Psikiyatri Kliniği tarafından yapıldı. Taburculuk sonrası ikinci haftada hasta poliklinikte görüldü. Görüşmede hastanın disinhibe, sabırsız, regresif ve çocuksu, ses tonunun yüksek olduğu gözlemlendi. Hasta gitmek istediğini ve karnının acıktığını ifade etti. Aktif psikotik bulgu saptanmadı. Olanzapin dozu 15mg/gün olarak yeniden düzenlendi. Sonrasında 1-3 aylık aralıklarla geropsikiyatri polikliniğinde takiplerine devam edilen hastanın yakınlarının uyum göstermemesi sebebiyle kraniyal PET raporu görülemedi. Olanzapin 15mg/gün ile takiplerine devam edildi, takiplerinde ruhsal durum muayenesi normal olarak değerlendirildi.

## Tartışma

Demans ve deliryum ayırımında hastanın bazal durumunun, bakım verenler veya birlikte yaşadığı kişilere yöneltilen sorularla değerlendirilmesi önem taşımaktadır.<sup>[5]</sup> Vakada ailenin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, hasta yönetimi açısından kolaylık sağlamıştır.

Deliryum, hemen hemen her zaman acil müdahale veya hastane yatışı gerektirmektedir.<sup>[5]</sup> Vakada hasta-

da gelişebilecek genel durum bozulması açısından yakınları ile temas halinde olunmuş, sonrasında bir hafta içerisinde servis yatışı sağlanmıştır.

Var olan bilişsel bozukluklar deliryuma yatkınlığı artırmaktadır. Elektrolit bozuklukları, dehidratasyon, üremi, hepatik disfonksiyon, kan şekeri dalgalanmaları, hipoksi, hiperkapni, enfeksiyonlar deliryumun diğer sık rastlanan sebepleridir.<sup>[7]</sup> Bu sebeple kan sayımı, elektrolitler, böbrek ve karaciğer fonksiyonları, akciğer grafisi (özellikle enfeksiyon açısından), EKG (özellikle kardiyak iskemi, enfarktüs açısından), idrar tahlili (idrar yolu enfeksiyonu açısından) yapılmalıdır. Etiyoloji bulunamazsa lomber ponksiyon, tiroid fonksiyonları, vitamin B12, folat düzeyleri, toksikoloji ve ilaç düzeyleri, EEG, nöro-görüntüleme gibi daha ileri testler yapılabilir.<sup>[5]</sup> Vakada etiyoloji araştırmaya yönelik testlerin tümü yapılmış olup, sık görülen sebeplerden dehidratasyon ve hipopotasemi saptanmıştır.

Deliryum tedavisinin temelini non-farmakolojik tedavi oluşturmaktadır.<sup>[6]</sup> Yani deliryumun sebebi saptanarak bu sebebin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Vakada parenteral beslenmesi sağlanan hastanın kilo aldığı ve hipoaktif deliryum tablosunun on gün içerisinde gerilemeye başladığı görülmüştür.

Farmakolojik ajanlardan atipik antipsikotikler şizofreni ve bipolar bozukluk tedavisinde etkin olup, iyi tolere edilmektedirler. Deliryumda, risperidon, olanzapin ve klozapin gibi atipik antipsikotikler, psikotik durumların yanı sıra, psikotik durumlar dışındaki ajitasyon ve agresyonlarda ve demansta görülen psikotik ve davranışsal semptomların tedavisinde de kullanılmaktadır.<sup>[5]</sup> Vakada kullanılan olanzapin, hasta tarafından hem iyi tolere edilmiş, hem de tedavi sürecinde iyi yanıt alınmasını sağlamıştır.

Bipolar affektif bozukluğu olan hastalarda hastalık ve olumsuz aile işlevleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur.<sup>[6]</sup> Vakada kişinin bipolar bozukluk tanısı al-

ması ve sonrasındaki bozulmuş aile ilişkileri buna bir örnek oluşturmaktadır.

Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan bireylere bakım verenlerin, yaşlanma ve bakım süresinin uzamasıyla birlikte ruhsal sağlık sorunu gelişme riskinin arttığı bilinen bir gerçektir.<sup>[8]</sup> Duman ve Bademli'nin yaptığı sistematik derlemede ailelerin ruhsal sağlık durumları ile ilgili tanımlayıcı çalışmalar ve bakım verenlere yönelik uygulanan çeşitli psiko-eğitim müdahalelerinin etkilerini araştıran deneysel çalışmalar incelenmiştir. Tanımlayıcı çalışmalarda, kişinin baş etme yöntemi olarak kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı kullanmasının, bakım verende ruhsal sağlık sorunu bulunma riskini azalttığı görülmüştür. Deneysel çalışmalarda, müdahale grubundaki bakım verenlerin aile işlevlerinde ve problem çözme becerilerinde artış bulunmuştur.<sup>[9]</sup>

Vakada ilk ev ziyaretinde bakım verenin sosyal destek ihtiyacı tespit edilmiş olup, sistem içerisinde hastanın işlemleri yürütülerek bu ihtiyaca cevap verilmiştir. Evde sağlık hizmetleri ülkemizde daha çok hastanelerde organize olan sağlık ekiplerince, gerek aile hekimlerinin yönlendirmesi, gerekse bireylerin doğrudan kendi başvurularına dayanarak gerçekleştirilen hizmetlerdir. Sağlık ekiplerinde hemşire gibi hekim dışı sağlık personelinin yanı sıra çeşitli uzmanlık alanlarından hekimler yer almaktadır. Aile Hekimliği klinikleri bu alanda en çok hekim çalıştıran kliniklerdir. Aile Hekimliği uzman ve asistanları görev aldıkları bu hizmetlere aile hekimliğine özgü kapsamlı bakış açısını yansıtmakta, bu da hastaların kendi ortamı ve ailesi içinde bütüncül olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır.<sup>[10]</sup> Bu olguda da aile hekimliği uzman ve asistanı tarafından görülen hastaya kapsamlı değerlendirme yapılmış, hastanede izlemi sağlanmış, böylece hastanın öyküsüyle bütünleşen tedavisinin düzenlenmesi sağlanmıştır.

Miller ve Mangione'un olgu sunumunda<sup>[11]</sup> düşme

sonucu oluşan kırık sebebiyle hastanede yatan ve taburculuk sonrası evde fizik tedavi almaya başlayan 93 yaşında kadın hastanın evde gelişen deliryum tablosu incelenmiştir. Hastanın fizik tedavisine, hastanın ailesi ile birlikte yaptığı tatil planı sebebiyle iki hafta ara verilmiştir. İki hafta sonra ev ziyaretini yapan fizyoterapist, hastanın sorulara tek kelimelik cevaplar verdiğini fark etmiştir. Yakınlarına bu durum ile ilgili sorgulama yaptığında, hastanın bir haftadır konuşmasında ve yeme-içmesinde azalma olduğunu ve günlük aktivitelerinde eskisinden daha fazla bağımlı hale geldiğini öğrenmiştir. Fizyoterapist hastanın kapsamlı değerlendirme ihtiyacı olduğunu düşünerek aile hekimi ile temasa geçmek istemiş, fakat hekime ulaşamamıştır. Hasta yakınlarına dönüş yaparak acil servise başvurmaları konusunda bilgilendirmiştir. Hastanın hastanede yapılan değerlendirmesinde, anemi, hiponatremi ve kreatinin yüksekliği saptanmış, dehidratasyona bağlı gelişen deliryum tanısı almıştır. Olgu, evde sağlık hizmeti veren hekim dışı sağlık personelinin de deliryum farkındalığına sahip olması gerektiğini ve hasta yakınları ile işbirliği yapmanın önemini göstermektedir. Ancak bu olguda evde sağlık hizmetlerine başvuru sayısı fazla olan bir bölgede

çalışılması sebebiyle, hasta taburcu olduktan sonra kendi aile hekimi ile irtibat kurularak takip edilmesi sağlanamamıştır.

### Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak hastane temelli evde sağlık hizmetleri sırasında çok çeşitli klinik sorunları olan hasta tipleriyle karşılaşmakta ve sınırlı bir sağlık yardımı yapılabilmektedir. Hastanın oturduğu yere yakın olan, onu sürekli izleyebilecek bir aile hekimiyle işbirliği yapılması, hastanın evde tedavisinin de başarısını sağlayacak ve yeni atakların gelişmesini engelleyecektir.

Bu tür kronik psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların uzun süreli ve düzenli izlemi, kayıtların düzenli tutulması bu hastaların ilaca uyum, ilaç tedavileri ve hastalık sürecinin yakın izlemi gibi konularda klinik araştırmaların yapılmasını da mümkün kılacaktır. Gerek evde sağlık hizmetlerinde, gerekse aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerine, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine, psikiyatrik hastaların birinci basamakta izlemi açısından kolaylık sağlayacak algoritmaların oluşturulmasına da katkı sağlayacaktır. Evde sağlık hizmetleri klinik ortamlarda kapsamlı öğrenme için önemli bir eğitim fırsatıdır.



## Kaynaklar

1. Tran HT, Leonard SD. Geriatric Assessment for Primary Care Providers. Prim Care Clin Office Pract 2017; 44:399-411.
2. Bashir M, Holroyd S. Caring for the Elderly Female Psychiatric Patient. Psychiatr Clin N Am 2010;33:475-85.
3. Hebert LE et al. Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 census. Arch Neurol 2013; 60(8):1119-22.
4. Aydoğan Ü ve Koç B. Temel Aile Hekimliği. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2016: 383.
5. Kaya E ve ark. Deliryum. Okmeydanı Tıp Dergisi 2013; 29(2):70-4.
6. Esther S et al. Delirium in Older Persons Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA 2017; 318(12):1161-74.
7. Setters B, Laurence MS. Delirium. Prim Care Clin Office Pract 2017;44:541-59.
8. Atagün Mİ ve ark. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(3):513-52.
9. Duman ZK, Bademli K. Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistemik Bir İnceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5(1):78-94.
10. Mcwhinney IR, Freeman T. Aile Hekimliği. Çev. Ed. Güldal D. İstanbul, Medikal Akademi, 2012:363-74.
11. Miller AH, Mangione KK. Does Delirium Need Immediate Medical Referral in a Frail, Homebound Elder? Journal of Geriatric Physical Therapy 2006;29(2):57-63.

**Ahntı Kodu:** Temiz G., Sakallı Kani A., Ergün S., Sarıcı B. Yeme-içme reddi ve konuşmada azalması olan evde sağlık hastasında psikomotor ve kognitif değerlendirme: Olgu Sunumu Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (4): 100-107. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00496.