

Gelişimsel ve Durumsal Krize Müdahale: Olgu Sunumu

Developmental and Situational Crisis Intervention: A Case Study

Arzu AYDOĞDU, Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM, Mine ÖZKAN, Sedat ÖZKAN

ÖZET

Kriz, çeşitli duygusal zorlanmalar sonunda meydana gelen akut ve süresi sınırlı bir denge bozukluğudur. Bireyin yaşam süresi boyunca meydana gelen beklenen yaşam olayları gelişimsel krizleri, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü tehdit eden olaylar durumsal krizleri ortaya çıkarmaktadır. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi'nde de özellikle Kadın Doğum ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile işbirliğinde her iki krizi yaşayan hastalarla karşılaşılmaktadır. Böyle bir olgu olan kadın hasta, 30 yaşında, 9 haftalık IVF tedavisi sonrası ektopik gebelik gelişmesi nedeniyle, yoğun ilaç ve cerrahi müdahalelerle abortus sağlanmaya çalışılan, 34 gündür klinikte yatışı devam eden, sol overini kaybetme riski yüksek bir hastadır. Ayrıca yakın dönem iş kaybı, aile ve eş ilişkilerinin bozulması, suisid girişimiyle abla kaybı, sağ over kaybı, çocukluk, ergenlik döneminde yaşanan travmalar, ilk evliliğinde şiddet deneyimi, intihar girişimi ve boşanması gibi durumsal krizleri de mevcuttur. Bu yazıda olgunun krize müdahale süreci anlatılmıştır.

Anahtar sözcükler: Kriz; konsültasyon Liyezon psikiyatrisi; KLP hemşiresi.

SUMMARY

A crisis is an acute and short-term upset of an individual's equilibrium as a result of various sources of emotional stress. Life events that are expected to occur during an individual's life cycle constitute developmental crises, while situational crises emerge out of events that threaten an individual's biological, psychological or social integrity. Patients who suffer from both types of crises are frequently encountered in Consultation-Liaison Psychiatry, especially when in collaboration with the Obstetrics and Gynecology Department. A 30 year old female patient, developed an ectopic pregnancy after nine weeks of IVF treatment and was admitted to the hospital's inpatient unit for 34 days while efforts to terminate the pregnancy with intensive drug and surgical interventions continued. The patient was at high risk of losing her left ovary. She was also suffering from a series of situational crises including recent loss-of-employment, deterioration of family and spousal ties, her sister's death following suicide, loss of the right ovary, trauma experienced during childhood and adolescence, a history of violence during her first marriage, a suicide attempt and her divorce. This paper describes the crisis intervention process for the patient.

Key words: Crisis; Consultation Liaison psychiatry; KLP nurse.

Her insan yaşamının belirli yaşlarında kriz yaşayabilir. Krizi ortaya çıkaran etmen, mevcut olan sorunu birden akut hale getiren ve bardağı taşıran son damladır. Böyle bir kriz anında kişi çok çabuk bir şey yapması gerektiğini hissetmesine rağmen ne yapacağını bilememektedir. Belli bir olayı izleyen ve hayati önem taşıyan kritik bir dönem olarak tanımlanan kriz, çeşitli duygusal zorlanmalar sonunda meydana gelen akut ve süresi sınırlı bir denge bozukluğudur. Denge ne

kadar şiddetli bozulursa yeni dengenin kurulması yani krizin atlatılması da o oranda zaman alır, zorlayıcı olabilir.^[1-3]

Krizin genel olarak gelişimsel ve durumsal krizler olmak üzere iki türü vardır. Gelişimsel krizler; bireyin yaşam sürecince meydana gelen, beklenen yaşam olaylarıdır. Evlenme, gebelik, çocuk sahibi olma, emeklilik gibi bir yaşam döneminden diğerine geçiş yaşantılarıyla ilişkilidir.^[1,3,4] Durumsal krizler önceden kestirilemeyen, bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal bütünlüğünü tehdit eden, hastalık, kaza, ameliyat, ölüm, ilaç veya alkol bağımlılığı, iş kaybı, depresyon, savaş gibi travmatik stresli olayların yaşanması ile ortaya çıkar.^[3,4]

Her kriz farklıdır, fakat tüm krizler kriz reaksiyonlarını azaltmak, durdurmak ve etkilenen bireyleri kriz öncesi fonksiyonlarına geri getirmek için acil müdahale gerektirir.^[5] Kriz durumu, kişiye hem kendini geliştirebilme şansını veren, hem de ruh sağlığını etkileyebilen geçici bir dönemdir. Eğer olumlu sonuçlanırsa, kişi daha güçlenmiş ve yeni başa çıkma becerileri öğrenmiş olarak çıkar ve gelecekteki kriz-

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı,
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul

İletişim (Correspondence): Dr. Arzu AYDOĞDU.
e-posta (e-mail): arzuaydogdu@yahoo.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(2):92-97
Journal of Psychiatric Nursing 2012;3(2):92-97

Doi: 10.5505/phd.2012.19483

Geliş tarihi (Submitted): 22.10.2012 **Kabul tarihi (Accepted):** 25.01.2013

lerde bunları kullanabilir. Ama eğer olumsuz sonuçlandıysa, daha kötü bir uyuma, olası ruhsal bozukluğa ve intihara götürebilir.^[4,6]

Krize müdahale, acil problem çözmeye ve pozitif, adaptif çözümü kolaylaştırmak için duygusal dengeyi tekrar kurmaya odaklanan, kısa süreli aktif destektir. Krize müdahale özel bir önem ve dikkat ister.^[4,7,8] Literatürde çeşitli krize müdahale modelleri ve yöntemler yer almaktadır. İlki, Caplan tarafından ortaya atılan denge modelidir. Bu model, bireyin kendisi ile sosyal çevresi arasında etkileşimini oluşturan bir dengenin varlığından bahseder. Albert Ellis, Donald Meichenbaum ve Aron T. Beck tarafından geliştirilen bilişsel modele göre, kriz durumlarında bireyin bilgi işleme süreçlerinde dolayısıyla da düşünce sisteminde aşırı genellemeler, ciddi bozulmalar ve çarpıtmalar olmaktadır. Böylece bireyin yaptığı yüklemeler, çıkarımlarında da, başına gelenleri muhakeme etme, değerlendirme ve yordama süreçlerinde de bozulmalar olduğu vurgulanır. Kriz durumunun psikososyal geçiş dönemlerinden yola çıkılarak değerlendirilen psikososyal geçiş modeline göre, birey genleri ve kuşaklar boyu öğrenmeleri olan bir organizma olarak ele alınır. Bu model hem gelişimsel ekolojik modeli, hem de bağlamsal ekolojik modeli kapsar. Gelişimsel ekolojik modelde, gelişim dönemleri ile krizdeki bireyin sosyal çevresinde var olup, kriz durumunun oluşmasına katkıda bulunan faktörler önemlidir. Bağlamsal ekolojik modelde, krizin oluşmasına katkıda bulunan bağlamsal sosyal çevre elementleri üzerinde durulmaktadır.^[7,9] Travmatik bir olayı başlangıçta ele almak için Roberts tarafından ACT modeli tasarlanmıştır. Bu modelde mevcut problem acil psikiyatrik, tıbbi gereksinimler ve travma tanılamayı içerecek biçimde değerlendirilir (Assesment). Kurumsal sosyal desteklere yönlendirilir (Connecting) ve travmatik reaksiyonlar değerlendirilir (Traumatic). Model yedi aşamayı içerir: biyopsikososyal kriz değerlendirmesi, terapötik ilişki, krizin boyutlarını tanımlama, duyguların ifadesinin sağlanması, geçmiş başa çıkma stratejileri ve alternatiflerin tespiti, eylem ve takip planı oluşturma.^[5,9] Üç dinleme ve üç eylem adımını içeren Gilliland'ın 6-adım modeli yararlı bir krize müdahale modelidir. Dinlemenin önemli elementleri dikkat, gözlem, anlama, yargılamama, empatiyle tepki verme, özgünlük, saygı, kabul ve bakımdır. Dinleme adımlarında problem tanımı yapılır, danışanın güvenliği ve destek sağlanır. Eylem adımları direktif olmayan ve işbirliği içinde danışanın çevresel desteği kadar tanımlanan gereksinimleri ele alınır. Alternatiflerin incelenmesi, planlama yapılması ve sorumluluk alarak katılması konusunda anlaşılması eylem adımlarında gerçekleştirilir. Dass-Brailsford tarafından, modellerin entegrasyonu ve toplum psikolojisinin katkısıyla elde edildiği bildirilen güçlendirme modeli geliştirilmiştir. Bu model müdahale öncesi, tanılama ve sonlandırma adımlarını içerir.^[5,9] Benzer biçimde Sayıl

krize müdahale sürecini üç evrede açıklamıştır; başlangıç, orta ve sonuçlandırma evresi. Olgunun krize müdahale yaklaşımında da kullanılan bu süreç aşağıda daha detaylı açıklanmıştır.^[4,6-8]

1. Başlangıç Evresi (1. Görüşme): Problemin belirlenmesini ve terapötik amaçların formülasyonunu içerir. Bilgi alma, değerlendirme ve terapötik yaklaşım bir arada kullanılan yöntemlerdir. Şimdi ve burada ilkesi çerçevesinde krize neden olan olayın detaylı anlatılması sağlanır. Olayın nasıl başladığı, nasıl geliştiği belirlenir. Bireyin olayı nasıl algıladığı, onun için anlamı ve gerçekçi ele alıp almadığı değerlendirilir. Durumun bireyi ne denli yaşamdan kopardığı araştırılır. İntihar düşüncesi, planı, risk faktörleri değerlendirilir ve risk varsa öncelikle ele alınır. En önemli sorun nedir ve nereden başlamak gerekir? sorularına birlikte cevap aranır. Bu evreden sonra yapılacaklar ile ilgili kontrat yapılır.

2. Orta Evre (2-5. Görüşme): İlk görüşmeyi izleyen aşamadır, sosyal destek sistemlerinin yeterliliği ve başa çıkma mekanizmaları gibi konular görüşülür. Son durum ve yakın geçmişle, olayın ve mevcut durumun bağlantıları değerlendirilir. Olayın etkileri yeniden konuşulur ve değerlendirilir. Bu aşamada krizdeki bireyin benlik saygısı, kayıpları üzerinde durulur. Davranışlarındaki değişim gözden geçirilir. Görüşmeler boyunca fikir birliğine varılan noktalar hatırlatılır.

Geçmişteki sorunları, kullandığı başa çıkma yöntemlerinin etkileri, zararları ve faydaları konuşulur. Etkili başa çıkma yöntemlerini uygulamasına rehberlik edilir. Sosyal destek sistemleri harekete geçirilir. Yeni başarılar deneyimlemesi için kısa zamanda uygulanmak üzere görevler verilir. Mevcut başarıları vurgulanır ve benzerlikler kurulmaya çalışılır. Çözümler için cesaretlendirilir. Çözümün krizdeki bireyde olduğu fikri desteklenir.

3. Sonuçlandırma (6. Görüşme): Bazı durumlarda bu seans iki seans olarak yapılabilmektedir. Geçmiş görüşmeler gözden geçirilir. Sonlandırma ile ilgili dirençler üzerinde çalışılır. Kat edilen yol, gelişimleri, değişimleri, ana konu ve etkin yaklaşımlar gözden geçirilir. Görüşmeler süresince yaptığı ödevler ve görevler vurgulanarak başarı deneyimleri yaşaması sağlanır. Bireysel fonksiyonları kriz öncesi düzeyine dönmüştür. Gelecek planlanır. Yaşamında bir dönemin zorlanarak çözümlense de kapandığı vurgulanır. Kontrol randevusu verilir. Eğer bireyin fonksiyonları eskisine dönmediyse kriz çözülmemiş olarak kabul edilir ve yeni müdahaleler planlanır.

Hemşireler sağlık hizmetlerinde değişik kriz durumlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Hastalık tanısı almış olmak ve hastaneye yatış, hasta ve ailesi için önemli bir kriz nedendir. Özellikle kadın doğum, acil birimler, pediatri, geriatri gibi bazı alanlar "krize aday" hasta ve yakınları ile doludur.^[3] Bu alanlardaki sorunlar da Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

(KLP) ekibi ile disiplin içi ve disiplinler arası işbirliği içinde sağlıklı çözümlere ulaşılmaya çalışılır. Bu yazıda, tek overini kaybetme riski yaşayan bir gebe kadının yaşadığı kriz süreci-ne müdahale yaklaşımı anlatılmıştır.

Olgu Sunumu

DS, 30 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, 9 haftalık IVF tedavisi sonrası ektopik gebelik gelişmesi nedeniyle, 34 günlük yatışında yoğun ilaç ve cerrahi müdahalelerle abortus sağlanmaya çalışılan, sol overini kaybetme riski yüksek bir hastadır. “*Mood çökkünlüğü*” nedeniyle konsültasyon talebi sonrası yapılan psikiyatrik değerlendirmede yüksek intihar riski belirlenmiş, “*majör depresyon*” tanısıyla psikofarmakoterapi ve psikososyal bakımla takip önerilmiştir.

Olgu hakkında veriler ve hemşirelik tanıları;

Kooperasyon ve Görüşmeye Yönelik Tutum. Çekimser, duygudurumu depresif ve kaygılı, duygulanım sıkıntılı, huzursuz, gergin, öz bakımı yetersiz, dikkati dağınık, intihar düşünce ve niyeti yoğun ve ağırları mevcut.

Gelişim Dönemi Özellikleri. 5 kardeş 2. çocuk, 2 yaşında ailesiyle İstanbul’a göç, 12 yaşında okuldan isteği dışında alınarak erken iş hayatına atılmak zorunda kalması, aile içi fiziksel ve duygusal şiddet, 16 yaşında onaylanmayan kaçarak evlilik. 18 yaşında fiziksel şiddet nedeniyle ailesi tarafından onaylanmayan boşanma, sığındığı enişteden fiziksel-cinsel istismar, aynı yaşta intihar girişimi, 19 yaşında yanında kaldığı ablanın intiharı nedeniyle kaybı, sonrasında evden kaçıp çalışmaya (çocuk bakımı) başlama.

Tıbbi-Psikiyatrik özgeçmişi. Travmatik yaşam öyküsü, şiddet, istismar, 18 yaşında intihar girişimi, atlatılamamış yas süreci, 23 yaşında sağ overde myom nedeniyle oofektomi ameliyatı, daha önce psikiyatrik tedavi almamış.

Soy geçmişi. Abla 30 yaşında ası yoluyla intihar ederek ölmüş.

Hastalık dışında ek psikososyal stres faktörleri, 26 yaşında eşinin ailesinin istemediği 2. evlilik, 1 yıl önce eşle kurulan ortak işin kaybı, mali sıkıntı, kayınpederinin yanlarına taşınması. Bir yıldır yoğun bebek isteği ve hamilelik için uğraşı ve tedaviler. Eşiyle iletişim sorunları, ailesiyle iletişimi çok sınırlı, babayla hiç görüşmüyor, sosyal desteği arkadaşları dışında yetersiz.

Gelecek ile İlgili Planları. Çocuk sahibi olmak

Hemşirelik Tanıları. İntihar riski, Etkisiz baş etme, Aile içi ilişkilerde bozulma, Strese bağlı aşırı yüklenme, Bireysel bakımda eksiklik, Kişisel dirençte azalma, Güçsüzlük, Umut-suzluk, Sorunlu yas tutma, Kişisel direnci güçlendirme isteği, Yalnızlık riski.

Serviste yattığı süreçte, tıbbi operasyon ve müdahaleler devam ederken 2 hafta boyunca 7 görüşme yapılmış olup bu

görüşmelerde;

Başlangıç evresinde

Birinci görüşme. DS tanışma sonrası, KLP hemşiresi ile görüşme isteğini kabul etmek istemedi ama uygun ayrı bir oda olduğu belirtildikten sonra görüşmeyi kabul etti. Olgunun kendini rahat ifade edebilmesi için birebir görüşme ortamı sağlandıktan sonra yapılan terapötik görüşmede hastanın kendini tanıtmayı istendi ve servise yatış nedeni soruldu. Hasta durumuyla ilgili kaygılarını, korkularını ve suçluluk duygularını şöyle ifade etti:

“*Otuz dört gündür yatıyorum. Yumurtalığımı kurtaracaklarını söylediler ama durum değişmedi. Şimdi de ameliyatla tek olan yumurtalığımı almak istiyorlar. Almazlarsa ölmüşüm. Alırlarsa da ben kendimi öldürürüm. Bir daha çocuk yapma şansımı elimden alırlarsa kendimi öldürürüm. Çocukları çok seviyorum. Bunun altından kalkamam. Birkaç yıl önce kist nedeniyle yumurtalıklarımın birini aldılar. Almayabilirlermiş. Beni uyarmadılar. Araştırmadım hata ettim çok suçluluk duyuyorum*”.

Hastanın kendine zarar verme düşüncesi nedeniyle intihar risk tanınması yapıldı. Bebekle ilgili beklentilerinin farkında olması, sosyal destek eksikliği, geçmişte yaşadığı travmatik öykü, önceki intihar girişimi ve şu andaki yaşam koşulları, ilişkileri hakkında yukarıdaki bilgiler elde edildi. Birçok sorunla karşı karşıya kaldığı bu dönemde aniden bebeğe karar vermesi dikkat çekiciydi.

Servis çalışanları intihar riski konusunda bilgilendirildi, güvenli ortam sağlamak amacıyla kesici, delici aletlerin, ilaçların yanına bırakılmaması, 24 saat gözetim altında tutulması, yatağının cam kenarından kapı tarafına alınması, hemşire bankosuna yakın bir odaya alınması, yanında sürekli bir yakınının olması gibi ortamda gerekli tedbirlerin alınması sağlandı.^[10-12]

İkinci görüşme. Eşi, ailesi ve çevresiyle ilişkilerine, yaşadığı zorluklara, çatışmalara odaklandı. Yaşadıklarını sürekli ağlayarak anlatıyordu. İfade ettiği bazı cümleler şöyleydi: “*12 yaşında okumak istememe rağmen babam beni okuldan alıp çalışmak için tekstil atölyesine gönderdi. Biz çalışıyorduk o evde oturuyordu. Babamdan nefret ettim, uzun zamandır görüşmüyorum. Ortaokulu çok sonra dışarıdan bitirdim*”.

“*Bir aydır burada yalnız kalıyorum. Ailemden başımda kalacak kimsem yok. Onların da sağlık sorunları var ama hiç arayıp sormuyorlar. Şimdiye kadar ailemden kimse benle ilgilenmedi. Zaten hep yalnızdım. Beni hep güçlü zannediyorlar ama değilim. Şimdiye kadar kimseden destek almadım ama hep kullanıldım*”.

“*Eşimle de tartıştım. Anestezi olacağımı söyledim. Gelemeyeceğini söyledi. Kavgalı olduğum kayınpademi göndermek istedim, kavgaya ettik*”.

Geçmişi ve ilişkileri hakkında hasta bu görüşme ve

sonrasında daha fazla kendini açtı, yardım almaya daha istekliydi.

Görüşme sırasında kayınvalidesi hastaneye geldi ve DS onunla tartışmaya başladı. Tartışmaya müdahale edilerek sonlandırıldı, odasına kadar eşlik edilerek yanında olundu. Arkadaşından yanında kalması istendi. DS ve arkadaşı bunu kabul etti. Ertesi gün için görüşme randevusu verilerek görüşme sonlandırıldı.

Orta evrede

Üçüncü görüşmede DS daha sakin görünüyordu. Akşam arkadaşı yanında kalınca rahatladığını ifade etti. Ayrıca tekrar genel anestezi altında küretaj yapılmaya çalışılmış. Kayınvalidesi de DS operasyondan çıkana kadar hastanede kalmış ve işlemlere yardımcı olmuş, bundan da memnundu. Ancak küretaj ile abortusun sağlanamaması ve aldığı kararlar nedeniyle endişe ve suçluluk duyguları yaşıyordu. Kendini şöyle ifade etti:

“Çocuğu eşim istemedi ben çok istedim. Özellikle önemli hayatı olaylarda kimseyi dinlemiyorum, kendim karar alıyorum. Sonra da hep kendimi suçluyorum. İstmeden oluyor. Hep sorumluluk duygusu yaşıyorum”.

“On altı yaşında evdeki baskıya dayanamayarak ailem onaylamadığı halde evlendim. 1.5 yıllık evlilik süresince fiziksel şiddet gördüm. Ailem istememesine rağmen boşandım. Boşanmaktansa kendimi öldürmemi istediler. İntiharım da bile ailem beni suçladı, eşimi zor durumda bıraktığını söylediler”.

DS boşanmış ve ablasının yanına gitmiş ancak orada da kötü deneyimler yaşamış ve ailesinin yanına dönmek zorunda kalmış. O süreci, *“ailemle bu olaylardan sonra yaşamak istemedim ama ablam da eniştem tarafından şiddet ve tacize uğruyordu ben de aynı şeylere maruz kaldım. Sekiz ay ablama destek olmak için orada kaldım. Ablamı boşanmaya ikna etmeye çalıştım ama onu kurtaramadım, ben de sonunda ailemin yanına dönmek zorunda kaldım”* biçiminde ifade etti. Sonrasında ablası 30 yaşında kendini asarak intihar etmiş. *“Benim için çok kötü bir dönemdi”* dedi. Sessizlik oldu. Bir süre hastanın sessizliği paylaşıldı. Bu süre KLP Hemşiresine *“Hasta cinsel bir taciz mi yaşamıştı? Bunu açmalı mıyım? Bu dönemde ele almak uygun olur mu? Görüşmeye nasıl devam etmeli?”* gibi soruları düşünmek ve karar vermek için zaman sağladı. Hastaya yaşadığı dönemdeki zorlukları özetlendi, ablasıyla kalırken ve ablasının kayından sonra yaşadıklarını açması istendi. Ancak hasta daha fazla anlatmak istemediğini söyledi. Karar hastaya bırakılarak, istediğinde tekrar konuşulabileceği, yanında bulunduğu mesajı verildi ve ertesi gün devam etmek üzere görüşme sonlandırıldı.

Dördüncü görüşme. DS'nin yorgun ve sıkıntılı olduğu gözlemlendi. Çünkü görüşmenin etkisi olduğu düşünülürken gece iyi uyuyamadığını ve sebebini, *“çevremdeki herkese karşı so-*

rumluluk duygusuyla koruyucu davranıyorum bu beni çok rahatsız ediyor. Sonrasında hep ben üzülüyorum ama engel de olamıyorum” biçiminde açıkladı. Kendi çevresinde ve şu anda hastanede yatan hasta ve hasta yakınlarıyla bu konuda sorunlar yaşadığı anlaşıldı. *“Artık benim de yardıma ihtiyacım var. Beni hep güçlü zannediyorlar ama artık değilim. Yardım etmelerini bekliyorum ama anlamıyorlar. Ben istemeden herkese yardım ettim”* dedi. Şimdiye kadar bir kez dolaylı yoldan yardım istediği, anne ve kardeşinden, ama yardım alamadığı anlaşıldı. Direkt sözlü yardım istemediğini *“hep anlamalarını bekledim”* biçiminde ifade etti. Dün gece yaşadığı olayı, duygularını, duygu yoğunluğunu, aklından geçen düşünceleri, davranışını tanımlaması ve alternatif düşünceler geliştirmesi üzerinde çalışıldı. Davranışlarının ve kararlarının sonuçları ve eyleme koyuş biçimleriyle yüzleşmesi için cesaretlendirildi. Bilişsel-davranışçı yaklaşım yöntemleriyle kendi davranışlarına, sorumluluklarına sınır koyma ve yardım alma-kabul etme gibi asertivite becerileri üzerinde çalışıldı. Davranışlarının yarar zarar analizi yapıldı. Kendi sorumluluk alanlarını netleştirmesine yardım edildi.

Beşinci görüşme. Önceki görüşme özetlendi. DS görüşmeden sonra annesini telefonla aradığını söyledi. Durumundan haberdar ettiğini, annesinin telefonda ağladığını ifade etti. Görüşmeden memnun kaldığını *“sesini duymak iyi geldi”* biçiminde dile getirdi. Sonrasında kardeşinin aradığını, yanında olmak istediğini söylediğini ve bunu kabul ettiğini bildirdi. Aslında artık hastanede olmaktan, beklemekten, belirsizlikten rahatsız olduğunu dile getirdi. Bunun yanı sıra eve de gitmek istemediğini ve sebebini şöyle açıkladı: *“Kayınpederim 3 aydır iş kaybı nedeniyle bizde. Beni hiç istememişti. Şimdi evde bizle beraber. Çok dağınık, pis biri. Evde bir sürü iş var. Bu halimle yapamam. O durumda orda da kalamam”*. Kayınpederini zor durumda kaldığı için kendisi eve almış. Kocasını istememiş. Eşiyle evlilikleri bu seneye kadar güzel gidiyormuş. Bir sorun yaşamamışlar hep birbirlerine destek olmuşlar. Eşiyle kurduğu işin kaybı, babalarının eve yerleşmesi ve bebek tedavileri yüzünden tartışmaya başlamışlar. *“Ben ona her zaman destek oldum ama o bana şimdi destek olamıyor, işe daha fazla zaman ayırmak zorunda kalıyor. Eşimden sürekli bir beklenti içindeyim”*.

DS'nin, yakın ilişkilerinde yaşadığı çatışmayı, kısır döngüyü ve bu sorunlarla nasıl baş ettiğini fark etmesi üzerinde duruldu. Sorunlarıyla kendini suçlayarak, susarak, mesafe koyarak, kaçınarak ve çaresiz yaklaşım kullanarak baş etmeye çalıştığı tespit edildi, sonuçlarını görmesi için teşvik edildi. Sosyal destek sistemlerini harekete geçirmek, sorumlulukları dengelemek, kabullenmek, gerçekçi-alternatif bakış açısı geliştirebilmek ve hastanedeki zamanını etkin değerlendirebilmek konuları ele alındı.

Altıncı görüşme. Doktorları, psikiyatri onayı ile hafta sonu izinli çıkarabileceğini, cerrahi ve diğer tedavilerin sonuç ver-

mediğini, bir kemoterapi ajanını denemeyi planladıklarını ve iki gün sonra son bir tedavi uygulayacaklarını bildirdi. KLP hemşiresi ve konsültan psikiyatri asistanı tarafından da iznli çıkması uygun bulundu.

Hasta hafta sonu eve gitmekle ilgili korkularını ve hastanede olmakla ilgili sıkıntılarını *"boğuluyorum"* biçiminde ifade etti. KLP hemşiresi boğuluyorum ifadesini açmasını istediğinde, hasta *"nefes alamayacağım, boğulacağım korkusu uzun zamandır var. Kapalı yerlerde kalamıyorum, özellikle de ağzına burnuna bir şey kapatılmasına dayanamıyorum"* dedi. İlk ne zaman başladığı sorulduğunda, 19 yaşında ablasının evinden babasının evine döndükten bir süre sonra ablasının da intihar ettiği dönemde ailesi evden kaçmasın ve kendine zarar vermesin diye bir gün dolapta, bir hafta evde kilitli tutmuşlar. Bu dönemde tüm aile bireyleri sözlü, psikolojik ve fiziksel baskı yapmışlar. Bu olaydan sonra uzun süre kâbuslar (baba tacizi ve ailenin fiziksel şiddeti ile ilgili) görmüş.

"Çok kötü günlerdi. Ablamın intiharını çok zor atlattım. Hala ablamı kurtaramadığım, ona yardımcı olamadığım için üzülüyorum, suçluluk duyuyorum. Tüm yaşadıklarım bana tek destek verebilen tek kişi O idi. O, benim kadar cesaretli hiçbir zaman olamadı. Ailesinin ve eşinin baskısına hep boyun eğdi" biçiminde yaşadıklarını anlattı, üzüntü, suçluluk ve kızgınlık duyguları paylaşıldı, bu süreçle nasıl baş ettiği soruldu. DS bu dönemde daha önceki iş yerinden bir arkadaşının yardımıyla başka bir şehirde bir otel sahibinin çocuğuna bakma işini bulmuş. Ailesine haber vermeden ve hiçbir eşyasını almadan Bodruma gitmiş.

"Gittiğimde bebeğe bakmakla kendimi toparlayabildim. Onunla hayata bağlandım, sorunlarımı unuttum, o büyüdükçe ben de onunla beraber sıkıntıları attım".

Altı yıl kadar o aileyle beraber kalmış. Dört yıl öncesi evlenene kadar da yatılı olarak başka çocukların bakıcılığını yapmaya devam etmiş. Yaşadıklarını ağlayarak anlatan hasta *"Hayatımda ne zaman bir çocuk olsa sorunlarla daha kolay baş edebiliyordum"* ifadesinden sonra bir anda şaşkın ama sakin bir şekilde sessizliğe büründü. Yalnız kalmak istediğini söyledi ve buna ihtiyacı olduğu anlaşılmıştı. İzin dönüşü görüşmek üzere randevulaşarak görüşme sonlandırıldı.

Yedinci görüşme. DS yatağında sırtı dönmüş bir şekilde yatıyordu, fiziksel görüntüsü son derece değişmişti. DS olup olmadığını anlamakta, tanımakta zorlanan hastaya KLP hemşiresi görünümündeki değişimi olumlu bir ifadeyle geri ilettili ve eve iznli gittiği süreçte neler yaşadığını sordu. Hasta sevinçli bir şekilde düşüğün müdahaleye gerek kalmadan dün gece gerçekleştiğini bildirdi. Güzel bir hafta sonu geçirdiğini, eve giderken annesini ve kız kardeşini eve davet ettiğini anlattı. Gelmişler ve ev işlerinde yardımcı olmuşlar. Eşi kayın-pederini hafta sonu başka yere göndermiş. *"İlk defa eşim evde bana bir şey yaptırmadı. Yemeği bile kendisi hazırlamış. Başka*

zaman olsa üzülüp hasta halimle ben yapardım. Hiç ses çıkarmadım. Teşekkür ettim. Annemin yanımda olması da çok iyi geldi. Ağrılarım vardı ve ben yatarak dinlendim". Ertesi gün kuaföre gitmiş ve kişisel bakımlarını yaptırmış. Ağrısı başlayıp kanaması olunca biraz endişelenmiş ve hemen hastaneye gelmiş. Düşük gerçekleşmiş. *"Hayatımı düzenleyeceğim, sıkıntılarımla ortasında çocuk sahibi olmak istemiyorum"* kararını ilettili. DS'nin mutluluğu paylaşıldı. Serviste yatmasına artık gerek kalmadığı için taburculuğuna karar verildiğinden hastaneden ayrılmadan önce KLP Bilim Dalına gelmesi sağlandı.

Sonuç evresinde genel hastanede yatan hastalarda taburculuğun KLP ekibinin kontrolü dışında gerçekleşebilmesi önemli bir güçlük olarak yaşanmaktadır. DS hastaneden ayrılmadan önce KLP BD'nda ilaç tedavisi netleştirildi, psikiyatri polikliniğinden randevu alması sağlandı ve krize müdahale sürecinde yaşadıkları kısaca bu yolla görüşülebildi. Geçmiş görüşmeler, kat edilen yol, gelişimleri, değişimleri, ana konu ve etkin yaklaşımlar gözden geçirildi.

Krizle müdahale sürecinde ulaşılan sonuçlar; ailesiyle iletişim kurup onları bilgilendirip hastaneye gelmelerini sağladı, eşine kendini ifade edebilmeye başladı, diğer hasta ve yakınlarıyla çatışmalarını çözümledi, depresif belirtilerin, öfke, huzursuzluk, gerginlik duygularının azaldığını ifade etti, öz bakımı belirgin değişti, intihar düşüncesi olmadığını ifade etti, gebeliğinin sonlanması gerektiğini kabullendi ve sol over kaybı olmadan gebelik kendi kendine sonlandı.

Geçmişte çoğul travmalar yaşamış olan hastanın overini kaybetmeden spontan düşüğünün gerçekleşmesi sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlamasına yardımcı olundu ancak geçmiş travmaları ve uzamış yas süreci ayaktan tedavideki psikoterapi sürecinde uzun dönemde ele alınması gerekecektir.

Kaynaklar

1. Sözer Y. Psikiyatride kriz kavramı ve krize müdahale. <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/21/61/577.pdf>.
2. Fasıloğlu H. Psikolojik krize müdahale yöntemleri. <http://e-psikoloji.com/forum/showthread.php?3247-Psikolojik-Krize-M%FCdahele-Y%F6ntemleri>.
3. Kaçmaz N, Çetinkaya Z. Kriz ve krize müdahalede hemşirelik yaklaşımı. V. Ulusal Konsultasyon Liyazon Psikiyatrisi Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Kongre Kitabı. İstanbul; 1998. s. 328-33.
4. Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R, Devrimci Özgüven H ve ark. Kriz ve krize müdahale. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6; 2000.
5. Dass-Brailsford PA. Crisis interventions. Practical Approach to Trauma: Empowering Interventions. USA:SAGE Publications; 2007. p. 93-114.
6. Szmukler GI. Krize müdahalenin psikiyatrideki yeri. (Özden A. Çeviri Editörü) Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Kriz Dergisi 1993;1:158-65.
7. Güney S. Travma ve krize ilişkin bir gözden geçirme: yöntemler ve farklılıklar. Therapia Dergisi 2012;3: 4-17.
8. Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial nursing for general pa-

- tient care. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.
9. James RK. Crisis intervention strategies. 7th ed., USA: Thomson Brokes/Cole; 2007. p. 20.
10. Yıldırım NK, Aydoğdu A, Kaçmaz N, Özkan M ve ark. Genel hastanede yatan hastalarda intihar riskini tanıma ve yönetme protokolü önerisi. XII. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi, İstanbul; 2012.
11. Nicholas LM, Golden RN. Managing the suicidal patient. Clinical Cornerstone 2001;3:47-57.
12. The Joint Commission Sentinel Event Alert. A follow-up report on preventing suicide: focus on medical/surgical units and the emergency department. 2010;17:1-4.