

Nöro bilişsel bozukluklar:
Tedavisi ve hemşirelik bakımı
Prof.Dr.Gülsüm Ançel

İçerik

- Tanımlar
- Beynin işlevleri
- Tanılar ve yaygınlıkları
- Tanı ölçütleri
- Ölçme ve değerlendirme araçları
- Tedaviler
- Hemşirelik bakımı

Nörobilişsel kavramı

- Düşünme,
- akıl yürütme,
- bellek,
- öğrenme ve konuşma ile ilgisi olan beyindeki belirli alanlarla yakından bağlantılı bilişsel işlevleri tanımlamak için kullanılan bir terim.

Öğrenme

- Öğrenme, bireyin çevresiyle etkileşime girmesiyle beyinde oluşan biyo-kimyasal değişiklikler sonucu meydana gelir.
- Öğrenme bireylerde bilişsel, duyuşsal ve hareketsel değişimlere sebep olur.
- Öğrenmenin davranışçı, bilişsel ve nörobiyolojik açıklama modelleri bulunmakta

Öğrenme

- Beyindeki sinaptik bağlantılar ne kadar sık kullanılırsa o kadar kuvvetlenir, kullanılmadığında ölür ve kaybolur.
- Beynin gelişimi sinaptik bağlantıların oluşturulması (budak salma) ve budanması sürecini kapsar.
- Öğretim ya da deneyimler yoluyla elde edilen yeni bilgi ve beceriler beyinde sürekli olarak işlevsel bir değişime neden olmaktadır.
- Öğrenme meydana geldiğinde daha fazla dentrit bağlantısı meydana gelmekte, bunlar da bilgileri birbirine bağlamaktadır.
- Belirli uyaranlara tepki veren alanlardaki nöronlarda dentritlerin daha fazla dal verdiği ve yayıldığı görülmüştür ve böylece uyaranları işleyen beyin bölgeleri genişler ve yayılır.
- Uyaran yoksunluğu beyinde ilgili bölgelerin daralmasına neden olur.

Bellek

- Bir olay, duyguyu algılama
- Bilgiyi gerektiği zaman kullanabilmek için değiştirme ve kodlama
- İleride kullanmak üzere depolama
- Bellek kaybı bu aşamalardan birinde bozukluk olduğunda ortaya çıkar

Bellek tipleri

- Orta yakın:Yeni olayları hatırlayamama(geçen gün, geçen ay)
- Çok Uzak:Yıllar öncesi
- Uzak:örn.geçen ay ve öncesi
- Anterograd:Bir olaydan sonrasında itibaren
- Retrograd:Bir olaydan öncesi
- Anlık:Hemen biraz öncesi
- Amnezi:Hem kısa hem uzak bellek kaybı

Beynin lobları ve işlevleri

- **Frontal Lop:** Beynin ön kısmında, alnın arkasında bulunur. **Konuşma, düşünce, öğrenme, hareket** gibi karmaşık süreçlerden sorumludur. Hafızayla ilgili bazı süreçlerde burada işlenir.
- **Parietal Lop:** Beynin üst kısımlarının yanlarında bulunur. Dokunma, ısı ve ağrı, **mekânsal bilgi, uzamsal bilginin toparlanması**, beden ağrısı gibi duyuları yorumlar.
- **Oksipital Lop:** Beynin arka kısmında bulunur. **Görsel imajları alma** ve anlamlandırmadan sorumludur.
- **Temporal Lop:** Beynin alt kısmında yanlarda şakak hizasında yer alır. **İşitme, sesi anlamlandırma ve belirli bellek işlevlerinden** sorumludur. Bu alanda **gördüklerimizin ne olduğunu anlamlandırmamızı** sağlayan alanlarda vardır.



SOL

SAG



Sağ ve sol beyin işlevi

- sol yarımküresi: matematik, dil ile ilgili fikirlerin işlenmesi, yazma, fikirlerin sınıflandırılması, sözel, mantıksal, analitik düşünme gibi işlevler
- sağ yarım küre: sözel olmayan hayal gücü, renk, müzik, ritm, şekil ve şemaların (grafik, harita ve çizgiler) işlenmesi, sezginin kullanılması, uzaysal farkındalık, belirsizliklerle ilgilenme, rastlantısal ve açık uçlu fikirlerin işlenmesi ve görsel-uzaysal işlemler

Nörobilişsel bozukluklar

I. ~~Deliryum, Demans, Amnestik Bozukluklar ve Diğer Bilişsel Bozukluklar.~~

II. Genel tıbbi durumların neden olduğu Mental Bozukluklar.

III. Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar.

DELİRYUM

- Deliryum, beyin dokusunda yaygın işlev bozukluğu sonucu kısa bir sürede, hızla gelişen dikkat ve bilinç düzeyinde bozulma ve ve bilişte bir değişimle karakterizedir
- Yunancada «saçma konuşma» anlamına gelir.
- Ani başlar
- Dalgalanmalarla seyreder
- Neden ortadan kalktığıında tablo düzelir.
- Deliryumdan daha kalıcı bir bilişsel bozukluğa geçiş olabilir (örneğin majör nörobilişsel bozukluk), mortalite riski yüksektir

DELİRYUM

Akut beyin sendromu, akut organik psikoz, akut organik reaksiyon, konfüzyon mental, reversibl demans, reversibl serebral disfonksiyon, reversibl kognitif disfonksiyon, toksik ansefalopati, toksik psikoz, metabolik ansefalopati gibi eş anlamları mevcuttur

DELİRYUM

- 18 - 64 yaşları arasında % 0.4, 55 yaş üzerinde ise % 1 oranında görülür.
- Genel hastanelerde 65 yaşın üzerinde yatan hastalarda görülme oranı % 10, yoğun bakım ünitelerinde % 30, yanık merkezlerinde ise % 20 dir.
- Hastaların %60-85 inde farkedilememektedir.
- Bir hafta-bir ay arasında sürer

Deliryum İçin DSM-IV Tanı Kriterleri

A - Dikkati belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma, sürdürmede yetersizlikle giden bilinç bozukluğu.

B - Algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişikliklerin (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması.

C - Tablonun kısa bir sürede gelişmesi (Genellikle saatler veya günler) ve gün içinde dalgalanmalar göstermesi.

D - Anamnez, fizik muayene ya da laboratuvar verilerinden, tablonun genel tıbbi bir durumun doğrudan etkilerine bağlı olduğunu gösteren kanıtların bulunması.

Deliryum nedenleri:

- ***Intrakranial nedenler:*** Enfeksiyonlar, tümörler ve kafa travmasının dışında kafa içi basıncı arttıran durumlar, demans yapan hastalıklar, serebrovasküler olaylar, multiple skleroz ve serebral vaskülitler de deliryuma neden olabilir
- **Enfeksiyonlar :**pnömoni, apse, HIV, sifiliz vs
- **İlaçlar :**antipsikotikler, anksiyolitikler, trisiklik antidepresanlar, antikolinergikler, antikonvülzanlar, kortikosteroidler, antihipertansifler vb
- **Madde ve alkol entoksikasyonları ve yoksunlukları:** alkol,antikolinergikler,LSD,esrar,lityum, ağır metaller, arsenik

- **Endokrin bozukluklar.**adrenal, hipofiz, pankreas, paratiroid, tiroid bezlerinin hipo ve hiperfonksiyonları
- **Metabolik anormallikler.**karaciğer ve böbrek yetmezliği, solunum ve kalp yetmezlikleri, hipoksi, hipoglisemi, hiperglisemi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri
- ***Diğer nedenler:*** Ağır genel travma, ani çevre değişimleri, duyuşal deprivasyon, ısı regulasyon bozuklukları, psikososyal nedenler, uyku deprivasyonu,işkence görmüş olma(dayanılmaz görsel-işitsel uyarılar).

Psikiyatride deliryum nedenleri

- Antikolinerjik toksisitesi:örn:biperiden kullanımı-fizostigmin uygulanır, hem ayırıcı tanı, hem de tedavi açısından
-
- Lityum toksisitesi: bilinç bulanıklığı saptandığında akla deliryum gelmeli ve ilaç hemen kesilmeli
- Dopaminerjik iletim azalması,
- Sedatif-hipnotik kullanımı ve yoksunluğu,

Psikiyatride deliryum nedenleri

- Serotoninerjik sendrom:güçlü ve seçici serotonin geri alım inhibisyonu yapan(SSRI gibi) ilaçlara bağlı olarak oluşan bir tablodur. Huzursuzluk, diaforez, hiperrefleksi, myoklonus, bulantı, ishal, abdominal kramplar, aşırı gaz ve insomnia ile seyreden bir tablodur. Ajitasyon, deliryum ve koma görülebilir.
- Uyku sorunları

Deliryumda Belirti ve bulgular

- **Genel görünüm ve davranış:** Dalgın, uykulu, şaşkın (algı bozukluğu ve bilinç sislenmesi nedeniyle) amaçsız (yatak çarşafıyla oynama gibi), garip, stereotipik hareketler, saldırgan, cinsel, dürtüsel davranışlar, gün içinde genel durumunda dalgalanmalar görülür ve sıklıkla belirtiler akşamları ve geceleri artar
- **Konuşma, ilişki kurma:** Enkoheran, dezorganize, dizartrik ve sözcük bulmada güçlük yaşanabilir

Belirti ve bulgular

- **Duygulanım:** Labil ve yüzeyeldir. Korku, anksiyete, depresif duygu durum, apati, irritabilite, agresyon, küntlük,uygunsuz duygulanım,bunaltı, ajitasyon görülebilir. Çevreyi değerlendirememe ve varsanılar nedeniyle felaket bunaltısı(katastrofik anksiyete)
- **Fizyolojik durum:**Ağır uykusuzluk/uykululuk,korkulu düşler görme,tremor, ataksi,ellerde kanat çırpma titremesi(flapping tremor),taşikardi,ateş,terleme, hipertansiyon, yüzde kızarıklık görülebilir

- **Bilişsel yetiler** Belirti ve bulgular
- Bilinç bozuk, bulanık, yer, zaman, kişi yönelimi ileri derecede bozular. Gece ve yeni ortamlarda bozulma artar.
- Dikkati odaklandırma, sürdürme ve dikkat odağını değiştirme bozulmuştur, kısa sürelidir.
- Bellek de etkilenmiş olabilir; muayene edilemez, çünkü bilinç, yönelim bozulmuş ve dikkat dağınıktır. Kısa süreli bellek öncelikli olarak bozular.

Belirti ve bulgular

- Soyut düşünme bozular,dağınık, bazen hızlı bazen yavaş düşünür,içeriği tutarsız,korku,algısal bozukluğu yansıtır
- Çevre ve olayları yanlış algılamaya bağlı yargılama bozukluğu vardır Bilinç bozukluğuna bağlı olarak algı çarpıtmaları, yanılmaları ve varsanılar görülebilir. Algı bozukluğu sıklıkla görsel varsanılar şeklindedir. Algı bozukluklarına bağlı olarak, özellikle perseküsyon sanrıları görülebilir.

Risk Durumları

- Yaşlılar ve çocuklar
- Daha önceden var olan beyin hasarı (demans, SVO, beyin tümörü, kafa travması vb)
- Daha önceden geçirilmiş deliryum öyküsü olanlar
- İşitme ve görme bozuklukları
- Elektrolit dengesizlikleri
- Alkol ve diğer madde bağımlılıkları
- Diyabet
- Kanser
- Malnutrisyon

Tedavi

A - Etiyolojiye yönelik tedavi

B - Destekleyici tedavi:hastanın bakımı, çevre düzenlemesi, sıvı - elektrolit bozukluklarının tedavisi, vitamin eksikliklerinin yerine konulması ve hijyenik önlemler

C - Semptomatik tedavi:Duygu - düşünce, davranış ve kognitif fonksiyonlarda ortaya çıkan semptomların kontrolüne yönelik psikofarmakolojik (Antipsikotikler, Benzodiazepinler kullanılır)

Hemşirelik bakımı

(Güner, 2007)

- Yoğun bakım koşullarında bakım verilir
- Uyarıcı eksikliği / fazlalığı olmamalı
- Bulunduğu oda loş ya da fazla aydınlık olmamalı.
- Saat - takvim, radyo, aile resimleri gibi nesnelere bulunmalı.
- Yanında tanıdığı biri bulundurulabilir, yalnız bırakılmaz.
- Aynı kişinin bakması sağlanmalı, sakin yaklaşılmalı
- Tıbbi personel her seferinde kendisini tanıtmalı görevlerini ve ne yapacaklarını açıklamalıdır.

Hemşirelik bakımı

- Sıkı gözlem yapılmalı.
- Yaralanmalardan korunmalı,başkalarına zarar vermesi önlenmeli
- Fiziksel tespit kullanılmamalı
- Sözel ve görsel uyaran birbiriyle tutarlı biçimde konuşulmalı
- Kısa, basit cümlelerle konuşulmalı
- İki uçlu soru yerine kapalı uçlu soru tercih edilmeli
- Uyku için hipnotik kullanımı iyi sonuç vermezse mümkünse gündüz uyuması engellenmeli

Nöroilişsel bozukluk-Demans

- Özellikle bellek, yargılama, soyut düşünce, dil gibi çoğul bilişsel bozulmalar ve kişilikte bozulma ile belirgin bir sendromdur.
- Demans doğrudan bir hastalık olmayıp çoğu zaman (Alzheimer'de olduğu gibi) farklı bozuklukların en önemli belirtisidir.

DEMANS

```
graph TD; DEMANS[DEMANS] --- AH["AH (%60)"]; DEMANS --- VaD["VaD (%15)"]; DEMANS --- VaDAH["VaD-AH birlikteliği (%10)"]; DEMANS --- Lewy["Lewy cisimcikli demans"]; DEMANS --- Other["%5'inde ise hipotiroidizm vitamin B12 eksikliği depresyon gibi"]; Other --- Pick["Pick Hastalığı"]; Other --- Alkolik["alkolik demans"]; Other --- HIV["HIV ve sfiliz"]; Other --- Parkinson["parkinson demansı"]; Other --- GeriKalan["ise geri kalan %10"];
```

AH (%60)

VaD (%15)

VaD-AH
birlikteliği (%10)

Lewy cisimcikli
demans

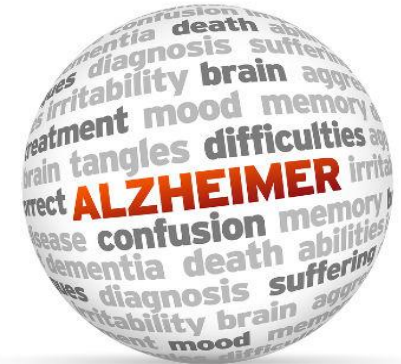
Pick Hastalığı
alkolik demans,
HIV ve sfiliz
parkinson demansı
ise geri kalan
%10

%5'inde ise
hipotiroidizm

vitamin
B12 eksikliği
depresyon gibi

Demans

- 65 yaşın üzerindeki nüfusun % 5-10 da değişik derecelerde demans görülürken 80 yaşın üzerindeki bireylerde bu oran % 50'lere kadar çıkmaktadır.(her 5 yılda bir iki kat artar)
- Genellikle sinsi başlar, yavaş ilerler ve gittikçe kötüleşir, bazen tamamen geri dönebilir, bazen duraklayabilir



Demans-deliryum ayrımı

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| • Demans | Deliryum |
| • Sinsi başlangıç | Ani başlangıç |
| • Aylar-yıllar süreli | Saatler-günler süreli |
| • Dikkat normal | Dikkat bozuk |
| • Gidiş ilerleyici | Dalgalı seyir |
| • Konuşma normal | Konuşma sarhoşvari- |
| • ya da afazik | ilişkisz |

DSM-IV Tanı Kriterleri

- Aşağıdakilerden her ikisinin(A ve B maddelerinin) bulunmasıyla belirli.

A. Çoğul kognitif defisit gelişmesi.

1. Bellek bozukluğu.
2. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin bulunması.
 - a. Afazi (lisan bozukluğu)
 - b. Apraksi (motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor etkinlikleri yerine getirememesi)
 - c. Agnozi (Duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanıyamama ya da tanımlayamama)
 - d. Yönelimsel işlevlerde bozukluk (planlama, organize etme, sıraya koyma, soyutlama)

B. Kognitif fonksiyonlardaki bozulmaların bireyin, toplumsal ve mesleki işlevselliğini belirgin derecede etkilemesi.

C. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilere göre etyolojiyi ortaya koyabilecek genel tıbbi durumlardan birinin sonucu olduğuna ilişkin kanıtların varlığı (Ör: HIV enfeksiyonu, Parkinson, hipotiroidi, vitamin eksikliği gibi).

D. Bu bozuklukların sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmaması.

- Mesleksel işlevsellikte bozulma

Demansda bozulan işlevler

- **Bilinç** : Genellikle açıktır.
- **Yönelim** : Başlangıçta normaldir. Yerleşen demans olgularında önce zamana daha sonra yer ve kişilere karşı yönelim bozulur. Hastalar evindeki odasını şaşırır, yakınlarını tanıyamaz.
- **Bellek** : En erken görülen bulgulardandır. Yakın bellek bozukluğu ön plandadır. Yeni bilgileri kaydetme, depolama ve hatırlama bozulur. Bellek kusurları başlangıçta günlük yaşamla ilgili küçük unutkanlıklar şeklinde başlar, gittikçe ilerler. Musluğu, ocağı, yanan sigarasını, az önce yediği yemeği unuttur. Kelime bulma zorluğu,
- Anlama, okuma, yazma zorluğu
- Basit hesapları yapamaz, ilerledikçe adını, işini, adresini unuttur, evini bulamaz hale gelir.
- Genel olarak eskiye ait anıları anlatma eğilimindedir.

Demanssta bozulan işlevler

- **Yargılama:**Bozulmuştur.
- **Algı:**Nadirde olsa algı bozulabilir
- **Düşünce :** Genel olarak akışı yavaşlar, içeriği fakirleşir. Bazı olgularda perseverasyon - ayrıntıcılık ortaya çıkar. Soyut düşünce bozular. Atasözlerini açıklayamaz, kelimeler - kavramlar arasındaki farklılıkları ya da benzerlikleri izah edemez. İçerikte başlangıçta kuşkuculuk hakim iken ilerledikçe perseküsyon hezeyanları ortaya çıkabilir.
- **Dikkat:** Genel olarak dağınıktır. Dalgalanma, konsantrasyon, çelinebilirlik

Demanssta bozulan iŖlevler

BiliŖsel yeti: Bozulma var, özellikle de yargılama kusuru nedeniyle yanlış değerlendirmeler ve sınırlı yeteneklerinin zorlanması sonucu ani öfke patlamaları ve panik düzeyine varan anksiyete nöbetleri görülür (katastrofik anksiyete)

Duygulanım : Erken dönemlerde sıklıkla anksiyete, irritabilite, huysuzluk ve depresyon görülür. İlerledikçe duygulanım sığlaşır. Kimi hastalarda zaman zaman oŖku ve taŖkınlık kimilerinde ise durgunluk, ilgisizlik ortaya çıkabilir

Demansa bozulan işlevler

Kişilik ve Davranışlar: Hemen her zaman kişilik değışiklikleri olur. Bu değışiklikler premorbid özelliklerin abartısı ya da sapması şeklinde kendini gösterir. Çoğu zaman davranış bozukluklarıyla paraleldir

Örn. Premorbidi hafif kıskanç ve kuşkucu olan birey, paranoid belirti hatta psikotik özellikler gösterir. Cimri - tutucu olanlarda aşırı cimrilik ortaya çıkar (Abartı). Premorbidi temiz, titiz, düzenli olan bir kişi, savruk - pasaklı; Sessiz, durgun bir kişi, ileri derecede konuşkan; Cimri birisi ise ileri derecede cömert olabilir (Sapma).

- Kişilikteki değışiklikler , zaman zaman seksüel sapma ya da çalma , açık saçık teklifler yapmak gibi dürtü kontrol bozuklukları gösterebilir.

Demanssta bozulan işlevler

Genel durum:

- Kişisel hijyen bozularak ilgisiz, özensiz, savruk görümünde olabilir.
- Çevreye karşı ilgi azalır ve ilişki kurmak zor olabilir.
- Demans ilerledikçe hastanın kendine bakımı, sosyal ilişkileri bozular.
- Davranışları amaçsız - absürdtür. Zaman zaman stereotipiler, manyerizm gibi davranış bozuklukları ortaya çıkar.
- Geç dönemde hasta dezoryante, enkohere bir hal alır.
- İdrar ve gaita inkontinansı görülür.

Ölçme ve Değerlendirme Araçları

- Standardize Mini Mental Test
- Alzheimer Hastalığı Değerlendirme Ölçeği
- Kısa Kognitif Muayene
- Laboratuvar İncelemeleri

Demans tedavi ve bakımında hedeflenenler

1. Kognitif ve fonksiyonel bozulmayı durdurmak ya da yavaşlatmak,
2. Davranışsal ve psikiyatrik semptomları tedavi etmek,
3. Bakım verenin yükünü azaltmak,
4. Bakımevi ve hastaneye yatışı geciktirmektir

Tedavi,bakım :

- Etiyolojiye yönelik
- Destekleyici tedavi
- Semptomatik tedavi
- Demans tablosuna eşlik eden depresyon, anksiyete ajitasyon, davranış bozuklukları, uykusuzluk ve psikotik belirtilerin tedavisi(olabilecek en düşük dozda ve antikolinerjik etkileri düşük olan ilaçlarla)

Tedavi,bakım

- Demanslılar buldukları ortamlarda tedavi edilmeli bu sebeple aile ya da bakıcılara destek verilmesi, bilgilendirilmesi, aile üyelerinin tedaviye katılımlarının sağlanması gerekir.
- Ortaya çıkabilecek uyum sorunları tedavi edilmelidir.
- Bellek problemlerinin düzeltilmesine yönelik davranışçı yöntemler kullanılabilir

**AKYAR, 2011: Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım
Modelleri**

Alzheimer-Alzheimer hastalığına bağlı nörobilişsel bozukluk

- Alzheimer, zihinsel işlevlerde bozulmaya yol açan, bellek, öğrenme, konuşma, akıl yürütme, yargılama, iletişim ve günlük yaşam etkinliklerini sürdürme yetilerinde kademeli olarak yıkıma ve davranışlarda değişikliklere yol açan ilerleyici ilerleyici bir beyin hastalığıdır.
- Erken başlayan tip 50 yaşından önce, geç başlayan 65 yaşından sonra başlar
- Nedeni kesin aydınlatılamamıştır
- Yaşam süresi 20 yıla dek uzar

Yaygınlık

- Türkiye'de 2023 yılında 65 yaş nüfusun yüzde 10'un üzerine çıkacağı ve Alzheimer hastalığının artacağı öngörülmekte.
- Dünyada 44 milyon Alzheimer hastası bulunmakta, bu sayının 2050 yılında 135 milyonu bulacağı düşünülmektedir.

Nedenleri-1

- Nörodejenerasyon, hipoksi veya iskemi gibi, beyine yönelik bir saldırıya karşı immün veya inflamatuvar bir yanıt olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.
- Beyindeki dejenerasyon, bir akut faz tepkisini (bedenin genellikle enfeksiyon veya travmaya tepki olarak hızla başlattığı savunma işlemi) uyarmaktadır. Bu sitokin denem ve bedenin savunma düzeneklerini uyaran proteinlerde hızlı bir artışa yol açar.

Nedenleri-2

- Serbest radikaller Alzheimer hastalığında rol oynuyor olabilir. Beden normalde serbest radikalleri, serbest radikal parçalayıcılar adı verilen kimyasal maddelerle 'temizler', ancak Alzheimer hastalığında bu yeti bozulmuş olabilir.
- Frontal, parietal ve temporal loblarda belirgin, ilerleyici kortikal atrofi, nörofibriler yumaklar, plaklar oluşmasına bağlı;
 - Kognitif,
 - Davranışsal,
 - İşlevsel bozulmalar ortaya çıkar.

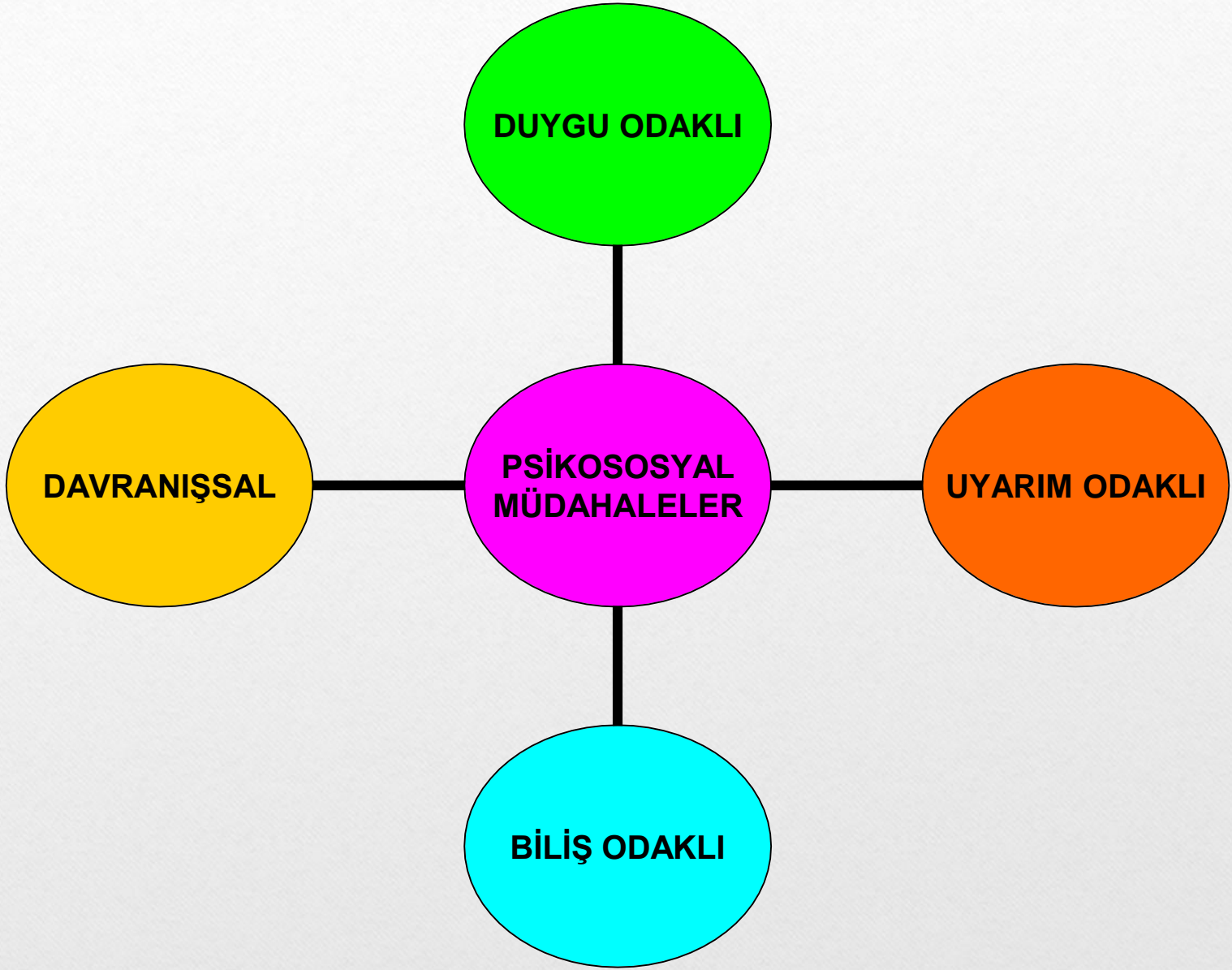
Klinik bulgular

- **1.evre(1-3 yıl):**Bellek bozukluğu,GYA yerine getirememe,kafa karışıklığı,mizaç bozukluğu,apati, girişim kaybı
- **2.evre(10. yıla dek):**Entelektüel işlevler ve kişilikte bozulma,disfazi, agnozi,postür bozukluğu,kas tonusunda artış,atipik parkinsonizm belirtileri ve halüsinasyonlar başlayabilir
- **3.evre:**Apati, yatağa bağımlılık,inkontinans,şiddetli rijidite-tremor gibi nörolojik durumlar,iştah artışı ancak kilo kaybı,grandmal epilepsi,emme refleksi ile güçlü yakalama ve arama refleksi

Tedavi

- İlaç tedavisi, ajitasyon, anksiyetede, paranoyanın tedavisi. Güneş batımı sendromu için güneş batımından 1-2 saat önce düşük doz antipsikotik
- GYA ni sürdürmesine destek
- Psikososyal tedaviler yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olabilir. 'Anıştırma terapisi' (hastalara geçmişlerini anımsatma amaçlı) gibi duygulara yönelik psikoterapi davranışsal sorunları azaltabilir ve hastaların duygu durumunu iyileştirebilir

- Sanat terapisi, egzersiz ve dans gibi uyaran-yönelimli tedavi de yararlı olabilir.
- Bilişsel işlev bozukluğunu düzeltmek üzere gerçeklik yönelimi ve belleğin korunması yönelimli psikoterapi uygulanabilir ancak yararları sınırlıdır ve hastalar ve bakım verenler için uygulaması güç olabilirler.
- Bakım verenlere de destek olmak amacıyla, psikoterapi uygulanabilir, destek gruplarına katılabilirler



AMNESTİK BOZUKLUK

- Genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkan bellek bozukluğu temel özelliğdir. Bu bozuklukta genel entellektüel kayıp söz konusu değildir.
- Amnestik sendromda uzak ve yakın bellek bozulması ,anlık bellek korunması söz konusudur Hastalar olayları olduktan hemen sonra hatırlayabilir ancak birkaç saat sonra unuturlar. Yeni bilgileri öğrenemezler.
- Bellek boşluklarını doldurmak için sıklıkla konfabulasyonlar görülür.

-
- Zaman zaman yönelim kusuru tabloya eşlik edebilir.

Bilinç bozukluğu yoktur. Belirgin bilişsel bozukluk ve kişilik dezoryantasyonuna ilişkin veriler yoktur.

- Etiyoloji: Beyin tümörleri, dejeneratif serebral hastalıklar, tiamin eksikliği, intoksikasyon, bilateral temporal lobektomi, vasküler bozukluklar
- Prognoz etiyojolojiye bağlı olarak değişir.

II. Genel tıbbi durumların neden olduğu mental bozukluklar

1. Kişilik Bozukluğu :

- Kişilikte belirgin bir değişiklik görülür. Sıklıkla labil duygulanım, dürtü kontrol defekti, tekrarlayıcı agresyon, stresörle orantısız öfke patlamaları, yargılamada belirgin bozukluk, apati, kuşkuculuk ve paranoid düşünceler görülür.
- Kişilik değişikliği olan bireyler, yakınlarınca "sanki kendisi değil, değiştii" diye tanımlanır. toplumsal ve mesleki alanlarda işlevi önemli ölçüde bozulur.
- Tanı için özgün organik etken bulunmalıdır. Kafa travması en önemli nedendir. Bunu temporal, frontal lop lezyonları, epilepsi, multipl skleroz , beyin apsesi ve tümörleri izler.

- 2.Katatonik Bozukluk :
- Psikomotor belirtilerin ön planda olduğu bir sendromdur.
- Genel olarak stupor, mutizm, negativizm, rijidite, zaman zaman eksitasyon (bazen iki uç arasında, birinden -diğerine ani ve beklenmedik geçişler) ekolali, ekopraksi, stereotipi, balmumu arazı, grimas ve impulsif davranışlarla seyreder.
- Bu bozukluklarda dehidratasyon, zayıflama, aspirasyon pnömonisi ile sıklıkla karşılaşılır.
- Eksite tipinde ise aşırı hareketlilik, fizik tükenmeye yol açabilir.
- Özellikle toksik ya da nörolojik nedenlere bağlı katatonik bozukluklarda ölüm riski vardır.

- Etyoloji :

Major affektif bozukluk, şizofreni, konversiyon, dissosiyatif bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar,
Nöroleptik ilaçlar, ACTH, uçucu gazlar, Co gibi maddeler.
Ansefalit, Parkinson, Epilepsi, Frontal - Temporal lop lezyonları ve diğer bazal ganglion hastalıklar gibi nörolojik bozukluklar.
Hiperkalsemi, Hepatik ensefalopati, Pellegra, Porfiria, Diyabetik ketoasidozis gibi metabolik durumlar rol oynar.

Tedavi :

Etiyolojiye yöneliktir. Dehidratasyon, iyon dengesizliği, aspirasyon pnömonisi gibi komplikasyonlara karşı dikkatli olunmalı, hastaların sedasyonları sağlanmalıdır. Özellikle affektif bozukluk ve şizofreniye bağlı katatonilerde EKT yapılmalıdır.

Hemşirelik bakımında önemli konular

Hemşireler danışanın öyküsünden aşağıdaki sorun alanlarını değerlendirmelidirler:

- (1) Mizaç dalgalanmalarının tipi, sıklığı ve şiddeti, kişilik ve davranış değişiklikleri, katastrofik duygusal tepkiler;
- (2) dikkat süresi, düşünce süreci, problem-çözme ve bellek (yakın ve uzak) problemleri gibi bilişsel değişiklikler;
- (3) dil zorlukları;
- (4) kişiye, yere, zamana ve duruma uyum; (5) sosyal davranışın uygunluğu.

Hemşirelik tanıları

- Konfüzyon
- Düşünce süreçlerinde bozulma
- Duyusal algısal bozulma
- Sosyal etkileşimde bozulma
- Özbakım yetersizliği
- Sözel iletişimde bozulma
- Kendine ve başkalarına yönelik şiddet
- Yaralanma potansiyeli
- Aktivitede değişim
- Uyku bozukluğu
- Rolünü yerine getirmede değişim
- Aileye yönelik tanılar

Örnek vaka

- (Towsend, 2016,)
- S. 82 yaşında, dul kadın.
- Alzheimer hastalığına bağlı nörobilişsel bozukluk tanısı ile uzun süreli bir bakım kurumuna kabul edilmiştir. Nerede olduğunu karıştırır ve hemşireye:“Yeterince uzun süredir buradayım, şimdi benim için eve gitme zamanıdır. Beni almaya gelmesi için kocamı arayacağım.” der. S. birimin etrafında dolaşır ve odasını bulamaz, kilitli kapıdan dışarıya çıkmaya çalışır ve alarmın çalmasına neden olur. S.çok gönülsüz bir şekilde hemşirenin onun yatmak için hazırlanmasına yardım etmesine izin verir. Hemşire gece yarısında onun uyanık olduğunu ve diğer hastaların odalarında amaçsızca dolaştığını keşfeder. Ertesi sabah S.yalınayak ve pijamaları ile yemek odasına gelir. Hemşire S.için aşağıdaki kavram haritalı bakım planını geliştirir.