

ANOREKSİYA NERVOZA OLGUSUNDA SORULARLA HEMŞİRELİK BAKIMI**NURSING CARE WITH QUESTIONS IN THE CASE OF ANOREXIA NERVOSA**

Selen ÖZAKAR AKÇA¹, Ahu Pınar TURAN², Esmenur ÇINAR AKBULUT³, Cansu BALOĞLU⁴

¹Doç.Dr. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çorum, Türkiye

²Yüksek Lisans, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çorum, Türkiye

³Lisans, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çorum, Türkiye

⁴Lisans, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çorum, Türkiye

Özet

Giriş.Anoreksiya Nervoz, kişinin aşırı yeme davranışı veya besin alımını kısıtlamasından dolayı diyetle aldığı enerjinin azalması ile sonuçlanan, patolojik şekilde ağırlık kaybına neden olan psikiyatrik bir sorundur. Bu çalışma ile Anoreksiya Nervoz tanı alan çocuklarda fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre hemşirelik bakımının tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu:A.Y 17 yaşında lise öğrencisi bir kız çocuğudur. Anne, baba ve iki kardeşi ile birlikte çekirdek aileye sahiptir. A.Y okul başarısı iyi fakat okulda ve sosyal çevrede fazla arkadaş edinmeyen ve bir kaç kez akran zorbalığına maruz kalmış bir çocuktur. A.Y son 1 yıl içerisinde sinirli ve mükemmeliyetçi davranmakta, arkadaşlarıyla görüşmemekte ve kalabalık ortamlarda bulunmaktan hoşlanmamaktadır. A.Y 1 yıl öncesinde arkadaşlarının şişman (163 cm boyunda, 58 kilo ve beden kitle indeksi 20) olduğunu ima etmeleri üzerine zayıflamaya karar vermiş ve son 9 ay içerisinde 16 kilo vermiştir. Giderek yeme miktarını ve öğünlerini azaltmaya başlamış bununla birlikte adet düzensizlikleri, saç dökülmesi ve okul başarısında düşüş sorunları yaşamaya başlamıştır. Annesi A.Y'nin yemek yememesi, sürekli kendisinin şişman olduğunu belirtmesi ve kilo kaybetmesi üzerine kızını psikiyatri polikliniğine getirmiştir. Değerlendirmeler sonucunda A.Y Anoreksiya Nervoz tanı almıştır. A.Y çocuk psikiyatristi, psikoloğu, hemşiresi ve diyetisyeni tarafından düzenli takip edilmektedir.

Tartışma:Olguda AN tanısı alan çocuğa fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli doğrultusunda hemşirelik tanıları (sağlığı etkisiz yönetme, beslenme dengesi: gereksinimden az beslenme, konstipasyon, aktivite planlamada etkisizlik, uyku bozukluğu, düşünme süreçlerinde bozulma, durumsal düşük benlik saygısı, sosyal etkileşimde bozulma, etkisiz baş etme, spiritüeldistres) konulmuştur. Konulan bu tanıları yönelik hemşirelik girişimleri planlanmıştır. Planlanan hemşirelik girişimleri sonucunda çocuğun; sağlığını geliştirme / yönetme, beslenme, metabolik durumu, boşaltım biçimi, aktivite ve egzersiz durumu, uyku, dinlenme, bilişsel algılama biçimi, kendini algılama ve kavrama durumunda iyileşmeler olduğu belirlenmiştir. AN ile ilgili yapılan kanıta dayalı çalışmalarda da tedavi ve bakıma yönelik; psikoterapi, aile merkezli bakım, aile desteği, psikofarmakoloji yöntemleri önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anoreksiya Nervoz, Olgu, Çocuk, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, Hemşirelik Bakımı

Abstract

Introduction: Anorexia Nervosa is a psychiatric problem that causes weight loss pathologically, resulting in a decrease in the energy intake in the diet due to the person's overeating behavior or restriction of food intake. This study aims to discuss nursing care according to functional health patterns model in children diagnosed with anorexia nervosa.

Case report: A.Y was a 17-years-old high school girl. He has a nuclear family with his mother, father and two siblings.

A.Y is the child with good school success but does not make many friends at school and in the social environment and has been exposed to peer victimization a few times. A.Y has been behaving nervously and in a perfectionist manner for the last 1 year, does not get in touch with his friends and does not like to be in crowded environments. A.Y decided to lose weight 1 year ago after his friends implied that he was fat (163 cm tall, 58 kg and body-mass index 20) and lost 16 kilograms within the last 9 months. He gradually began to reduce the amount of eating and meals, in the meantime, also began to experience menstrual irregularities, hair loss and decline in school success. Her mother brought A.Y, her daughter, to the psychiatric outpatient clinic after she did not eat, expressed constantly that she was fat and lost weight. In consequence of the assessments, A.Y was diagnosed with anorexia nervosa. A.Y is regularly followed by a child psychiatrist, psychologist, nurse and dietician.

Discussion: The child, diagnosed with AN in the case, was also diagnosed with nursing diagnoses in line with the functional health patterns model (ineffective health management, nutritional imbalance, undernutrition, constipation, ineffective activity planning, sleep disorder, disturbed thought processes, situational low self-esteem, impaired social interaction, ineffective coping, spiritual distress). Nursing interventions were planned for these diagnoses. In consequence of the planned nursing interventions, it was determined that there were recoveries in the child's status of health promotion/management, nutritional status, metabolic status, urinary elimination, activity and exercise status, sleep, rest, cognitive perception style, self-perception and cognition. In evidence-based studies on AN, psychotherapy, family-centered care, family support, psychopharmacology methods are recommended for treatment and care.

Keywords: Anorexia Nervosa, Case, Child, Functional Health Patterns Model, Nursing Care

ORCID ID: S.ÖA 0000-0002-6943-6713; AP.T. 0000-0002-7645-8320; E.ÇA 0000-0001-6089-0437;C.B. 0000-0003-0713-1022

Sorumlu Yazar: Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çorum, Türkiye,

E-mail: selenozakar@hotmail.com

Geliş tarihi/ Date of receipt:28.08.2022

Kabul tarihi / Date of acceptance: 13.03.2023

GİRİŞ

Anoreksiya Nervozaya Nedir?

Yunanca kökenli bir kelime olan Anoreksiya terimi “yeme isteğinin olmaması” anlamını taşımaktadır. Anoreksiya Nervozaya (AN), 1870’li yıllarda tıbbi literatürde ilk tanımlanan yemek yeme bozukluğudur (1). AN, kişinin aşırı yeme davranışı veya besin alımını kısıtlamasından dolayı diyetle aldığı enerjinin azalması ile sonuçlanan, patolojik şekilde ağırlık kaybına neden olan psikiyatrik bir sorundur. AN tanısı olan çocuklarda zayıf olma isteği, fazla şekilde besin alımı kısıtlaması, laksatif ya da diüretik ilaçlar kullanma, kendini kusturma ve aşırı egzersiz yapma gibi sorunlu davranışlar görülmektedir (2). AN obsesif-kompulsif bozukluk, depresyon, kaygı gibi önemli psikiyatrik sorunların sonuçları ile ilişkilendirilmektedir (3).

Anoreksiya Nervozaya alt tipleri nelerdir?

Anoreksiya Nervozaya “*kısıtlayıcı tip*” ve “*tıkınırcasına yeme / çıkarma tipi*” olarak iki başlıkta sınıflandırılmaktadır.

Kısıtlayıcı tip: Kişi son üç ay içerisinde, tekrarlayan tıkınırcasına yemek yeme ya da çıkarma (laksatif veya diüretik kullanma, kendi kendini kusturma vb.) davranışlarında bulunmamıştır. Kısıtlayıcı tipte daha çok kişi neredeyse hiç yemeyerek ve/veya aşırı spor yaparak, diyet yaparak kilo kaybetmektedir (2,3).

Tıkınırcasına yeme / çıkarma tipi: Kişide son üç ay içerisinde, tekrarlayan tıkınırcasına yemek yeme ya da çıkarma (laksatif veya diüretik kullanma, kendi kendini kusturma vb.) davranışlarının görüldüğü tiptir (2,3).

Anoreksiya Nervozaya Epidemiyolojisi Nedir?

AN’nin başlangıç yaşının 10-30 yaş arasında değiştiği ve daha çok ergenlik döneminde görüldüğü bildirilmektedir (1). Ayrıca kız çocuklarında erkek çocuklardan daha sık rastlanmaktadır (2). Ayrıca AN psikiyatrik hastalıklar içerisinde mortalite oranı

en yüksek olan hastalık olup bu oran %2-10 arasında değişmektedir (1).

Anoreksiya Nervozaya Etiyolojisi Nedir?

Anoreksiya Nervozaya’nın gelişimine neden olan etkenler arasında ailesel faktörlerin yer aldığı bildirilmekte, genetik ve çevresel faktörlerin de etkisi olduğu düşünülmektedir. Ancak yeme bozukluğu belirtileri ile ilgili bağlantıların altta yatan mekanizmaları tam olarak çözülememiştir (4). AN etiyolojisi idiyomatik olup bu konuda genetik, çevresel, gelişimsel, biyolojik ve psikososyal yapılar gibi birçok faktörün üzerinde durulmaktadır (2,3).

Gelişimsel faktörler: AN genel olarak ergenlik döneminde başlamakta dolayısıyla gelişimsel özelliklerin AN etiyolojisinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Ergenlik döneminde görülen bağımsız olma, kimlik arayışı içerisinde olma, yaşama dair prensiplerin oluşması ve bu süreçte aile ile sosyal çevre tarafından desteklenememenin AN riskini artırdığı belirtilmektedir (5).

Genetik faktörler: Birinci derece kadın akrabalarında AN tanısı bulunan kişilerde AN görülme oranının 10 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (5). AN’de genetik aktarım %48-88 oranında bulunmuştur. Çok sayıda genlerle yapılmış araştırmalar, AN’den sorumlu genlerin 1, 2, 4 ve 13. kromozomla alakalı olduğu ve en fazla 1. kromozom ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (6).

Nörobiyolojik faktörler: Yapılan nörogörüntüleme ve meta-analiz çalışmalarında AN olan kişilerde serebralatrofi, genişlemiş ventriküller ve hem gri hem de beyaz maddede azalmalar olduğu bildirilmiştir. İleri seviyedeki malnütrisyon ve yeme/kusma atakları, gri ve beyaz maddede atrofiye ve bu durumu takiben beyin omurilik sıvısında artışa sebep olmaktadır (7).

Psikososyal faktörler: Psikososyal faktörler yönünden bakıldığında kişiye yönelik kilo ile ilgili yapılan olumsuz yorumlar, sosyal çevrenin zayıf olmak ile ilgili baskısı etiyolojik açıdan bireylerde bozulmuş yeme davranışına

sebeplere olabilmektedir. Kilo ve yeme davranışına yönelik aile tarafından yapılan olumsuz eleştiriler de adolesanda AN'ye neden olmaktadır. Ailesi ile arasında sınır oluşturan çocuklarda daha fazla AN görülmektedir (5).

Anoreksiya Nervoz'a da Görülen Belirtileri ve Komplikasyonları Nelerdir?

AN'nin ilk belirtisi çocuğun diyetle başlamasıdır. Çocuklar başta vejetaryen olmayı tercih etmekte, sağlıklı gördükleri meyve, sebze ve tahıl tüketmektedirler. İlerleyen zamanlarda ise çocuklar çok az yemek yeme, ısırıp bırakma, yediğini çıkarma gibi davranışlarda bulunurlar. Tüm bu durumlar çocuklarda kilo kaybına neden olmaktadır (8). Bu çocuklarda kuru cilt, düşük vücut sıcaklığı, büyüme ve gelişmede gecikme, konstipasyon, lökopeni, trombositopeni, anemi, biyokimyasal anormallikler (hipokalemi, hiponatremi, hipomagnezemi, hipokalsemi vb.) ve bradikardi, taşikardi gibi kardiovasküler problemler görülmektedir (9). Ayrıca açlığa bağlı oluşan komplikasyonların başında endokrin bozukluklar; tiroid hormonunda ve gonadal hormonlarda (östrojen, androjen, folikülerstimülan hormon, luteinleştirici hormon vb.) azalma, büyüme hormonu direnci ve iştahı düzenleyen hormonlarda dengesizlik görülmektedir (10,11). AN büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkilemektedir (9). Yapılan bir çalışmada 13 yaşın altında yeme bozukluğu ile başvuran çocukların yaklaşık yarısının son altı ayda büyümediği belirlenmiştir (12). AN tanısı olan 211 adolesanı içeren bir çalışmada da adolesanların boy standart sapma skorları normal adolesanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (13).

Anoreksiya Nervoz'a tanısı nasıl koyulur?

AN'nin komplikasyonları ve bozukluğun seyri açısından erken tanı çok önemlidir. AN, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]) tanı kriterlerine göre tanımlanmaktadır. DSM-5 aşağıda verilen üç noktaya odaklanmaktadır.

1. Kişinin ihtiyaçlarına göre enerji alımını kısıtlama tutumu
2. Kilo almaktan, şişman olmaktan fazlaca korkma veya belirgin düşük kiloya sahip olmasına rağmen kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunma durumu
3. Kişinin vücut ağırlığını algılamayla ilgili bir bozukluğunun varlığı durumudur (kişi kendi vücut ağırlığı ve biçimini değerlendirirken bunlara gereksiz bir önem yükler veya sahip olduğu düşük vücut ağırlığının farkına varamaz) (14).

Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması'na (International Classification of Diseases [ICD-11]) göre ise AN tanısı için iki temel kriter bulunmaktadır. Bu kriterler; kişinin son altı ay içerisinde hızlı bir şekilde kilo kaybetmesi (toplam vücut ağırlığının %20'sinden fazla kayıp) veya kişinin gelişim durumuna göre yeterli kilo alamamasıdır (15).

Anoreksiya Nervoz'a Tedavisi Nasıldır?

AN tanısı alan çocuk ve adolesanlar ayaktan tedavi edilmektedir. Ayaktan tedavide büyüme gelişme takibi, psikiyatrik destek, beslenmenin değerlendirilmesi ve hemşirelik hizmetleri sunumu çok önemlidir (14). AN tedavi yöntemlerinde Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration [FDA]) ve Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency [EMA]) tarafından çocuk ve adolesanlar için herhangi bir ilaç onaylanmamıştır fakat endişeli veya heyecanlı bir durumda nöroleptikler (Olanzapin veya Risperidon) kullanılabilir. AN'nin tedavi yaklaşımında psikoterapi çok önemlidir. Bu terapiler yalnızca çocuğu değil özellikle aileleri de kapsamaktadır. AN'nin etiolojisine bakıldığında aile faktörünün etkisi düşünüldüğünde tedavi yaklaşımında aile desteği çok önemli bir yere sahiptir (15). Terapiler ebeveyn odaklı terapi, aile terapisi, bilişsel-davranışsal psikoterapiler şeklinde uygulanmaktadır. Çalışmalar psikoterapilerin çocukların tedavilerinde olumlu sonuç verdiğini göstermektedir (15,16).

Anoreksiya Nervoz Olan Çocukların Tedavisinde Kanıt Dayalı Uygulamalar Neler Söylüyor? Kanıt Düzeyleri

Anoreksiya Nervoz, uzun süreli bir hastalık seyrine ve psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek mortalite oranına sahip olması sebebiyle tedavi ve önlem alınması gereken önemli hastalıklardan birisidir. AN ile ilgili kanıt dayalı uygulama kılavuzları, AN hastalarının teşhis, tedavi ve bakımına dair bilimsel öneriler sunmaktadır (15). AN tedavisine rehberlik etmek için dünyanın çeşitli ülkelerinde kanıt dayalı kılavuzlar geliştirilmiştir (17). Bu kılavuzların ortak amaçları; yeme bozukluklarının tanı ve tedavisinde görev alan profesyonellerin (hekim, hemşire, diyetisyen vb.) yanı sıra hastayı ve hasta yakınlarını da yeterli bakım önlemlerinin (önleme, teşhis, tedavi ve tedavi sonrası bakım) içerisine dahil etmek, sağlık hizmetleri sonuçlarını iyileştirmek ve mortalite, morbidite risklerini en aza indirmek, tedavi güvenliği ile verimliliğini ve endikasyon dışı tanı ve tedavi yöntemlerinden kaçınmaktır (17,18).

Kılavuzlarda belirtilen tedavi ile ilgili ortak önerilere bakıldığında;

Tedavi seçeneği: Çocuklar ve ergenler için ilk tedavi seçeneği olarak ayaktan tedavi önerilmektedir (15,17,18).

Psikoterapi: Tüm yönergeler çocuklar ve ergenlerin tedavi yaklaşımında ebeveynlerin veya bakıcıların tedaviye birebir katılımını şiddetle tavsiye etmektedir (15). 2018 yılında yapılmış olan sistematik derleme çalışmasında AN tanısı almış ergenler için aile temelli psikoterapi çalışmalarının çocukların tedavisinde etkili olduğu belirlenmiştir (19).

Beslenme yönetimi: Beslenmenin AN'nin şiddetine, ergenin kilosuna göre kademeli olarak az kalori ile başlayıp daha sonra artırılarak devam etmesi önerilmektedir (20). AN ile ilişkili beslenme kılavuzunda hastalığı ağır geçiren ergenlerde yeniden beslemeyi yaklaşık 40 kcal / kg / gün ile başlatmayı ve yemek planını 200 kcal / gün artırmayı savunmaktadır (15). Bazı kılavuzlar

ise çocuklar ve adolesanlar için gerekli kalori özelliklerini açıkça belirtmemiştir. Neredeyse tüm kılavuzlar, eğer bir yemek ve içecek planı yönetilemezse, nazogastrik tüple beslemeyi önermektedir (15, 21-23). Kılavuzlar gençlerin pubertal gelişim ve büyüme için gerekli beslenme ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olmak üzere tavsiyelerde bulunmaktadır (15, 22, 24).

Psikofarmakoloji: Hormon replasman tedavisi haricinde Almanya ve diğer birçok uluslararası kılavuz, çocuklar ve adolesanlara herhangi bir özel tavsiyede bulunmamaktadır. EKG takibi net öneriler arasındadır (15).

OLGU SUNUMU

A.Y, 17 yaşında lise öğrencisi bir kız çocuğudur. Anne, baba ve iki kardeşi ile birlikte çekirdek aileye sahiptir. A.Y'nin okul başarısı iyidir fakat AY, okulda ve sosyal çevrede fazla arkadaş edinmeyen ve bir kaç kez akran zorbalığına maruz kalmış bir çocuktur. A.Y, son bir yıl içinde sinirli ve mükemmeliyetçi davranmakta, arkadaşlarıyla görüşmemekte ve kalabalık ortamlarda bulunmaktan hoşlanmamaktadır. A.Y, bir yıl öncesinde arkadaşlarının şişman (163 cm boyunda, 58 kilo ve beden kitle indeksi 20) olduğunu ima etmeleri üzerine zayıflamaya karar vermiş ve son 9 ay içerisinde 16 kilo vermiştir. Giderek yeme miktarını ve öğünlerini azaltmaya başlamış bununla birlikte adet düzensizlikleri, saç dökülmesi ve okul başarısında düşüş sorunları yaşamaya başlamıştır. Annesi A.Y'nin yemek yememesi, sürekli kendisinin şişman olduğunu belirtmesi ve kilo kaybetmesi üzerine kızını psikiyatri polikliniğine götürmüştür. Değerlendirmeler sonucunda A.Y, AN tanısı almıştır ve çocuk psikiyatristi, psikoloğu ve diyetisyeni tarafından düzenli takip edilmektedir.

Olgunun Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Tanıları

Sağlığın algılanması ve yönetimi:

A.Y'nin kendisini çok şişman (163 cm boyunda, 58 kilo ve beden kitle indeksi 20) gördüğünü ifade etmesi ve diyet yapmakta ısrar etmek istediğini belirtmesi.

Hemşirelik tanısı: Sağlığı etkisiz yönetme

Hemşirelik girişimleri:

- ✓ A.Y ile iletişime geçilir. AN hakkında bilgilendirme yapılır.
- ✓ Hemşire, psikiyatrist, psikolog ve diyetisyen birlikte multidisipliner şekilde çalışılır.
- ✓ Hemşire A.Y'nin bakım ve tedavisinde nazik, kibar ve destekleyici davranır. Adolesanın dış görünümü ve kilosuna hakkında yorum yapmaktan kaçınır ("Ne güzel kilo almışsın" cümlesi adolesanda krize neden olabilir).
- ✓ Hemşire çocuğu ve aileyi bilişsel davranış terapilerine yönlendirir.
- ✓ Hemşire, hastaneden adolesanın bakım ve tedavisinden sorumlu uzmanlarla birlikte çocuğun, ailenin ve uzmanların duygu, düşünce ve endişelerini paylaşmaları için toplantılar düzenler (4,25).

Beslenme ve metabolik durum:

A.Y'nin yemek yememesi, diyet yapması ve son altı ay içerisinde ağırlığının %20'sinden fazla kilo vermesi (12 kilo vermiştir).

Hemşirelik tanısı: Beslenmede dengesizlik: gereksinimden az beslenme

Hemşirelik girişimleri:

- ✓ Yeme davranışları gözlemlenir.
- ✓ Kusma, laksatif ve diüretik kullanma, aşırı spor yapma gibi davranışlar izlenir.
- ✓ Yaşamsal bulgular ve sıvı elektrolit dengesizliği takibi yapılır.
- ✓ Adolesan mide bağırsak sistemi bozuklukları (azaltılmış bağırsak sesleri, konstipasyon, pankreatit, vb.) yönünden izlenir.
- ✓ Büyüme ve gelişmesi (boy, kilo takibi) yakın takipte izlenir (1,3,25).

Boşaltım / eliminasyon: A.Y'nin normalde günde 1-2 kez dışkılama yaptığını

fakat 4 gündür dışkısını yapamadığını ifade etmesi.

Hemşirelik tanısı: Konstipasyon

Hemşirelik girişimleri:

- ✓ Diyetisyenle görüşülüp beslenme düzeni oluşturulur.
- ✓ Diyetine uyup uymadığı gözlemlenir.
- ✓ Uyandığında bir bardak ılık su içmesi sağlanır.
- ✓ Posalı yiyecekler önerilir ve önemi anlatılır.
- ✓ Dışkılama ihtiyacını ertelememesi gerektiği açıklanır (1,3,25).

Aktivite / egzersiz: A.Y'nin okulda arkadaşlarının yaptığı fiziksel ve spor aktivitelerine katılmaması.

Hemşirelik tanısı: Aktivite planlamada etkisizlik

Hemşirelik girişimleri:

- ✓ Adolesanın çevresi (okul, arkadaş vb.) AN hakkında bilgilendirilir, sosyal ve psikolojik desteğin önemi anlatılır.
- ✓ Okulda spor ve aktiviteler saatinde aktif katılımın sağlanması için adolesanın desteklenmesi gerektiği öğretmenlerine ve arkadaşlarına belirtilir.
- ✓ Sosyal ortam oluşturması için adolesan desteklenir ve sosyal ortamlara yönlendirilir (1,2,3,25).

Uyku ve dinlenme: A.Y'nin sinirli, gergin ve düzensiz uykusunun olduğunu belirtmesi.

Hemşirelik tanısı: Uyku bozukluğu

Hemşirelik girişimleri:

- ✓ Sakin ve rahat bir ortama uyumu sağlanır.
- ✓ Geceleri sıvı ve diüretik alımı kısıtlanır.
- ✓ Uyumadan önce ılık duş, kitap okuma aktiviteleri vb. önerilir.
- ✓ Uyku rutini düzenlenir.
- ✓ Gündüz uyku süresi fazla ise bu sürenin azaltılması önerilir (3,4,25).

Bilişsel algılama: A.Y'nin kilosuna normal standartlara göre düşük olmasına rağmen kendisini çok kilolu olarak görmesi.

Hemşirelik tanısı: Düşünme süreçlerinde bozulma

Hemşirelik girişimleri:

- ✓ A.Y'nin kendini ifade etmesi sağlanır.
- ✓ Adolesanla tartışmaya girilmez.

- ✓ Aile ve çocuğun çevresine adolesanda görülen kendinden şüphe duyma, çaresizlik ve kontrol eksikliğinin kendine zarar verebilecek davranışları tetiklediği belirtilir ve sosyal desteğin sağlanması gerektiği açıklanır.
- ✓ Çocuk ve aile, davranış ve düşünce değişikliği oluşturan terapilere yönlendirilir (3,25).

Kendini algılama ve kavrama:

A.Y'nin arkadaşlarıyla arasının iyi olduğunu fakat belli süre sonra arkadaşlarıyla görüşmek istemediğini, kendini mutsuz hissettiğini ifade etmesi.

Hemşirelik tanısı: Durumsal düşük benlik saygısı

Hemşirelik girişimleri:

- ✓ Tedavi ve bakımda güven verici bir ilişki kurulur.
- ✓ Adolesanın başarılı olduğu yönler vurgulanır.
- ✓ Adolesan yeteneklerini fark edebileceği sosyal aktivitelere yönlendirilir.
- ✓ Aile ve arkadaşlarına adolesana bu süreçte destek olmaları gerektiği açıklanır.
- ✓ Adolesanın kendini ifade etmesi sağlanır, kendini gerçekleştirme ve sorumluluk alabilmesi için cesaretlendirilir (2,3,25)

Rol ve ilişki: A.Y'nin arkadaşlarından uzaklaştığını, onlarla görüşmek istemediğini belirtmesi.

Hemşirelik tanısı: Sosyal etkileşimde bozulma

Hemşirelik girişimleri:

- ✓ Adolesan ve aile olumlu davranışlar ile sosyal davranışların pekiştirildiği terapilere yönlendirilir.
- ✓ Adolesanın başarılı yönleri ortaya çıkarılır ve desteklenir.
- ✓ Aileye destekleyici ilişkiler sağlanması için bilgilendirme yapılır.
- ✓ Adolesan sosyal aktivitelere yönlendirilir.
- ✓ Anksiyete yönetimi ve stresi giderme yöntemleri anlatılır.
- ✓ Adolesanla iletişim kurarken sert ve yıkıcı eleştirilerden uzak durulur (3,4,25).

Baş etme ve stres toleransı: A.Y'nin kendini çok kilolu görmesi, diyet yapması ve gergin tavırlar sergilemesi.

Hemşirelik tanısı: Etkisiz baş etme

Hemşirelik girişimleri:

- ✓ Adolesan dikkatlice dinlenir, adolesanın duygu ve endişeleri paylaşıp güvene dayalı bir ilişki kurulur.
- ✓ Adolesan karamsarlığa düştüğünde daha ümitli ve gerçekçi bir bakış açısı sağlamaya çalışılır.
- ✓ Gevşeme teknikleri ve stresle baş etme teknikleri öğretilir.
- ✓ Aile desteğinin önemi aileye açıklanır (2,3,25).

İnanç ve değerler: Adolesanın ailesi ile çok fazla iletişimde olmadığını belirtmesi

Hemşirelik tanısı: Spiritüel distress (manevi sıkıntı)

Hemşirelik girişimleri:

- ✓ Adolesana değerli olduğu hissettirilir. Adolesan ile ailenin birlikte vakit geçirmesi, iletişim kurması sağlanır.
- ✓ Aileye adolesanın kendini ifade edebilmesinin önemi anlatılır.
- ✓ Adolesanın kendini ifade edebilmesi konuşma seansları ayarlanır.
- ✓ Aile ve çocuk aile temelli psikoterapilere yönlendirilir.
- ✓ AN tedavisinde başarı sağlanabilmesi için aile desteğinin çok önemli olduğu vurgulanır (2,3,19,25).

TARTIŞMA

A.Y'nin sağlığı geliştirme / sağlığın yönetimi örüntüsü bu durumdan nasıl etkilenecektir?

Sağlığı geliştirme / sağlığın yönetimi:

A.Y'nin giderek kilo vermesi fizyolojik ve psikolojik sorunlara yol açacaktır. Bu sorunlar ilerlemeden tedaviye başlanması AN'nin yönetimi için çok önemlidir. Multidisipliner ekiple (hemşire, psikiyatrist, psikolog ve diyetisyen) birlikte çalışma, hemşire tarafından çocuğun ve ailenin psikoterapilere yönlendirilmesi, hemşirenin bakım ve tedavide kilo ile ilgili yorum yapmadan yaklaşması A.Y'nin diyet yapmaktan ısrar etmemesini, kendini şişman görmemesini sağlayacaktır. Aile temelli psikoterapi çalışmalarının AN tedavisinde kullanıldığı kanıtlanmış olup

çocukların sağlığını geliştirme ve yönetimi konusunda yardımcı olacaktır.

A.Y'nin beslenme ve metabolik durumu / boşaltım biçimi (eliminasyon) / aktivite ve egzersiz durumu / uyku ve dinlenme biçimi / bilişsel algılama biçimi / kendini algılama ve kavrama durumundan nasıl etkilenecektir?

Beslenme ve metabolik durumu:

A.Y'nin AN tanısı alması ve ciddi kilo kaybının (son 6 ayda %20'den fazla kilo kaybı/12 kilo kaybı) olması, gereğinden az beslendiğini göstermektedir. Diyetisyenle görüşülmesi, beslenme düzeninin, büyüme gelişmesinin takip edilmesi ve psikolojik desteğin sağlanması, yemek yeme düzenini ve istenilen kilo alımına ulaşılmasını sağlayacaktır. Beslenme düzeninin kademeli bir şekilde artırılarak yapılması kanıta dayalı çalışmalarda belirtilmiştir.

Boşaltım biçimi (eliminasyon): A.Y konstipasyon problemi yaşamaktadır (normalde günde 1-2 kez dışkılama yaptığını fakat 4 gündür dışkısını yapamadığını ifade etmesi). Bol sıvı alımı (kilosuna göre ayarlanan), uyandığında bir bardak ılık su içmesi, posalı yiyecekler alımı sağlanarak, diyetinin düzenli takip edilmesiyle, dışkılama ihtiyacını ertelememesi gerektiği açıklanarak konstipasyon sorununun çözümü sağlanacaktır.

Aktivite ve egzersiz durumu: AN A.Y'nin sosyal problemler yaşamasına neden olmakta, arkadaşlarıyla sosyal aktivitelere katılmamaktadır. AN hakkında A.Y'nin öğretmenleri ve arkadaşlarının bilgilendirilmesi, A.Y'nin sosyal aktivite programlarına yönlendirilmesi yaşadığı sosyal problemlerin çözümünü sağlayacaktır.

Uyku ve dinlenme biçimi: A.Y'nin sinirli ve gergin olması uyku problemleri yaşamasına da sebep olmaktadır. Sakin bir ortamın sağlanması, gündüz uyku süresinin kısaltılması, gece diüretik alımının ve fazla sıvı alımının azaltılmasıyla uyku düzeni sağlanmış olacaktır.

Bilişsel algıma: A.Y kilosu normal standartlara göre düşük olmasına rağmen kendisini çok kilolu olarak görmesi düşünme süreçlerinde bozulmanın olduğunu

göstermektedir. A.Y'nin kendisini ifade etmesinin sağlanması, düşünce ve davranış terapilerine yönlendirme düşünme süreçlerindeki bozulmalarının düzenlenmesini sağlayacaktır.

Kendini algılama ve kavrama: A.Y'nin arkadaşları tarafından eleştirilmesi kendisini mutsuz hissetmesine, arkadaşlarından uzak durmasına ve düşük benlik saygısı oluşmasına neden olacaktır. Aile ve sosyal çevre desteği bu süreçte çok önemli olup, bakım ve tedavi sürecinde güven verici iletişimin kurulması, çocuğun başarılı yönlerinin vurgulanması, kendini gerçekleştirebileceği, yeteneklerini fark edebileceği sosyal aktivitelere yönlendirilmesi A.Y'de düşük benlik saygısı oluşumunu engelleyecektir.

Sonuç olarak olguda AN tanısı alan çocuğa fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli doğrultusunda hemşirelik tanıları (sağlığı etkisiz yönetme, beslenmede dengesizlik: gereksinimden az beslenme, konstipasyon, aktivite planlamada etkisizlik, uyku bozukluğu, düşünme süreçlerinde bozulma, durumsal düşük benlik saygısı, sosyal etkileşimde bozulma, etkisiz baş etme, spiritüel distres [manevi sıkıntı]) konulmuştur. Konulan bu tanıları yönelik hemşirelik girişimleri planlanmıştır. Planlanan hemşirelik girişimleri sonucunda çocuğun; sağlığını geliştirme ve yönetme, beslenme, metabolik durumu, boşaltım biçimi (eliminasyon), aktivite ve egzersiz durumu, uyku, dinlenme, bilişsel algılama biçimi, kendini algılama ve kavrama durumunda iyileşmeler olduğu belirlenmiştir. AN ile ilgili yapılan kanıta dayalı çalışmalarda da tedavi ve bakıma yönelik; psikoterapi, aile merkezli bakım, aile desteği, psikofarmakoloji yöntemleri önerilmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma için herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederiz

Finansal Destek

Bu çalışmayı destekleyen herhangi bir fon bulunmamaktadır.

Teşekkür

Çalışma için görüşme yapılan ergen ve ailesine katkıları için teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Çunkuş N, Taşdemir GY. Bir erkek anoreksiya nervoza olgusuna yönelik hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2019; 10(1): 82-87.
2. BallJW, BindlerRC, Cowen K, ShawMR. (Ed.). *Anorexia nervosa. Principles of pediatric nursing: caring for children.* England: Pearson, 2016: 300-302.
3. Wilson D, Bruening M, Lowdermilk DL. *Anorexia nervosa and bulimia nervosa.* Hockenberry MJ, Wilson D. (Ed.). *Wong's nursing care of infants and children-e-book.* Netherlands: Elsevier Health Sciences, 2018: 638-641.
4. Nalbant K, Kalaycı BM, Akdemir D. Anoreksiya nervoza tanısı alan ergenlerde algılanan duygu dışavurumu ve bağlanma güvenliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2020; 31(1): 22-30.
5. Önal Sönmez A. Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2017; 9(3), 301.
6. Grice DE, Halmi KA, Fichter MM, Strober M, Woodside DB, Treasure JT, et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *The American Journal of Human Genetics* 2002; 70(3): 787-792.
7. Titova OE, Hjorth OC, Schiöth HB, Brooks SJ. Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies. *BMC Psychiatry* 2013; 13(1), 110.
8. Kanayama S, Sakai C, Aoto H, Endo Y, Minamimae K, Katayama T, et al. Childhood dietary intake: comparison between anorexia nervosa and healthy leanness. *Pediatrics International* 2019; 61(1), 73-79.
9. Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. Children in need diagnostics, epidemiology, treatment and outcome of early onset anorexia nervosa. *Nutrients* 2019; 11(8), 1932.
10. Herpertz-Dahlmann B, Holtkamp K, Konrad K. Eating disorders: Anorexia and bulimia nervosa. In *Handbook of Clinical Neurology* 2012; 106: 447-462.
11. Miller KK. Endocrine dysregulation in anorexia nervosa update. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2011; 96(10): 2939-2949.
12. Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a canadian paediatric surveillance program study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2011; 165(10): 895-899.
13. Modan-Moses D, Yaroslavsky A, Kochavi B, Toledano A, Segev S, Balawi F, et al. Linear growth and final height characteristics in adolescent females with anorexia nervosa. *PloS One* 2012; 7(9): e45504.
14. Peterson K, Fuller R. Anorexia nervosa in adolescents: an overview. *Nursing* 2019; 49(10): 24-30.
15. Resmark G, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Zeeck A. Treatment of anorexia nervosa - new evidence-based guidelines. *Journal of Clinical Medicine* 2019; 8(2): 153.
16. Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2016; 55(8): 683-692.
17. Jäger B, HerpertzS. S3-Leitlinie Diagnostik und therapie der essstörungen. *PiD-Psychotherapie im Dialog* 2013; 14(04): 16-21.
18. Giel KE, Groß G, Zipfel S. Neue S3-Leitlinie zur Behandlung von Essstörungen. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie* 2011; 61(07): 293-294.

19. Zeeck A, Herpertz-Dahlmann B, Friederich HC, Brockmeyer T, Resmark G, Hagenah U, et al. Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry* 2018; 9(158): 1-14.
20. Robinson P, Jones WR. MARSIPAN: Management of really sick patients with anorexia nervosa. *BJPsych Advances* 2018; 24(1): 20-32.
21. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2004, 38(9), 659-670.
22. Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Fichter M, Tuschen-Caffier B, Zeek A. 2018. S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html>. 12 Eylül, 2020.
23. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P, et al. 2010. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. URL: https://www.google.com/url?sa=t&ct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiajvSW0djeAhXNposKHUmuB8QQFjAAegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fpsychiatryonline.org%2Fpb%2Fassets%2Fraw%2Fsitewide%2Fpractice_guidelines%2Fguidelines%2Ffeedingdisorders.pdf&usg=AOvVaw1mmGEBSYOOgyC9FX4fGjBs. 12 Eylül, 2020.
24. National Guideline Alliance (UK) Eating Disorders: Recognition and Treatment. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/>. 12 Eylül, 2020.
25. Herdman HT, Kamitsuru S, North American Nursing Diagnosis A. NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification 2018-2020. H.T. Herdman (Ed.). New York: Thieme; 2018.