



VAKA SUNUMU

Dr. Dyt. AYGÜN KUYUMCU

Kuyumcu N. Adrasan 2006

Genel Özellikler

Cinsiyet:	Erkek
Yaş:	26
Yaşam şekli:	Sedanter
Medeni durum:	Bekar
Eğitim durumu:	Üniversite mezunu
İş:	Çalışmıyor, yabancı dil kursuna devam ediyor
Sigara kullanımı:	40 adet/gün
Alkol kullanımı:	Kullanmıyor

Hikaye

Hastadan Alınan Hikaye

- ❖ 10 yaşında babasını kaybetmiş
- ❖ Üniversiteye devam ettiği dönemde bir trafik kazası sonucu kafa travması yaşamış ve kulak zarı implantasyonu yapılmış
- ❖ Herhangi bir sistemik bozukluk veya kronik dejeneratif hastalığı yok
- ❖ Konstipasyon var - haftada 1 kez
- ❖ Antidepresan kullanıyor

Hikaye

Anneden Alınan Hikaye

- ❖ Hasta 10 yaşında babasını kaybettiği anda evde yalnız ve olay sonrasında hiç tepki göstermiyor
- ❖ Annesi tarafından içine kapalı, kendi halinde bir insan olarak tanımlanıyor
- ❖ Antidepresan kullanıyor
- ❖ Gazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda takip ediliyor.
- ❖ Anne, hastamızın durumunu hiçbir çalışanla paylaşmamamız için çok ısrar etti.

Hikaye

- Bize başvurduğu tarihe kadar 6 kez 25-30 kg vücut ağırlık kaybı ve geriye kazanımı olmuş
- Kilo verme süreçlerinde beslenme uzmanı yardımı almamış
 - İzomerid (dexfenfluramine)
 - Sibutramine
 - Laksatif
 - Diüretik
 - Tatlandırıcı kullanmış



Beslenme Alışkanlıkları

Kahvaltı Peynir, zeytin,
yağda yumurta,
ekmek

**Öğle –
Akşam** Döner kebab,
patates kızartması,
fast food mönüleri

Ara I Çorba, sebze
yemekleri, salata
ekmek

Ara II Cips, dondurma,
kuruyemiş,
çikolata



Besin Tüketim Kaydı ile Alınan Enerji ve Besin Ögesi Değerleri

Enerji(kal)	2900	2400
Karbonhidrat(%)	27	55-60
Protein (%)	13	12-15
Yağ(%)	60	25-30
Posa(g)	5	30
Kolesterol (mg)	591	%197
Kalsiyum (mg)	880	%88
Demir (mg)	20	%200
Fosfor (mg)	1288	%184

Potasyum(mg)	3758	2-4g
Sodyum (mg)	1962	%392
Tiamin (mg)	1.36	%113
Riboflavin (mg)	1.86	%143
Niasin (mg)	21	%131
C vitamini (mg)	131	100

Antropometrik ölçümler

Ağırlık (kg)	95.2
Boy (cm)	173
BKI (kg/m²)	31.8
BMH (kal)	1995
Yağ(%)	29
Bel (cm)	97
Kalça (cm)	105

Bel/kalça	0.9
ÜOKÇ (cm)	35
TDKK (mm)	28
BDKK (mm)	12
SİDKK (mm)	49
SSDKK (mm)	37

Tedavi

Beslenme tedavisi:

- 2000 kalorilik besin öğeleri açısından yeterli ve dengeli zayıflama diyeti
- Egzersiz uzmanı eşliğinde egzersiz programı
- Rahatlama için ozon ve buhar kombinasyonlu sulu bakım başlandı

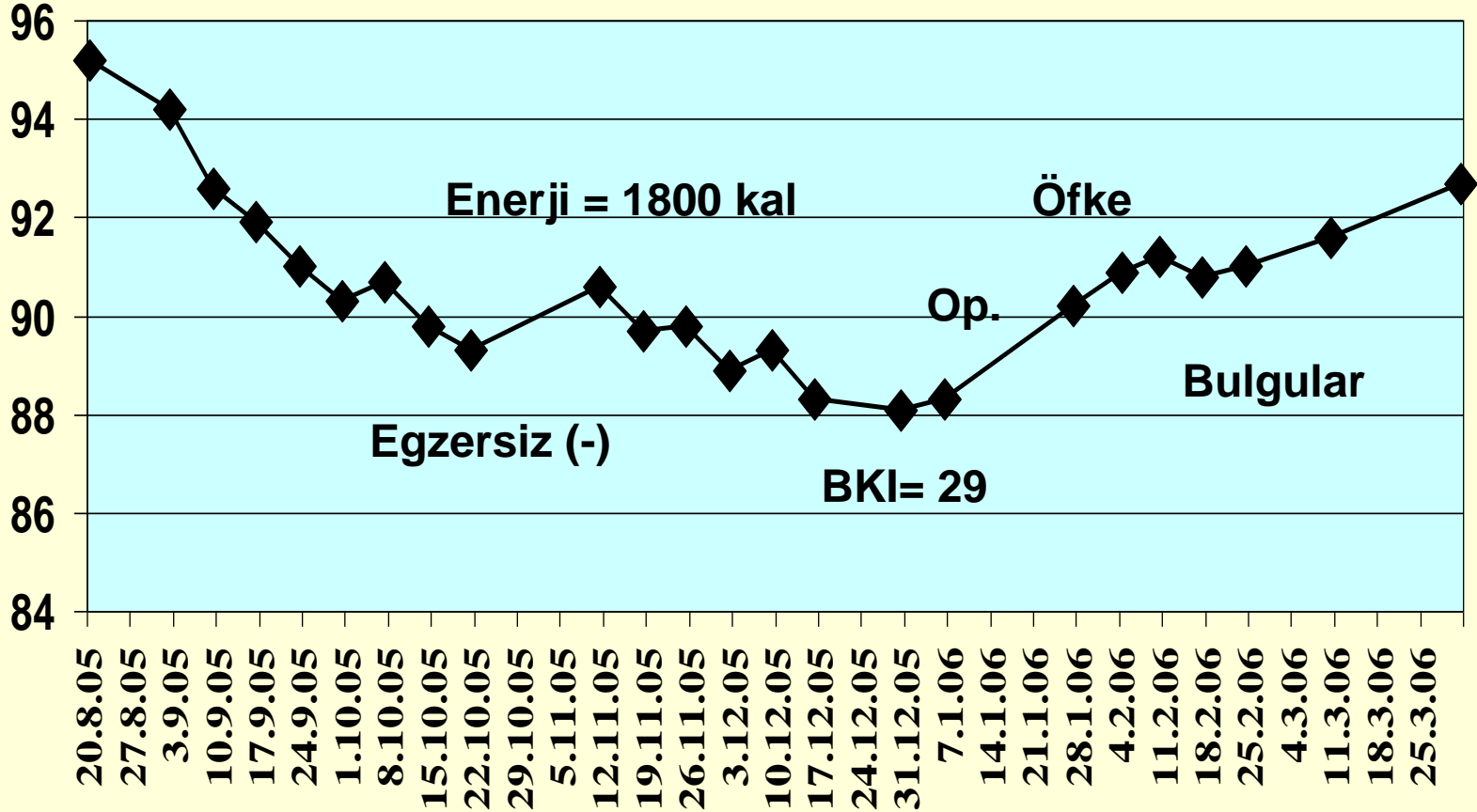


Tedavi

- Hekim, beslenme uzmanı ve psikolog değerlendirmesi sonucu hastamızın problemlerinin ifade ettiği kadar basit olmadığı düşünöldü.
- Anne görüşmeye çağırıldı. Başlangıçta verdiği bilgilerden daha farklı bir şey söylemedi. Anneye hastamızın kilo verme sürecinde istedikleri düzeyde başarı sağlayamayabileceğimiz söylendi ve bu tedaviye sadece sosyal yardım olarak bakması gerektiği belirtildi ve anne bunu kabul etti.
- Hastamız bir ilaç yardımı olmadan programı uygulayamayacağını ifade etti. Primer hekimi (psikiyatr) onayı ile 10 mg sibutramin başlandı.
- Görüşmelerde 5 dk içinde aynı soruyu 3-4 kez tekrarlıyordu
- Kilo kaybı olmadığında sorunların kaynaklarını sürekli dışarıya yönlendirdi (diyetiniz artık bana kilo verdiremiyor, bu hep böylemi devam edecek gibi)

Takip

Vücut Ağırlığı(kg)



Hastamız amisulpride tedavisi ile takip edilen baskın negatif semptomlarla karakterize bir şizofrendi.

Anne şizofreni tanısını kabul etmiyordu

Hastamızın ilk bulguları askerde sesler duyarak ve paranoyalar geliştirerek başlamıştı. GATA'ne sevk edildikten sonra tanısı konmuş 3 aylık bir tedavi görmüştü. Burada tedavisi tamamlanan hasta Gazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda takip ediliyordu.

Psikiyatrik tedavisinde değişiklik yapıldığı için sibutramin tedavisi sonlandırıldı.

Biz kontrol için hastalarımızın hemogram ve biyokimya değerlerini 2 ay ara ile değerlendiriyoruz.

Biyokimyasal Bulgular

	1. kontrol	2 . kontrol	3 . kontrol	4 . kontrol
Glikoz (75-115 mg/dL)	92	100	92	87
T. Kolesterol (120-200 mg/dL)	310	249	236	182
LDL (<130 mg/dL)	-	186	167	182
HDL (35-60 mg/dL)	-	43	47	51
Trigliserit (40-180 mg/dL)	207	203	-	198
Kreatinin (0.6-1.2mg/dL)	0.8	1.0	0.85	0.9
ALP (60-300 U/L)		232	254	246
LDH (20-450 U/L)		397	272	317
GGT (0-55 U/L)			14	24
ALT (5-40 U/L)	21	20	38	27
AST (5-40 U/L)	18	22	30	17
T3 (1.45-3.48pg/mL)	2.25			
T4 (0.71-1.85ng/dL)	0.83			
TSH(0.3-5.4µu/L)	1.39			

Baskın negatif semptomlarla karakterize psikotik bozukluklarda obesite hikayesinin yaygın olduğunu görüyoruz. Nedenleri:

- **Enerji homeostazının bozulması**
- **Kişinin veya çevresindekilerin besinleri ödül olarak kullanması**
- **Besinlerin hedonik etkilerinin kuvvetli olması**
- **İkinci jenerasyon antipsikotik ilaçların metabolik etkileri (fiziksel aktivitenin azalması, iştah artışı)**

Yapılan çalışmalarda şizofrenik hastalarda prefrontal kortekste fonksiyon yetersizliğine bağlı olarak bilişsel kontrolün zayıf olması ve besinlerin hedonik etkileri sağlıklı beslenme alışkanlıklarının gelişmesinde en önemli faktörler olarak belirtilmektedir.

Sonuçlar

- Hastamızda bilişsel yetersizlik ve kişilik bozuklukları, bir hedef belirleme ve kararlı davranışlar sergilemeyi engellediği için uzun süreli bir beslenme programı uygulamak mümkün olmadı.
- Başarısız olduğu anda ve çevresinde yaşadığı bir olumsuzluk sonucunda başladığımız noktaya neredeyse geri döndük.
- Damak tadı değişti. Doğru bilgiler vererek ve mekanizmalarını açıklayarak sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırdık.
- Kolesterol düzeyi normal sınırlar arasına düştü.
- Zararlı fast food alışkanlığını büyük ölçüde bıraktı. Dışarıda yemek yediğinde döner türü kebaplar, ayran ve salatadan oluşan menüler tercih ediyor.
- Tek başına dışarıya çıkmayı hala sevmiyor. Evde yemek yapma görevini üstlendi, tüm öğünleri kendisi hazırlıyor.
- Haftada 2 gün annesi ile birlikte yürüyüş yapıyor ve 15 günde 1 vücut ağırlığını kontrol etmek üzere tek başına görüşmeye geliyor.

Bu tür hastalarda

- **Beslenme tedavisine öncelikle bir sosyal yardım olarak bakmak gerekiyor.**
- **Eğer mümkünse psikiyatrik tedaviyi yapan hekimle ve mutlaka bir psikologla birlikte çalışmak gerekiyor.**
- **Vücut ağırlığı kaybı için belirleyeceğimiz hedefleri 2-3 kg'ın altında tutmak yararlı oluyor.**
- **Hasta değişim sistemini kavrayamadığı için örnek mönü ile programı sürdürmek daha yararlı oluyor.**
- **Örnek menüyü değiştirmezseniz (özellikle paranoya geliştiren hastalar) verdiğinizin dışında başka hiçbir şey yemiyor. Dolayısıyla yaşamındaki diğer faaliyetlerden vazgeçiyor.**
- **Hastanın isteklerini tamamen reddetmemeli ama programı tamamen onun yönlendirmesine de izin vermemiz gerekiyor.**
- **Her görüşmede yaklaşım ve davranışlarımızın pozitif olması gerekiyor.**