

## Sık Görülen Ruhsal Hastalıklardaki Hemşirelik Tanı ve Girişimleri

Sevda KORKUT BAYINDIR<sup>1</sup>, AYL A ÜNSAL<sup>2</sup>

### ÖZ

İnsan sadece biyolojik bir varlık değil aynı zamanda psiko-sosyo-kültürel bir varlıktır. Bu faktörlerin her biri sağlığı etkilemektedir. Önceleri genel olarak fizyolojik sorunlara ağırlık verilirken günümüzde ruh sağlığı ve hastalıklarından geçmişe oranla daha çok söz edilmekte ve giderek daha çok önem verilmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri sağlığın bütüncül bir bakış açısı ile ele alınmasıdır, diğeri ise sosyo-ekonomik alandaki ve teknolojiadaki gelişmelerin bireylerin ruhsal yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri ve bu durumun kişilerin yaşam kalitesini azaltmasıdır. Bu makalenin amacı, sık görülen ruhsal hastalıklarda genel olarak ele alınan hemşirelik tanıları ve girişimlerini incelemektir. **Anahtar Kelimeler:** Ruhsal hastalık; hemşirelik tanıları; hemşirelik girişimleri.

### Nursing Diagnosis and Interventions in The Common Mental Diseases

#### ABSTRACT

Human is not only a biological, but also psycho-socio-cultural entity. Each of these factors affects health. First, in general while giving weight to physiological problems, mental health and diseases are mentioned more today than in the past and are given increasingly more important. One of the most important causes is addressed with a holistic perspective of health, the other negative impacts on the spiritual life of individuals in technology developments and in the socio-economic area and this situation is to reduce people's quality of life. The purpose of this article is to examine nursing diagnoses and interventions generally discussed in the common mental diseases.

**Keywords:** Mental diseases; nursing diagnosis; nursing interventions.

### GİRİŞ

Toplumdan topluma kültürden kültüre farklılık gösteren farklı değer yargılarından etkilenerek çeşitli tanımları yapılan (1,2) ruhsal sağlık, bireyin ilişkilerinde denge ve uyum içinde olması, çalışabilmesi, sevebilmesi, mutlu olabilmesi, kendisinin farkında olabilmesi ve kendine yönelik olumlu tutumları olması durumudur (3). Ruhsal sağlıklı oluşa ilişkin kriterler şunlardır;

- Bireyin kendine yönelik olumlu tutumları vardır ve kendinin farkındadır (4).
- Birey yeteneklerinin farkındadır, kapasitesini kullanır ve kendini aşmaya isteklidir (5).
- Birey gerçeği değerlendirebilme ve hayal ile gerçeği ayırabilme yetisine sahiptir.
- Birey diğer bireylerle, ait olduğu gruplarla tutarlı ilişkiler kurabilir ve sürdürülebilir.
- Birey yeni ortamlara ve değişen durumlara uyum sağlayabilir ve iletişim kurabilir (4).
- Birey bağımsız girişimler yapabilme ve karar verebilme yetisine sahip, yeniliklere açıktır (1,4,5).
- Birey obje kaybını kabullenip yaşantısına devam eder, üzüntüsünü başkalarıyla paylaşabilir.

Bu kriterlerin çoğunluğunun gerçekleşmesi durumunda birey optimal düzeyde ruhen sağlıklıdır denilebilir (4). Ruhsal hastalık ise bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırıcılık, uygunsuzluk veya yetersizlik görülmesidir (1,6). Ancak her bireyde tutarsız, aşırı, uygunsuz veya yetersiz davranışlar görülebilir. Bunların var olduğu bireylerde ruhsal hastalık olup olmadığı; bunların şiddeti, süresi, ortaya çıktığı çevre, toplum, kültür, kişilik gelişimi, kişinin olanak ve yetenekleri, gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmadığı gibi birçok değişkene göre değerlendirilir (6). Ruhsal hastalıklar rahatsız edici, acı verici, bireyi ve çevreyi mutsuz eden, çalışma arzusunu azaltan türden belirtiler içerir (7).

<sup>1</sup> Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup> Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

**Correspondence:** Sevda KORKUT BAYINDIR, e-posta: skorkut@erciyes.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 11.05.2015 Kabul Tarihi / Accepted: 14.10.2015

## SIK GÖRÜLEN RUHSAL HASTALIKLAR

Dünyadaki çalışmalara göre ruhsal hastalıklar toplumun yaklaşık %25'inde görülmektedir (8-10). Amerika'da Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün gerçekleştirdiği Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda en az bir ruhsal hastalığın toplumdaki bir aylık yaygınlığının %15.4 olduğu, en yaygın ruhsal hastalıkların anksiyete bozuklukları olduğu ve toplumun %7.3'ünde görüldüğü saptanmıştır. Cinsiyete göre erkeklerde alkol ve madde kullanımının kadınlarda anksiyete bozukluklarının çoğunlukta olduğu belirlenmiştir (11). Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda psikiyatrik hastalıkların erkeklerde %16.2, kadınlarda ise %15.3 düzeyinde olduğu bildirilmiştir. Plandaki en yaygın tanıların erkeklerde unipolar depresif, alkol kullanımı, şizofreni, şiddet, bipolar affektif bozukluklar; kadınlarda ise unipolar depresif, şizofreni, bipolar affektif ve panik bozukluklar olduğu belirtilmiştir (12). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu Çalışması'nda da toplumun %17.2'sinde ruhsal hastalık bulunduğu belirlenmiş en sık ağrı bozukluğu ve majör depresyonun yaşandığı, tanılarının büyük çoğunluğunun anksiyete ve depresyon gibi hastalıklardan kaynaklandığı bildirilmiştir (13).

Yaş gruplarına göre çocuk ve ergenlerdeki ruhsal hastalıkların yaygınlığının yaklaşık %9-21 olduğu bildirilmiştir (14-16). Şahingöz ve Kaya (17) olguların çoğunlukla sinirlilik, aşırı hareketlilik, alt ıslatma, kekemelik, sıkıntı hissi şikâyetleri olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada en sık anksiyete, dikkat eksikliği, hiperaktivite, duygudurum, dışa atım bozuklukları, iletişim sorunları, mental retardasyon görüldüğü belirtilmiştir (17). Ayaz ve ark. (18) dikkat eksikliği, hiperaktivite, reaktif bağlanma, karşıt olma karşı gelme, davranım ve yaygın gelişimsel bozuklukların çocuklarda sık görüldüğünü belirlemişlerdir (18). Özfırat ve ark. (19) lise öğrencilerinin %47'sinde depresif bozukluk belirtisi saptamış, kız öğrencilerde (%53.4), erkeklere (%41.6) göre depresif bozukluğun daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (19). Yetişkinlerde duygudurum, anksiyete, somatoform, olası alkol kötüye kullanım bozuklukları yaygındır (1,20). Keskin ve ark. (20), yetişkinlerin %37'sinde duygudurum, %29'unda anksiyete, %18.6'sında somatoform ve %7.7'sinde ise olası alkol kötüye kullanım bozuklukları bulunduğunu saptamışlardır. Duygudurum, somatoform ve anksiyete bozukluklarının kadınlarda, olası alkol kötüye kullanımının ise erkeklerde daha yaygın olduğunu belirlemişlerdir (20). Yetişkin bayanları etkileyen ruhsal sorunlardan biri de postpartum depresyondur (21,22). Ayvaz ve ark. (22) kadınların %28.1'inin postpartum depresyon yaşadığını belirtmişlerdir. Yaşlıların ruhsal sorunlarının başında depresyon, alzheimer tipi demans, anksiyete bozuklukları, somatizasyon, intihar girişimi ve demans gelmektedir (23-25). İstanbul'da 70 yaş ve üstü bireylerin %16'sının depresif belirti gösterirken sadece %9'unun depresyon tedavisi almakta olduğu belirlenmiştir (24). Bingöl ve ark. (23) yaşlıların %52'sinde anlamlı düzeyde depresyon saptamış ve depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtmişlerdir (23). Copeland ve ark. (26) yaş, eğitim, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, aile yapısı, medeni durum, çocuk sayısı,

hobiler, boş zamanlarını değerlendirme biçimi gibi psikososyal faktörlerin yaşlılıkta bu sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştırdığını bildirmektedirler. Ülkemizde yalnız yaşayan yaşlılarda görülen en olumsuz olaylardan biri de intihar girişimlerinin artmasıdır. Bu durum erkeklerde kadınlara nazaran daha yüksektir. Bunun nedeni, özellikle kentsel bölgede kadının çalışma hayatına atılması, yaşlı kadınların ev işleri ve çocuk bakımına katkı vermesi nedeniyle kadının kendini işe yarar ve değerli hissetmesinden kaynaklanabilir (27).

Ruhsal hastalıklarda bireylere öncelikli olarak konulabilecek hemşirelik tanıları; bireysel başetmede yetersizlik, düşünce sürecinde değişim, ümitsizlik, sözel iletişimde bozulma, kendine ya da çevresine zarar verme riski, benlik saygısında bozulma, sosyal etkileşimde bozulma, düşük benlik saygısı ve ölüm anksiyetesidir.

### 1. Bireysel Baş Etmede Yetersizlik

Bireyin mevcut uygunsuz başetme davranışları tanımlanarak, bireye kendi kişisel başetme şeklinin ve davranışlarının yol açtığı sonuçlar gösterilir. Bu sonuçlar doğrultusunda birey ile olumlu alternatif stratejiler belirlenerek uygulaması sağlanır. Bu amaçla;

- Objektif olarak bireyin duygularının farkında olunur ve duygularını ifade etmesi için desteklenir, güven ilişkisi ile önemsendiği ve kabul edildiği hissettirilir.
- Bireyin motivasyonu değerlendirilerek olumlu davranışlar, çabalar ve işbirliği için olumlu geri bildirim verilir ve motivasyonu artırılır.
- Birey sorumluluklarını yerine getirmesi, kendi güç ve yeteneklerini görmesi için desteklenir ve aktivitelere etkin bir biçimde katılımı sağlanır (1,28,29).
- Aşırı neşeli tavırlar bireyin kabul edilmeyen duygularını açığa çıkarabileceği için bireye yaklaşımda aşırı neşeli davranışlardan kaçınılır ve yumuşak bir ses tonu kullanılır (30).
- Bireyin kullandığı olumlu veya olumsuz başetme yöntemleri tartışılır ve olumlu başetme yöntemleri geliştirmesine yardımcı olunur (28).
- Mutsuzluk, umutsuzluk ve üzüntünün sağlıklı bir şekilde ifadesini sağlayabileceği için hastanın ağlamasına izin verilir, hasta isterse ağlarken yanında bulunulur ve destek olunur.
- Problem çözme sürecinin başarılı bir şekilde kullanımı bireyin kendine olan güvenini artıracığından bireye problem çözme süreci öğretilerek uygulanır (30).
- Bireyin sosyal destek kaynakları belirlenir ve bireyin bu kaynakları kullanması sağlanır (28).
- Ailenin tedaviye katılımı sağlanır, aile ile etkileşim düzeyi artırılır (29).
- İletişimi desteklemek için kısa cevaplı sorular sorulmalı ve çok fazla soru sorulmamalıdır (30).

### 2. Düşünce Sürecinde Değişim

Bireyin gerçeğe oryantasyonu sağlanarak, kendi ile ilgili gerçekçi düşüncelere sahip olması için girişimde bulunulur. Bu amaçla;

- Bireyin yer, zaman, kişi ve olaylara uyumunu sağlamak için takvim, saat kullanılır (28).
- Gün içerisinde ara ara bireyin yanına gidilir,

anksiyetesini azaltmak için konuşulmasa da yanında kalınır (1,30,31) ve bireye mümkünse aynı kişilerin bakım vermesi sağlanır (28,31).

- Güven ilişkisinin gelişmesi için bireyin yanına kararlaştırılan zamanda gidilir ve belirtilen süre kadar yanında kalınır, yerine getirilemeyecek sözler vermekten kaçınılır (1,30,31).
- Günlük yaşam aktivitelerini alışık olduğu biçimde yapmasına yardım edilir (28).
- Bireyin düşünme ve konsantrasyon güçlüğü yaşaması iletişimi zorlaştırdığından iletişimde basit ve somut kelimeler kullanılır, bireye sorulara cevap vermesi için zaman tanınır (30,31).
- Sanrılı bireylerde sanrılar onaylanmamalıdır, bireyin bu düşünceleri hoş görülmemelidir (1,30).
- Kendi tedavi planına katkıda bulunması için bireye fırsatlar, daha fazla sorumluluk verilir, geribildirimlerle karar verme sürecinde birey desteklenir ve cesaretlendirilir (31).
- Değersiz hissedebileceğinden yanında gülme, şakalaşma ve neşeli davranmaktan kaçınılır.
- Bireyin tartışmacı ve öfkeli davranışlarına tepkisel olarak karşılık vermek benlik saygısını azaltacağından savunucu olmadan bireyin öfkesini ifade etmesi sağlanır (30).

### 3. Ümitsizlik

Birey yaşamın anlamı ve kendi değerlerini göz önünde bulundurarak, geleceğe ilişkin gerçekçi planlamalar yapması ve amaçlarına ulaşabileceğine inanması konusunda desteklenir. Aynı zamanda diğer insanlarla olumlu ilişkiler geliştirmesi için cesaretlendirilir. Bu amaçla;

- Empati kurularak bireyin şüpheleri, korkuları ve endişelerini ifade etmesi sağlanır (31).
- Duyguları eleştirilmemelidir (32).
- Birey yaşamında ümidin niçin önemli olduğunu, ümidinin kırıldığı alanları ve ümidin nasıl belirsiz olduğunu ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- Bireyin otonomi, bağımsızlık, mantık, bilişsel düşünme, esneklik gibi içsel kaynakları değerlendirilir.
- Kısa ve uzun vadeli, gerçekçi amaçlar geliştirmesine yardım edilir.
- Sevildiğini, ilgilenildiğini ve sağlığın bozulmasına bakmaksızın başkalarının yaşamında önemli olduğunu fark etmesi için birey desteklenir (31).
- Birey kontrolün kendinde olduğu duygusunu hissetmeli ve karar vermesine izin verilmelidir.
- Güçlü aile ilişkileri, hayatın sürdürülmesini destekleyip yükün paylaşılmasını sağladığından birey olumlu aile ilişkileri kurmaya ve aile içindeki iletişimi sürdürmeye cesaretlendirilir (32).
- Benzer bir problemi ya da hastalığı olan ve bununla etkili baş ederek, pozitif deneyimlere sahip olan başka kişilerle endişelerini paylaşması için birey görüşmeye teşvik edilir (31).
- İnançların güçlü olması kişinin umutsuzluk duygularının azalmasına yol açabileceğinden hasta ve ailesinin dini inanışlarını sürdürmeleri desteklenir (32).

### 4. Sözel İletişimde Bozulma

Birey ile güven verici bir iletişim kurularak, kendini ifade etmesi sağlanır. Bu amaçla;

- Bireye yeterli zaman ayrılır, duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- Bireyin güven geliştirmesi, kendi davranışlarını ve iletişim biçimini anlayabilmesi için uzun süreli ilişki kurulur, soru sorarak önemli noktalar vurgulanır.
- Anksiyetesini artıran risk faktörleri belirlenerek konuşmasına yardımcı olunur, konuşmayı kolaylaştırıcı teknikler kullanılarak konuşmaya teşvik edilir (1).
- Gereksiz gürültüler önlenir, birey daha yavaş hızda ve daha yüksek sesle konuşmak için bilinçli bir çaba göstermeye cesaretlendirilir.
- İlgili bir tavırla iletişimde bulunulur, düşük ve orta düzeyde bir ses tonu kullanılır (31).
- Sosyalleştirici ortamlar oluşturularak bireyin sosyal etkinliklere katılımı sağlanır (1).

### 5. Kendine ya da Çevresine Zarar Verme Riski

Birey dürtüsel davranışları üzerinde kontrolünün artması için desteklenir ve intihar düşünceleri olduğunda iletişim geçebileceği kişilerden oluşan destek sistemi oluşturulur. Bireyin öfke, ümitsizlik, yalnızlık duygularını ifade etmesi sağlanır. Bu amaçla;

- İntiharla ilgili açık ve dolaylı ipuçları, plan ve planın öldürücülüğü değerlendirilir (30).
- Kendine/çevresine zarar verme isteğine yönelik yazılı bir materyalin varlığı kontrol edilir (1).
- İntihar niyetinin olup olmadığını öğrenmek için “Kendini öldürmeyi düşünüyor musun?”, “Kendine zarar vermeye yönelik bir planın var mı?”, şeklindeki sorular doğrudan sorulur (1).
- Bireyin güvenliği bakımından zarar potansiyeli yüksek olan; kemer, kravat, kesici nesnelere ve cam gibi nesnelere çevreden uzaklaştırılır (1,30).
- İntihar girişimi olan bireye yönelik intihar önlemleri alınır.
- Hasta ile “sekiz saat boyunca kendimi öldürmeyeceğim” gibi intihar etmeyeceğine dair yazılı bir anlaşma oluşturulur ve daha sonra bu anlaşma tekrar gözden geçirilir (30).
- Bireyin öfkesini uygun biçimde göstermesine izin verilir, öfkenin kaynağını tanımasına yardımcı olunur, öfkesini doğru şekilde gösterdiğinde davranışı onaylanır (1,30,31).
- Birey anksiyetesini azaltacak aktiviteler yapması konusunda cesaretlendirilir.
- Bireyin saldırgan davranışlarını hemşire kendine yönelik olarak algılamamalı ve sakin tavrını korumalı, birey fiziksel saldırganlığını sürdürürse tecrit ve izolasyon sağlamalıdır (1).

### 6. Benlik Saygısında Bozulma

Bireyin kendisi hakkındaki düşüncelerini sözel olarak ifade etmesi sağlanarak, birey olumlu-olumsuz özelliklerini sıralaması için cesaretlendirilir. Olumsuz özelliklerini değiştirebileceği ve geleceğe dair hedefler oluşturup, bu hedeflere ulaşabileceğine inanması konusunda desteklenir. Bu amaçla;

- Bireyin sosyal etkileşimini geliştirmesine yardımcı olunur ve güven verici ilişki kurulur.
- Bireyin güçlü yönleri, destek kaynakları incelenir ve bireyin bunların farkına varması sağlanır.
- Birey ile geleceğe dair hedefler belirlemesi ve hedefleri gerçekleştirmesi için hangi aktiviteleri yapması gerektiği konuşulur.
- Bireysel sorunları yenmesi için güç verilir.
- Benlik saygısını artırıcı bir çevre oluşturulur ve bireyin aktiviteleri uygulamasına yardımcı olunur.
- Ebeveynlere çocuklarına ilişkin net beklentiler koymaları ve çocukları ile birlikte sınırları tanımlamaları konusunda eğitim verilmelidir (1).

### 7. Sosyal Etkileşimde Bozulma

Birey sahip olduğu sosyal destek kaynaklarının farkına vardırıncaya, bireyin sosyalleşmesini sağlayacak etkileşim yöntemleri birey ile oluşturulur ve uygulaması sağlanır. Bu amaçla;

- Birey ile güvene dayalı bir ilişki geliştirilir, ilişkide dürüst olunur ve verilen sözler tutulur.
- Bireyin kabullenilmesi onun öz değerini artıracığından davranışlarını değil kendisini kabul ettiğimizi belirten ifadeler kullanılır (Sen değil ama senin davranışların sorunlu gibi).
- Güvenilir bir bireyin varlığı bireyinde güvende olduğu hissini artıracığından diğer bireylerle iletişimi konusunda birey ikna edilir ve uygun iletişim kurabilmesi için rol model olunur.
- Olumlu geribildirimler benlik saygısını artırıp bireyi olumlu davranışların tekrarına teşvik edeceğinden bireyle iletişimde olumlu geribildirimlerde bulunulmalıdır (1).

### 8. Düşük Benlik Saygısı

Birey benlik saygısını tehdit eden kaynakları tanıması ve bunlarla başa çıkmaya çalışması için istekli olması konusunda desteklenir. Bireyin kendindeki olumlu yönleri tanıması ve geleceğe yönelik pozitif bir bakış açısı ifade etmesi sağlanır. Bu amaçla;

- Başarı benlik saygısını artıracığından bireyin başarma olasılığı yüksek olan aktiviteler seçilir ve gerçekçi hedefler konulur.
- Birey grup aktivitelerine yönlendirilir ve kendisine değer verildiğini göstermek için grup aktiviteleri içinde bireyle birebir zaman geçirilir.
- Bireyin gelecek planları yapması sağlanır, bu planlarda olumsuz yönler varsa değişiklik yapması konusunda cesaretlendirilir.
- İnkârın sık kullanılmasının önüne geçilir, birey problemlerini görmeye çalıştığında ve uyuma yönelik savunma mekanizmaları geliştirdiğinde desteklenir (1).

### 9. Ölüm Anksiyetesi

Bireyin ölüm ile ilgili duygularını açıklaması sağlanarak, anksiyete ve korkularını azaltmak için girişimde bulunulur. Bu amaçla;

- Durumunu paylaşması için bireye fırsat verilir, ikilemler ve endişelerini paylaşması sağlanır.
- Bireyin ölüm hakkındaki düşünceleri ve inançları

hakkındaki konuşmaları dinlenir.

- Bireyin acı çekmeyi nasıl yorumladığı incelenir (cezalandırma, doğal süreç).
- Birey yaşamından öyküler anlatmaya, eski günlerden konuşmaya cesaretlendirilir.
- Dua etme, meditasyon, günlük yazma gibi aktivitelere yönlendirilir (31).

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Bilimsel düşünmeyi gerektiren aynı zamanda bireye/aileye özgü olarak planlanıp uygulanan ve değerlendirilen dinamik bir süreç olan hemşirelik süreci, hemşirelik mesleğine profesyonel bir kimlik kazandırmakta ve bireye özgü bakım verilmesini sağlamaktadır. Bireysel olan bu bakım ile her alanda bireyin kapsamlı, etkin ve koordine bir bakım alması hedeflenmektedir. Bu sürecin yöneticisi olan hemşire, bireyleri özel olarak değerlendirmeli ve her bireyin biyolojik, sosyal, ruhsal ve kültürel özelliklerine dayanarak bakımını gerçekleştirmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Çam O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014.
2. Güleç C. Toplum ruh sağlığı açısından psikiyatrik epidemiyoloji. Bertan M, Güler C, editörler. Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi; 1995. s. 442-51.
3. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy A. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006; 7(1): 43-8.
4. Ergun S, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 8(1): 37-8.
5. Aştı N. Bilgi, bilim ve hemşirelik üzerine dünden bugüne görüşler. Hemş Derg. 2002; 8(48): 2-7.
6. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 9. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.
7. Fidaner CI. Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) kavramı: Bir giriş denemesi. Sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu; 8-10 Nisan 2004; İzmir; 2004. s. 1-7.
8. Kaptanoğlu C, Yenilmez Ç, Ayrancı Ü. Temel sağlık hizmetlerinde en sık görülen ruhsal bozukluklar ve fiziksel belirtiler. İstanbul: 5US Yayınları; 2003.
9. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature and comorbidity of depressive disorders in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 1994; 16(4): 267-76.
10. Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. Acta Psychiatr Scand. 1990; 82(1): 82-5.
11. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH epidemiologic catchment area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry. 1984; 41(10): 934-41.
12. Psikolog.org [Internet]. Ankara: TSHGM Yayın Komisyonu; 2011 [Erişim Tarihi: 02.01.2015]. Erişim adresi: <http://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>.



13. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Ankara: Eksen Tanıtım Ltd.Şti.; 1998.
14. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM IV disorders. *J Acad Child Adol Psyc.* 2003; 42(10): 1203-11.
15. Muris P, Meesters C, Berg F. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003; 12(1): 1-8.
16. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 1998; 155(6): 715-25.
17. Şahingöz M, Kaya N. Bir üniversite hastanesi çocuk ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların analizi. *Selçuk Üniv Tıp Derg.* 2011; 27(3): 154-6.
18. Ayaz M, Ayaz AB, Başgül ŞS, Karakaya I, Gülen Şişmanlar Ş, Yar A, ve ark. 3-5 yaş grubu kurum bakımındaki çocuklarda ruhsal hastalık sıklığı ve ilişkili etmenler. *Türk Psik Derg.* 2012; 23(2): 82-8.
19. Özfirat Ö, Pehlivan E, Özdemir FÇ. Malatya il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniv Tıp Fak Derg.* 2009; 16(4): 247-55.
20. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2013; 50(4): 344-51.
21. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fak Derg.* 2009; 10(3): 13-22.
22. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psik Derg.* 2006; 17(4): 243-51.
23. Bingöl G, Demir A, Karabek R, Kepenek B, Yıldırım N, Kaytaş EG. Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Göztepe Tıp Derg.* 2010; 25(4): 169-76.
24. Kulaksızoğlu İB, Gurvit H, Polat A, Harmanlı H, Cakir S, Hanagasi H, et al. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. *Int Psychogeriatr.* 2005; 17(2): 303-12.
25. Kurtoğlu DT, Rezaki M. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psik Derg.* 1992; 10(3): 173-9.
26. Copeland JRM, Devvey ME, Saunders PA. Yaşlılarda depresyon. *Türk Psik Derg.* 1992; 3(1): 3-7.
27. İçli T. Yalnız yaşamak. *Geriatrici.* Kusal GY, editör. Geriatrici 2002 Sempozyumu; 1-2 Nisan 2002; Ankara. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi; 2002. s. 260-5.
28. Birol L. Hemşirelik Süreci. 10. baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2013.
29. Coşkun S. Bağımlılık tedavisinde hemşirelik. [Erişim Tarihi: 02.01.2015]. Erişim adresi: [www.ogelk.net/Dosya\\_depo/hemsire\\_bolum.pdf](http://www.ogelk.net/Dosya_depo/hemsire_bolum.pdf).
30. Pınar ŞE, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psik Hemş Derg.* 2012; 3(2): 86-91.
31. Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
32. Küçükgüçlü Ö. Alzheimer hastalığı ve hemşirelik bakımı. *Demans Derg.* 2003; 3(3): 86-92.