



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

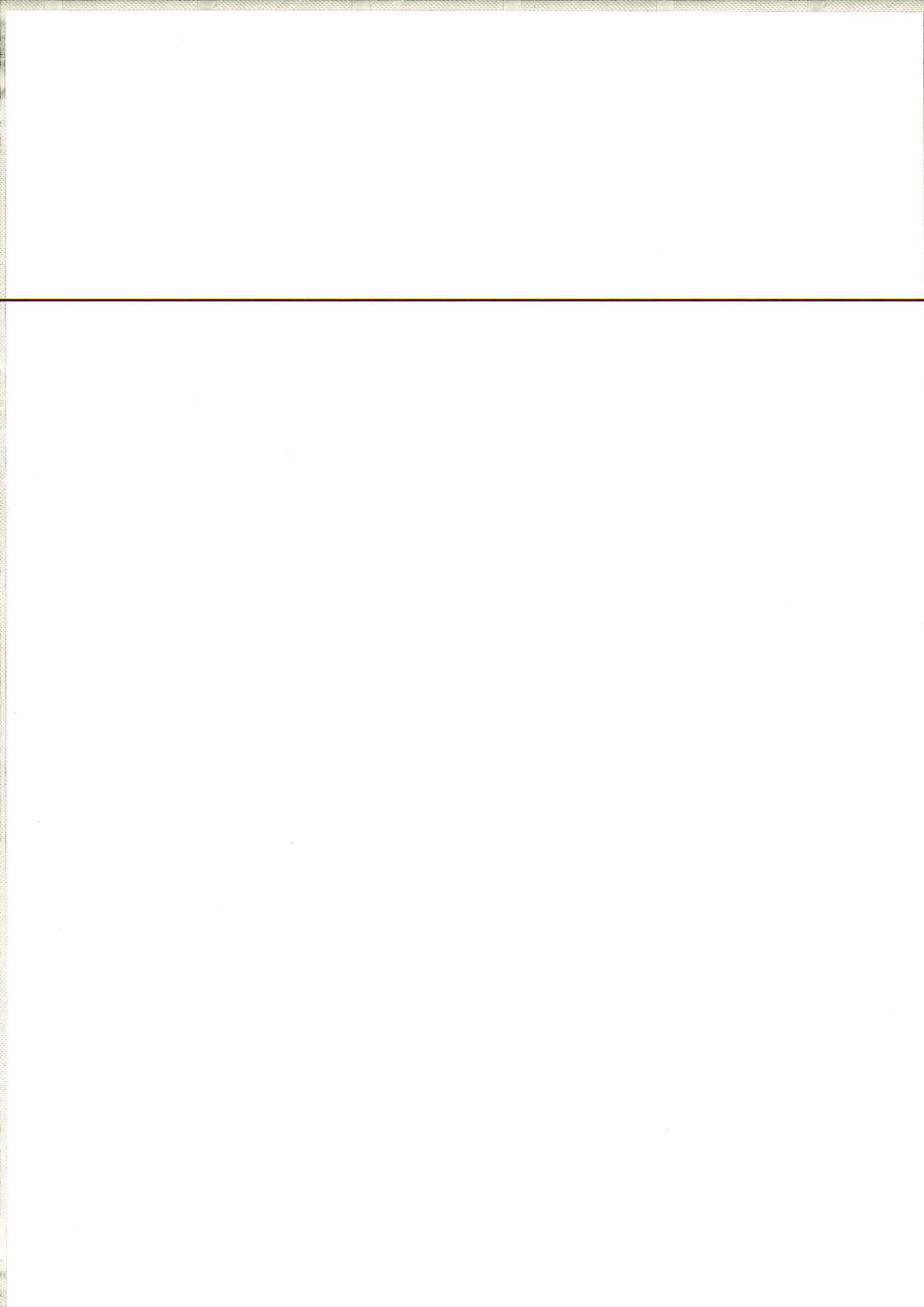
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN FİZİKSEL SAĞLIK DURUMUNA  
HEMŞİRELERİN YAKLAŞIMLARI VE EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN  
BELİRLENMESİ

DİLEK SARI

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL-2017





T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN FİZİKSEL SAĞLIK DURUMUNA  
HEMŞİRELERİN YAKLAŞIMLARI VE EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN  
BELİRLENMESİ

DİLEK SARI

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL-2017

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı

Program : Psikiyatri Hemşireliği

Öğrenci No : 134204009

Öğrenci Adı Soyadı : Dilek SARI

“Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Durumuna Hemşirelerin Yaklaşımları ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 28 02 2017 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Besti ÜSTÜN  
Üsküdar Üniversitesi

İmza 

Danışman : Prof. Dr. Selma DOĞAN  
Üsküdar Üniversitesi

İmza 

Üye :Prof. Dr. Ayşe OKANLI  
Medeniyet Üniversitesi

İmza 

**ONAY**

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Prof.Dr.Nilgün SARP**  
Enstitü Müdürü

# RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN FİZİKSEL SAĞLIK DURUMUNA HEMŞİRELERİN YAKLAŞIMLARI VE EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

## ÖZET

Bu araştırma, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığına hemşirelerin yaklaşımları ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, İstanbul ilinde bulunan ruh sağlığı hizmeti veren ve kurum izni alınan dört hastanenin psikiyatri servislerinde çalışan 107 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada veriler, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktivitelere Yaklaşımları ve Uygulamalarını Belirleme Formu” aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Yüzdellik, Bağımsız gruplar t testi, Tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Araştırma'ya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $29,23 \pm 6,73$ , hemşirelikte çalışma yılı ortalaması  $8,15 \pm 6,77$ 'dir. Hemşirelerin %47,6'sı lisans mezunu olup, %6,5'i psikiyatri hemşireliği alanında yüksek lisans yapmıştır. Hemşirelerin %53,3'ü rutin olarak fiziksel sağlık değerlendirmesi yaptığını belirtirken %85,0'i bu konuda eğitim almadığını ifade etmiştir.

Araştırmada hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili en fazla sorumlulukları olarak gördükleri aktiviteler; hastanın yaşam bulguları (%100) ve kan şekerinin (%96,3) ölçümü ve takibi, beslenme durumunun takibi (%94,4) ve beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi (%84,1), hastanın hijyenik özelliklerinin değerlendirilmesi (%93,5), vücut hijyeni bakımı verme (%89,7), hastanın alerjisinin değerlendirilmesi (%88,8), kullandığı psikotrop (%88,8) ve diğer ilaçların (%84,1) etki ve yan etkilerinin takibi, hastanın ağrı ile ilgili yakınmalarının değerlendirilmesi (%84,1), EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibi (%82,2), hastanın kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının (%80,4) ve acil müdahale gerektiren (%80,4) durumların değerlendirilmesidir. Sorumlulukları içinde görmedikleri



aktiviteler ise; en fazla erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma (%79,4), kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma (%73,8) durumunun, hastanın cinsel sağlığının (%71,0), düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun (%73,8) değerlendirilmesidir.

Hemşirelerin, uygulamaları sırasında sürekli yaptıkları fiziksel aktiviteler, yaşam bulgularının ölçümü ve takibi (%95,3), hastanın uyku alışkanlığının (%86,0), hijyenik özelliklerinin (%83,2), alerjisi olup olmadığının değerlendirilmesi (%82,3), EKT, TMU yapılan hastanın takibi (%80,3), beslenme durumunun (%78,5), kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkilerinin takibi (%77,6), bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi (%76,7), kan şekeri ölçümü ve takibi (%76,6), sigara, alkol ve madde kullanımının (%74,8), kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi (%73,9), kullandığı diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibi (%73,8), hastaya vücut hijyeni bakımı vermedir (%72,9). Hiçbir zaman yapmadıklarını ifade ettikleri aktiviteler ise; en fazla erkek hastalarda prostat muayenesi (%86,9), kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma (%84,1) durumunun, hastanın cinsel sağlığının (%79,5), düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesidir (%79,4).

Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığını değerlendirme ve müdahalede kendilerini yeterli bulduğu aktiviteler sırasıyla; yaşam bulgusu, kan şekeri ölçümü ve takibi (%99,1), hastanın hijyenik alışkanlığının değerlendirilmesi ve vücut hijyeni bakımı verme (%97,2), beslenme takibi (%93,5), boy-kilo ölçümü ve takibi (%93,5), hastanın uyku alışkanlığının (%93,5), alerjisinin (%90,7), ağrı yakınmalarının ve bulaşıcı hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi (%86,9), göbük çevresi ölçümü (%86,0), beslenme alışkanlığının değerlendirilmesidir (%85,0). Yeterli olmadıklarını düşündükleri aktiviteler ise; en fazla erkek hastalarda prostat muayenesi (%69,2), kadın hastalar da meme muayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma durumunun (%60,7), hastanın cinsel sağlığının (%57,9), düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi (%52,3), sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma (%46,7) ve ağız ve diş sağlığı problemlerinin değerlendirilmesidir (%38,3).

Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığına yönelik en fazla eğitim ihtiyacı olduğunu belirttiği konular; erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma durumunun

(%56,1), hastanın cinsel sağlığının (%50,5), kadın hastalarda meme mayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma durumunun değerlendirilmesi (%49,5), sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma (%48,6), hastada acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesi (%48,6), düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi (%43,9), hastanın kullandığı psikotrop (%41,1) ve diğer ilaçların (%40,2) etki ve yan etkilerinin takibidir.

Hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri yönünden değerlendirildiğinde, psikiyatri hemşireliği yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini diğerlerinden daha fazla sorumlulukları olarak gördükleri belirlenmiştir.

Çalışmanın sonunda; psikiyatride çalışan hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili olarak cinsellik ve sağlık taraması yapma başta olmak üzere, sorumluluk alma ve girişimde bulunmada yeterli olmadıkları ve eğitim almaya istekli olmadıkları belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığı ile ilgili konularda güçlendirilmesi ve fiziksel sağlık bakımının hasta üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koyan ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler, Fiziksel Sağlık, Fiziksel Sağlık Aktiviteleri, Psikiyatri Hemşireliği, Rol ve Sorumluluklar, Eğitim İhtiyaçları



## **DETERMINING MENTAL HEALTH NURSES' TRAINING NEEDS AND THEIR APPROACHES TO PHYSICAL HEALTH OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS**

### **ABSTRACT**

This research is a descriptive study which investigates mental health nurses' approach to physical health of people with mental illness and nurses' training needs. The research was conducted with the participation of 107 nurses, who work in psychiatric clinics of 4 hospitals providing mental health service in Istanbul. Consent for the research was obtained from hospitals prior to starting the study.

Data for the present research is collected through "Personal Information Form" and "Determining Nurses' Practices and Approaches to Activities Related to Patients' Physical Health Form". In the data analysis, percentile method, independent samples t-test, one way analysis of variance and Kruskal -Wallis test are performed.

The mean age of nurses who participated in the study was  $29,23 \pm 6,73$  and the mean number of having worked for the nurses was  $8,15 \pm 6,77$ . 47,6% of nurses had bachelor's degree and only 6,5% had master's degree in mental health nursing. While %53,3 of nurses reported assessing physical health routinely, 85% stated that they did not receive training in this regard.

In the research, activities which mental health nurses perceived to be primarily their responsibility were measuring and monitoring vital signs (%100) and blood glucose (%96,3), monitoring diet taken (%94,4), assessing dietary habits (%84,1), assessing patients' personal hygiene (%93,5), providing personal hygiene care (%89,7), assessment of patients' allergic reactions (%88,8), monitoring the effects and side-effects of psychotropic drugs (%88,8) and other medications (%84,1) patients take, assessing patient's complaint of pain (%84,1), monitoring patients who received somatic treatments such as ECT and TMS (%82,2), assessing whether the patient has a chronic illness (%80,4), assessing the cases that requires emergency intervention (%80,4). On the other hand, activities which were considered by mental health nurses as

falling outside of their remit, were checking if male patients have regular prostate exam (%79,4), checking if female patients have regular breast examination and cervical screening (%73,8), assessing sexual health of the patient (%71,0), checking if patients have regular eye examination (%73,8).

Physical activities which mental health nurses reported to perform constantly in their practice were measuring and monitoring vital signs (%95,3), evaluation of patient's sleeping habits (%86,0) and personal hygiene (%83,2), assessing whether the patient is allergic to something (%82,3), and following up patients who received ECT or TMS (%80,3), monitoring diet taken (%78,5), monitoring the effects and side-effects of psychotropic drugs (%77,6) patients take, checking whether the patient has an infectious disease (%76,7), measuring and monitoring blood glucose (%76,6), assessing smoking habits, alcohol and substance use (%74,8), checking whether the patient has a chronic illness (%73,9), monitoring other medications patient takes and their side effects (%73,8) and providing personal hygiene care to the patients (%72,9). On the other hand, activities that are reported more as having been never carried out by nurses were checking if male patients have regular prostate exam (%86,9), checking if female patients have regular breast examination and cervical screening (%84,1), assessing sexual health of the patient (%8,4) and checking if patients have regular eye examination (%79,4).

In terms of addressing physical needs of patients and performing medical interventions, activities that mental health nurses reported to feel more competent in carrying out were measuring and monitoring vital signs and blood glucose (%99,1), assessing personal hygiene and providing personal hygiene care (%97,2), monitoring the diet taken (%93,5), measuring and monitoring height and weight of the patient (%93,5), assessing patient's sleeping habits (%93,5), allergic reactions (%90,7) and complaint of pain (%86,9), checking whether the patient has an infectious disease (%86,9), measuring waist circumference (%86,0) and assessing dietary habits (%85,0). As for activities that mental health nurses reported to feel incompetent in carrying out were checking if male patients have regular prostate exam (%69,2), checking if female patients have regular breast examination and cervical screening (%60,7), assessing sexual health of the patient (%57,9), checking if patients have regular eye examination



(%52,3), educating patients on substance cessation (%46,7), and assessing oral and dental health problems (%38,3).

Subjects for which mental health nurses reported to have more training needs were checking if male patients have regular prostate exam (%56,1), assessing sexual health of the patient (%50,5), checking if female patients have regular breast examination and cervical screening (%49,5), educating patients on substance (cigarettes, alcohol and drugs) cessation (%48,6), assessing the cases that requires emergency intervention (%48,6), checking if patients have regular eye examination (%43,9), monitoring the effects and side effects of psychotropic drugs (%41,1) and other medication (%40,2) the patient takes.

When participant nurses are compared in terms of personal and professional characteristics, it appears that mental health nurses who had a master's degree are more likely to perceive activities carried out for addressing physical health needs of patients as their responsibilities than other nurses.

Results of this study revealed that mental health nurses reported that they feel incompetent about undertaking responsibility and taking initiative particularly in assessing sexual health and screening physical health of the patients, and that they are not willing to receive training on the issue. In line with these findings, it is suggested that mental health nurses working at psychiatric clinics should be supported in terms of addressing physical health needs of patients and further studies asserting positive impact of providing physical health care to the patients with mental illness should be conducted.

**Keywords:** People with Mental Illness, Physical Health, Physical Health Activities, Mental Health Nursing, Roles and Responsibilities, Training Needs.



## İTHAF

Eğitim ve öğrenim hayatım boyunca her zaman destek olan, sayesinde bu gün bu noktaya kadar geldiğim, üzerimdeki emeğini ve hakkını hiçbir zaman ödeyemeyeceğimi bildiğim sevgili, canım annem Zekiye SARI' ya ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi, destek ve zamanını esirgemeyen, umutsuzluğa düştüğümde elimden tutarak yeniden ayağa kalkmada yardımcı olan, bilgisini ve deneyimlerini heyecanla dinlediğim, meslegime olan bakış açımın değişmesine, psikiyatri hemşireliğinin diğer branşlar içinde ayrıcalıklı ve önemli bir yeri olduğunu görmemi sağlayan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Selma Doğan'a

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bakış açısı ile psikiyatri hemşireliği yanında hayata bakış açımında olumlu yönde değişmesin de önemli katkıları olan Sayın Prof. Dr. Besti Üstün'e, Sayın Yar. Doç. Dr. Sebahat Ateş ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tüm öğretim üyelerine,

Manevi ve maddi desteğini benden esirgemeyen, iyi ve kötü günde her zaman yanımda olan annem Zekiye Sarı'ya, babam Şükrü Sarı'ya, kardeşlerim Meral Sarı'ya, Melek Demirci'ye ve yeğenim Yağmur Demirci'ye,

Sevgili can dostum, meslektaşım Nursel Altınyay'a,

Birlikte çalışmaktan mutlu olduğum klinik sorumlu hemşirem Emel Şahin Demir ve klinikteki meslektaşlarım Handan Gezici, Muhibe Bulut, Meral Çınar, Sebahat Uz'a, Betül Kızılırmak'a,

Arkadaşım Aynur Dursun'a,

GATA Haydarpaşa Askeri Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'nde çalışan ve yardımcı olan tüm meslektaşlarıma, kliniğimizin hocalarına, kliniğimizin asistanları Dr. Hakan Kullakçı'ya, Dr. Mustafa İspir'e, Dr. Osman Bakkal'a, Dr. İbrahim Gündoğmuş, Dr. Murat Kıyançipek, Dr. Abdulkadir Karagöz'e, klinik uzman çavuşlarından Suat Hanbay, Mehmet Yıldırım, Yunus Çakar, Adnan Güngör ve kliniğimizin yardımcı sağlık hizmeti elemanlarına,

Hastanemizin bilgi işlem merkezinde çalışan, tezim ile ilgili her türlü yardım ve desteğini benden esirgemeyen sevgili Özlem Köksal ve Murat Mutlu'ya,

İngilizce çevirilerimde yardımcı olan Mevlut Köse'ye,

Araştırmam sırasında Anketlerin ön değerlendirmelerinin yapılmasında yardımcı olan Kasımpaşa Asker Hastanesi psikiyatri kliniği sorumlu hemşiresi Gülden hanım ve klinik hemşirelerine, arkadaşım Gülcan Temizel Aydın'a, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniği sorumlu hemşiresi Hilal hanım ve klinik hemşirelerine, Marmara Üniversitesi psikiyatri servisi sorumlu hemşiresi Sultan hanım ve klinik hemşirelerine,

Araştırmanın uygulanması sırasında verdikleri destek ve yardımlarından dolayı Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Hizmetleri Bakım Müdürü Sayın İlknur Yazıcı ve tüm servis sorumlu hemşireleri ile değerli zamanlarını ayırarak, ilgi ile anketlerimi dolduran tüm hemşire arkadaşlarıma,

Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Nöropsikiyatri hastanesinde çalışan ve zamanlarını ayırarak anketleri dolduran tüm meslektaşlarıma,

Balıklı Rum Vakıf Hastanesi Başhekimisi Sayın Stati Leana'ya, başhemşire Nuray Çaymoz'a ve Anatolia servis sorumlu hemşireleri ile ilgi ile anketlerimi dolduran tüm meslektaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi Olarak sunduğum “Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Durumuna Hemşirelerin Yaklaşımı ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

27/03/2017

Dilek SARI



## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	IV
ABSTRACT .....	VII
İTHAF .....	X
TEŞEKKÜR .....	XI
YEMİN METNİ .....	XIII
İÇİNDEKİLER .....	XIV
TABLOLAR DİZİNİ .....	XVII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	XVIII
<b>1.GİRİŞ ve AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	4
1.3. Araştırma Soruları .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Ruhsal Hastalıklarda Fiziksel Sağlık ve Hastalıklar .....</b>	<b>6</b>
2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar .....	10
2.1.2. Diyabet .....	10
2.1.3. Obezite .....	11
2.1.4. Metabolik Sendrom (MetS).....	12
2.1.5. Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Sorunlar.....	13
2.1.6.Göz sağlığı İle İlgili Sorunlar.....	13
2.1.7. Cinsellik ve Üreme Sağlığı İle İlgili Sorunlar.....	13
2.1.8. Solunum Sistemi Hastalıkları.....	13
2.1.9. Kanserler .....	14
2.1.10. Enfeksiyöz Hastalıklar (AIDS/Hepatit B/ Hepatit C) .....	14
2.1.11. Nörolojik Bozukluklar .....	15
2.1.12. Troid Bozuklukları .....	15
2.1.13. Böbrekle İlgili Bozukluklar .....	15
2.1.14. Karaciğer İle İlgili Bozukluklar .....	16
2.1.15. Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Gereksinimler İle İlgili Bozukluklar.....	16
<b>2.2. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Fiziksel Sağlığın Kötü Olmasının Nedenleri .....</b>	<b>16</b>
2.2.1. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Olumsuz Sağlık Davranışları .....	16

2.2.1.1. Sigara Kullanımı .....	17
2.2.1.2. Alkol ve Madde Kullanımı .....	18
2.2.1.3. Beslenme Alışkanlıkları .....	19
2.2.1.4. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz .....	19
2.2.1.5. Sağlıksız Cinsel Davranış ve İlişkiler .....	20
2.2.2. Hastalıkla İlgili Faktörler .....	20
2.2.3. Tedaviyle İlişkili Faktörler.....	21
2.2.3.1. Kilo Artışı (Obezite) .....	22
2.2.3.2. Glikoz İntoleransı ve Diyabet .....	22
2.2.3.3. Kardiyovasküler Etkiler .....	23
2.2.3.4. Metabolik Sendrom.....	23
2.2.3.5. Göz sağlığı .....	23
2.2.3.6 Diş Sağlığı.....	24
2.2.3.7. Cinsel Etkiler.....	24
2.2.3.8. Nöroleptik Maling Sendrom .....	25
2.2.4. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Faydalanamaması.....	25
<b>2.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Hastaların Fiziksel Sağlığına Yönelik Rolleri, Sorumlulukları ve Eğitim gereksinimleri .....</b>	<b>30</b>
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>42</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	42
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	44
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	45
3.4.1. Dâhil Edilme Kriterleri .....	45
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	45
3.6. Verilerin Toplanması .....	45
3.6.1. Veri Toplama Araçları .....	45
3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu .....	45
3.6.1.2. Psikiyatride Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Sağlık Sorunlarına Yaklaşımlarını Belirleme Formu .....	46
3.7. Araştırmanın Uygulanması .....	48
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	48
3.9. Araştırmanın Etik Yönü .....	49

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	49
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>51</b>
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>77</b>
<b>6. SONUÇLAR</b> .....	<b>90</b>
<b>7.ÖNERİLER</b> .....	<b>93</b>
<b>8. KAYNAKLAR</b> .....	<b>94</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>113</b>
EK-1: Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu.....	113
EK-2: Kişisel Bilgi Formu .....	114
EK-3: Fiziksel Sağlık Aktiviteleri Listesi .....	116
EK-4: Hemşirelerin, Fiziksel Sağlık Aktivitelerini Sorumlulukları Olarak Görme ve Uygulama Durumlarını Belirleme Formu .....	117
EK-5: Hemşirelerin, Fiziksel Sağlık Aktivitelerine Müdahalede Kendini Yeterli Bulma ve Eğitim Gereksinimi Duyma Durumunu Belirleme Formu .....	119
EK-6, 7, 8, 9, 10,11: KURUM İZİNLERİ .....	121
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>128</b>



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Formların Cronbach alfa Değerleri.....	47
Tablo 2. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	52
Tablo 3. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı.....	53
Tablo 4. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktiviteleri Sorumlulukları Olarak Görme Durumunun Dağılımı.....	55
Tablo 5. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktivitelere Yönelik Müdahalede Bulunma Durumlarının Dağılımı.....	58
Tablo 6. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktivitelerini Değerlendirme ve Müdahalede Kendini Yeterli Bulma Durumunun Dağılımı.....	60
Tablo 7. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktiviteleri İle İlgili Eğitim Gereksinimlerinin Dağılımı.....	63
Tablo 8. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktiviteleri Sorumlulukları Olarak Görme Durumu Puan Ortalamalarının Bireysel ve Mesleki Özelliklere Göre Dağılımı.....	65
Tablo 9. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktivitelere Yönelik Müdahalede Bulunma Durumu Puan Ortalamalarının Bireysel ve Mesleki Özelliklere Göre Dağılımı.....	68
Tablo 10. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktivitelerini Değerlendirme ve Müdahalede Kendini Yeterli Bulma Durumu Puan Ortalamalarının Bireysel ve Mesleki Özelliklere Göre Dağılımı.....	71
Tablo 11. Hemşirelerin Hastaların Fiziksel Sağlık Aktiviteleri İle İlgili Eğitim Gereksinimleri Puan Ortalamalarının Bireysel ve Mesleki Özelliklere Göre Dağılımı.....	74



## SİMGELEER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ANA</b>	: Amerikan Hemşireler Birliği
<b>BDT</b>	: Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>DH</b>	: İngiltere Sağlık Bakanlığı (Department of Health)
<b>DSM-V</b>	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyogram
<b>EKT</b>	: Elektro Konvülsif Tedavi
<b>FSÖ</b>	: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri
<b>HIP</b>	: Sağlık Geliştirme Profili (Health Improvement Profile)
<b>HPT</b>	: Hipotalamik Pitüer-Troid
<b>HPV</b>	: Human Papilloma Virüs
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
<b>LÜNYEDÖ</b>	: Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği
<b>MetS</b>	: Metabolik Sendrom
<b>NLS</b>	: Yeni Uzun Kalış ( New Long-Stay)
<b>NMS</b>	: Nöroleptik Maling Sendrom
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>PAP Smear</b>	: Servikal Smear Testi
<b>PHSAe</b>	: Fiziksel Sağlık Tutum Ölçeği
<b>PHC</b>	: Fiziksel Sağlık Kontrolü ( Physical Health Check)
<b>TMU</b>	: Trans Manyetik Uyarım
<b>VKİ</b>	: Vücut Kitle Endeksi
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü ( World Health Organization)

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruhsal hastalık; bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde görülen tutarsızlık, uygunsuzluk, aşırılık veya yetersizliklerin sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını ve kişiler arası ilişkilerini bozması ile karakterize bir durumdur (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) ruh hastalığını; “kişide meydana gelen, bu günkü distres durumu (ağrılı semptomlar gibi) ve yetersizlikle (bir ya da daha fazla işlevsellik alanında bozulma gibi) ilişkili olan ya da ağrı, ölüm, yetersizlik, bağımlılık riskinin önemli derecede artmasıyla ilişkili olan klinik olarak önemli davranış, psikolojik belirti ya da örüntü” şeklinde tanımlanmıştır.

Ruhsal hastalıklar; yüksek yaygınlık oranları, kronikleşme eğilimleri, iş gücü kayıpları ve ölümlere neden olmalarından dolayı öncelikli hastalıklar arasında yer almaktadır (Gültekin, 2010). Günümüzde insanların %25’i (her dört kişiden biri) yaşamlarının bir döneminde ruhsal hastalıklardan etkilenmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili sonuçlarına göre, ruhsal hastalıklar toplumun %17,2’sinde görülmektedir (Çam ve Engin, 2014).

Ruhsal hastalığı olan bireylerde, hastalık ve tedavi ile ilişkili olarak fiziksel sağlık sorunları ve fiziksel hastalıklar görülebilmektedir. Bu hastalarda; kardiyovasküler problemler, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, myokard enfarktüsü, metabolik sendrom, diyabet, obezite, solunum sistemi hastalıkları, enfeksiyonlar, ağız ve diş problemleri, inme gibi sağlık problemlerinin sık olarak görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca deri hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, görme ve işitme sorunlarının da yaygın olduğu vurgulanmaktadır (Brown, 2000; Frost, 2006; Druss, 2010; Leung, 2010).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde yapılan çalışmalarda, fiziksel hastalıkların görülme oranlarının kendi yaşlarındaki kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu, yaşam sürelerinin 10-15 yıl daha kısa olduğu vurgulanmaktadır (Goldman, 1999; Brown et al., 2000; Bradshaw, 2005; Robson and Gray, 2007). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerin inme yaşama olasılığı genel nüfusa göre

iki kat, iskemik kalp rahatsızlığı oranının 1.6 kat, hipertansiyon rahatsızlığının 1.3 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (White et al., 2009).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; yatarak tedavi gören ruhsal hastalığı olan bireylerin %38,0'inde farklı sistemleri tutan bir ya da birden çok fiziksel hastalık saptanmıştır. Saptanan fiziksel hastalıkların %13,5'i endokrin sistem, %12,2'si hematolojik (anemi), %11,0'i nörolojik, %8,6'sı kardiyak (hipertansiyon) ve dermatolojik, %7,31'i lipid profil bozukluğu, %6,0'sı kulak-burun-boğaz ve göğüs hastalıkları, %4,8'i hepatit, %3,6'sı renal bozukluk olarak saptanmıştır (Kısa, Cebeci, Uysal, Aydemir, Göka, 2008).

Ruhsal hastalığı olan bireyler, özellikle metabolik sendrom, diyabet ve obezite yönünden risk altındadırlar. Diyabet, obezite ve metabolik sendrom kısır döngü şeklinde bir birlerini etkilemekte kardiyovasküler problemler ve kanser için risk oluşturmaktadır. Vücut kitle endeksi 25 üstü olan hastalar diyabet yönünden risklidir ve iyi izlenmeli, takip edilmelidir. Kullanılan psikotrop ilaçlar ağız ve diş bakımı ihtiyacını artırmaktadır. Yetersiz ağız hijyeni, sigara kullanma ve ilaçların yan etkilerine bağlı olarak ağız kuruluğu, diş çürükleri ve ağız kokusu görülebilir. Hastaların 3 ayda bir ağız ve diş kontrolünden geçmeleri önerilmektedir (Günüşen, 2016).

Ruhsal hastalığı olan bireylerde görülen fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarının sebebi olarak; ruhsal hastalığın özelliğine bağlı görülen öz bakım yetersizliği, sigara, alkol, madde kullanımı alışkanlığının olması, düzensiz, yetersiz, dengesiz beslenme, egzersiz ve fiziksel aktivitenin olmaması gibi sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları ile tedavi amaçlı kullanılan psikotrop ilaçların yan etkileri gösterilmektedir. Uluslararası alanda yapılan çalışmalarda; şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel sağlık sorunu ve hastalıklarının genel topluma göre daha fazla görüldüğü ortaya konulmaktadır (Citrome and Yeomans, 2005; Carney et al., 2006; Filik et al., 2006; Samele et al., 2006).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunu ve hastalıklarının görmezden gelinmesi ya da ihmal edilmesi, psikiyatrisler dışındaki hekimlerin bu hastalara yaklaşmak istememesi, yeterince ilgilenmemesi nedeniyle hastaların sağlık taramalarının eksik yapıldığı ya da hiç yapılmadığı yapılan çalışmalar da



gösterilmektedir (Viron and Stern, 2010; Mitchell and Lord, 2010; De Hert et al., 2011).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunu ve hastalıklarının erken dönemde fark edilmesi ve zamanında gerekli müdahalelerin yapılmasında ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin özellikle de psikiyatri hemşirelerinin önemli bir yeri vardır. Hastalarla sürekli temas halinde olan, onlarla 24 saat aynı ortamda bulunup gözleme fırsatı bulan hemşireler, hastaların ne tür sıkıntıları olduğunu görebilir. Ruhsal hastalıklar; bireyleri ruhsal, sosyal, fiziksel olarak etkilemektedir. Hastalara, biyopsikososyal yönden bütüncül bakım verilmesinin, gelişebilecek fiziksel sağlık sorunlarına ve hastalıklarına erken dönemde müdahale edilerek görülme oranlarının azalmasında etkili olacağı belirtilmektedir (Hardy and Thomas, 2012; Happell, Platania-Phung, Scott, 2013). Ancak bu konuda uluslararası çalışmalar incelendiğinde; psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin birçoğunun hizmet vermiş oldukları hastaların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıkları ile ilgili rolleri hakkında kararsız oldukları, bu konularda kendilerini yetersiz gördükleri belirlenmiştir (Bradshaw and Pedley, 2012). Psikiyatri hemşireleri daha çok hastalarına ruhsal yönden yaklaşmakta, fiziksel sağlık sorunlarını görmezden gelmekte ve ihmal etmektedirler.

Psikiyatri kliniklerine yatan hastaların hastaneye ilk gelişleri esnasında ruhsal muayenesinin yanında fiziksel sağlık muayenesinin de yapılması var olan ya da ortaya çıkacak olan fiziksel sağlık sorunlarının erken dönemde ele alınmasını ve tedavi edilmesini sağlar, böylece ruhsal hastalığa ek olacak ikincil hastalıkların ortaya çıkması önlenir. Hasta kısa süre içinde ruhsal sağlığına kavuşurken fiziksel sağlığı da kontrol altına alınmış olur. Psikiyatrik bakım; hastaların sadece ruhsal sorunlarına odaklanmak olmayıp hastaların biyopsikososyal bütünlük içinde ele alınması ve değerlendirilmesini de içerir (Edward, Rasmussen, Munro, 2010). Gerek yatan hastalar da gerekse taburcu sonrası ayaktan izlenen hastalar da psikiyatrik tedavinin yanında fiziksel sağlık da tedavi ve bakım planının içinde yer almalıdır. Psikiyatri hemşireleri, yatan ve taburcu olup ayaktan izlenen hastalarda bütüncül sağlığın korunmasında anahtar bir role sahiptirler. Çalışmacılar; psikiyatri alanında görev yapan hemşirelerin bakımın sürekliliği ve standart hale gelmesini sağlamaları amacıyla hastaların fiziksel sağlıklarını, bu alanla ilgili sorunları, hastalıkları değerlendirmeye yönelik izlem

araçları kullanmaları ve böylece fiziksel sağlık gereksinimlerini rutin olarak bakıma eklemeleri gerektiğini vurgulamaktadır (Gray, Hardy, Anderson, 2009).

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, fiziksel sorun ve hastalıklara karşı koruyucu önlemler alma, erken tanılama, egzersiz, diyet gibi müdahale programları ile sağlıklı yaşam davranışının geliştirilmesinden sorumludur (Kayar, Erginer ve Partlak Günüşen, 2013). Psikiyatrik bakım; yalnızca tıbbi tanı ile sınırlı olmayıp, hastaların bütüncül ele alınmasını ve değerlendirilmesini içerir.

Ülkemizde ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunları ve hastalıkları ile ilgili olarak genellikle hekimler tarafından yapılmış tanımlayıcı tipte bazı çalışmalar bulunmaktadır (Köroğlu ve ark., 2007; Kısa ve ark., 2008; Aksu, 2009; Ateş ve Durmaz, 2010; Karşıdağ ve ark., 2013). Psikiyatri hemşirelerinin ruhsal hastalığı olan, tedavi gören hastaların fiziksel sağlık durumunu ele alan çalışmalardan ise; sadece “Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: ihmal edilen bir alan” çalışmasına ulaşılabilmektedir (Kayar Erginer ve Partlak Günüşen, 2013). Hastalara bütüncül ve hasta güvenliğini sağlayıcı bir bakım için öncelikle hemşirelerin mevcut durumda bu alanda neler yaptıklarının, görüşlerinin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu araştırma; ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumuna hemşirelerin yaklaşımları ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma sonunda elde edilecek bilgilerin, psikiyatri hemşirelerinin, hastaların fiziksel sağlık durumları ile ilgili sorumluluklarını anlamalarına yardımcı olacağı ve hastaların fiziksel sağlık durumlarını değerlendirmede izlem araçlarının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumuna hemşirelerin yaklaşımları ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesidir.

## **1.3. Araştırma Soruları**

1-Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık durumunu sorumlulukları kapsamında görme durumları nedir?

2-Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık durumunu değerlendirme ve buna yönelik girişimde bulunma durumları nedir?

3-Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık durumunu değerlendirme ve girişimde bulunmada kendilerini yeterli bulma durumu nedir?

4-Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili konularda eğitim gereksinimleri nelerdir?

5-Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık durumunu sorumluluğu olarak görmelerin de bireysel ve mesleki özellikler yönünden fark var mıdır?

6-Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığını değerlendirme ve müdahalede bulunmalarında bireysel ve mesleki özellikler yönünden fark var mıdır?

7-Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığını değerlendirme ve müdahalede bulunmada kendilerini yeterli görmelerinde bireysel ve mesleki özellikler yönünden fark var mıdır?

8- Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili eğitim gereksinimlerinde bireysel ve mesleki özellikler yönünden fark var mıdır?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ruhsal Hastalıklarda Fiziksel Sağlık ve Hastalıklar

İnsan, biyopsikososyal bir varlıktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlığı sadece hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlayan çağdaş sağlık anlayışı sağlığın çok boyutlu özelliğini ortaya koyan temel kavramlardan biridir (WHO, 2001). Buna göre; fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık bir bütün olup bir alanda meydana gelen bozukluk diğer alanlarında bozulma riskini artırır.

Ruhsal bozukluklar, tüm dünyada görülen yaygın sorunlardır. WHO'ya göre, dünyada ruhsal bozukluğu olan 450 milyon kişi bulunmaktadır. Her dört kişiden biri yaşamı boyunca bir ya da daha fazla ruhsal sorun yaşayarak ruhsal hastalıkla mücadele etmek zorunda kalmaktadır (WHO, 2001). Dünyada yeti yitimine en çok neden olan 10 hastalıktan beş'i ruhsal hastalıklar olup, bu hastalıklar; majör depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk, alkole bağlı sorunlar ve obsesif kompulsif bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Çalışmalara göre, tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin temelinde genellikle teşhis edilemeyen ruhsal sağlık problemleri yatmaktadır. Bu durum ulusal sağlık hizmetine her yıl yaklaşık olarak 3 milyar dolara mal olmakta ve hastalar için ciddi sıkıntılar yaratmaktadır (Birmingham et al., 2010).

Ruhsal hastalıklar; bireye, aileye ve topluma maddi, manevi yük getiren hastalıklardır. Ailesiyle birlikte yaşayan hastaların çoğu tüm gününü evde geçirmekte, aileden en az bir kişi hasta bakımı nedeniyle sosyal yaşam ve üretim sürecinden uzak kalmaktadır. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin en az bir yakını olduğu düşünülürse ruh sağlığı sorununun toplumun tamamını doğrudan ilgilendirdiği söylenebilir (WHO, 2001; Öztürk, 2004; Kessler et al., 2005; Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

Ruhsal hastalığı olan ve tedavi gören bireylerin ortalama yaşam süreleri toplumun geneline göre 15-25 yıl daha kısadır (Bradshaw and Pedley, 2012). Saha et al., 2007 yılında yapmış oldukları bir araştırmada, dünyada ortalama yaşam süresinde bir artış gözlenirken (İngiltere Ulusal Verilerine göre; insanların yaşam süreleri

ortalama 80 yıldır), ruhsal hastalığı olan bireylerin 30 yıl öncesiyle mukayese edildiğinde daha erken öldükleri belirtilmiştir (Saha et al., 2007).

Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere bakım verme yükünün diyabet, kalp, böbrek ya da akciğer hastalıkları gibi uzun süreli fiziksel hastalıklara verilen bakımla ilişkili yükten daha fazla olduğu belirtilmektedir (Kaplan & Sadocks, 2016).

Ruhsal hastalık; bireylerin, duygu, düşünce, davranış ve sosyal yaşamını olumsuz etkilediği kadar fiziksel sağlık durumunu da olumsuz etkilemektedir.

Fiziksel sağlık; fiziksel bir hasar, hastalık ya da yetersizlik olmaması durumu değil, bireyin kendini fiziksel olarak yeterli ve iyi hissetmesi, günlük yaşam aktivite seviyesinin yeterli ve kaliteli olması durumudur. Literatürde, fiziksel sağlık "vücudun sağlamlığı" olarak da geçmektedir (Tosh et al., 2010). İnsanın fiziksel gereksinimleri ile psikososyal gereksinimleri arasında sürekli bir etkileşim vardır. Abraham Maslow yaşam boyunca süren ve sürekli karşılanması gereken temel gereksinimlerden ve bu gereksinim piramidinde yer alan yeme, içme, uyuma, boşaltım, dinlenme, hareket, cinsellik gibi fiziksel gereksinimlerin tam olarak yerine getirilebilmesinden bahseder. Fizyolojik gereksinimler (yeme, içme, uyuma, boşaltım, hareket, cinsellik) psikolojik gereksinimler (sevme, sevilme, ait olma, saygı, kendini gerçekleştirme), sosyal gereksinimler (güvenlik ve barınma) hiyerarşik bir yapı oluşturur. Bu yapılar sürekli birbiri ile etkileşim halindedir. Fizyolojik gereksinimlerin karşılanmaması insanı psikolojik olarak etkilerken, psikolojik bir etkenin varlığı da fiziksel alanda sıkıntı yaşanmasına neden olur (Öz, 2010).

Ruhsal hastalığı olan bireylerde görülen fiziksel sağlık sorunlarına ve hastalıklarına bağlı mortalite genel nüfusa göre daha fazladır. Birleşik krallıkta yürütülen izlem çalışmalarında, şizofreni tanısı alan bireylerin ölüm nedenleri arasında; endokrin sistemi, sinir sistemi, solunum sistemi, dolaşım sistemi, gastrointestinal sistemle ilgili hastalıklar olduğu görülmüştür. Bipolar bozukluk ve demans hastalarında da intihar dışı herhangi bir nedene bağlı olarak meydana gelen ölüm oranlarında artış bildirilmiştir (Kaplan & Sadocks, 2016).



Şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde, fiziksel sağlık sorunu ve hastalıkları sık görülmekte olup, ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Bu hastaların en az bir fiziksel sağlık sorunu ya da fiziksel hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. Doğal nedenlere ve intihar etme gibi doğal olmayan nedenlere bağlı olarak görülen ölüm oranı toplumun geneline göre 2-3 kat daha fazladır ve yaşam beklentileri daha kısadır. Genel sağlıklı toplum ile karşılaştırıldığında, şizofrenili hastaların, fiziksel sağlığa bağlı kısıtlılık oranlarının daha fazla, işlevselliklerinin daha kötü, vücut ağırlıklarının daha fazla olduğu görülmüştür (Russo, Trujillo, Wingerson et al., 1998; Goldman, 1999; Joukamaa, Heliövaara, Knecht et al., 2001; Hennekens, Hollar, Casey, 2005; Mitchell, 2006).

Kronik ruhsal hastalığı olan, şehirde yaşayan, zihinsel sağlık programına katılan bireylerden oluşan bir çalışma grubunda tıbbi hastalıkların prevalansı ve önemi incelemiştir. Seçilen 100 hastadan 43'ü değerlendirmeyi tamamlamıştır. Hastaların %88,0'inin önemli en az bir fiziksel hastalığı olduğu, %51,0'inin daha önce tanı konulmamış en az bir fiziksel hastalığı olduğu, %53,0'ünün tıbbi bilgiye ihtiyacı olduğu bulunmuştur. Fizik muayenede %72,0'sinde nörolojik bulgular, %86,0'sında nörolojik olmayan anormal bulgular saptanmıştır. %19,0'unda hiperlipidemi, %12,0'sinde KOAH, %9,0'unda mobilite obezite varlığı tespit edilmiştir (Maricle et al., 1987).

Çeşitli toplumsal ünite ve tedavi gruplarından alınan 719 şizofreni hastası ile yapılan çalışmada; en sık rastlanılan fiziksel sağlık sorunları ve hastalıkları; %54,6 görme sorunları, %38,4 diş sorunları, %34,1 hipertansiyon'dur. Hastaların %65,0'inin yaşamları boyunca en az bir, %36,0'sinin birden fazla, %48,0'inin hali hazırda bir, %20,0'sinin de hali hazırda birden fazla fiziksel sağlık sorunu olduğu bulunmuştur (Dixon et al., 1999).

Ruhsal hastalık tanısı almış, ayaktan izlenen hastalarda yapılan başka bir çalışmada, en sık rastlanılan sağlık problemlerinin beslenme ve metabolizma hastalıkları (%13,6), diyabet (%4,3), dolaşım sistemi hastalıkları (%13,0), sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları (%10,7), kas iskelet sistemi hastalıkları ve yaralanmaları (%10,7) olduğu tespit edilmiştir (Brown, 2000).

Bipolar bozukluk tanısı alan ve tedavi gören 496 hastada yapılan çalışmada, saptanan en yaygın hastalıkların hipotroidi, hipertroidi, diyabet olduğu bulunmuştur (Brown, 1997).

Ayaktan izlenen hasta grubuyla yapılan çalışmada; hastaların şizofreni, depresyon ve bipolar bozukluk tanıları olup, bu hastalarda en sık rastlanılan fiziksel sağlık problemlerinin hipertansiyon, diyabet, diş ve diş eti hastalıkları, astım, artrit, GİS hastalıkları olduğu belirlenmiştir (Druss, 2010).

Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında saptanan fiziksel rahatsızlıkların başında kardiyovasküler hastalıkların %20,4 (Cimpean, 2005) ve diyabetin %14,2 (Heiskanen, 2003) geldiği bildirilmiştir.

Kaliforniya'nın en büyük yatak kapasitesine sahip bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi gören 6688 olgunun incelendiği çalışmada; psikiyatri kliniğinde yatmakta iken konsültasyon amacıyla, genel hastanelere yapılan başvuru nedenlerinin %34,0'ünün enfeksiyon hastalıkları, %11,0'inin sıvı-elektrolit bozuklukları ve beslenme, %11,0'inin kardiyovasküler hastalıklar, %7,0'sinin GİS hastalıkları, %7,0'sinin solunum sistemi hastalıkları, %6,0'sinin hematolojik hastalıklar, %6,0'sinin kadın hastalıkları nedeniyle olduğu saptanmıştır ( Leung, 2010).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; çıkış tanıları olarak en sık psikotik bozukluk, organik psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, depresif bozukluk tanısı konulan hastaların, psikiyatri dışı kliniklerden istenen konsültasyonlarına bakıldığında, dahiliye, nöroloji, göğüs hastalıkları, genel cerrahi, beyin cerrahisi, fizik tedavi, göz hastalıkları, kadın-doğum, KBB, diş hekimliği ve ortopedi kliniklerinin olduğu tespit edilmiştir (Karşıdağ, Aksoy, Yüksel, Alpay, Uysal, 2013).

Köroğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların %49,0'unda bir ya da birden fazla fiziksel hastalık olduğu, en çok görülen fiziksel hastalıkların kardiyovasküler hastalıklar %33,0, merkezi sinir sistemi hastalıkları %19,0, endokrin-beslenme ve metabolik hastalıklar %12 olduğu bulunmuştur ( Köroğlu ve ark. 2007).



Ruhsal hastalığı olan bireylerin %60,0'ından fazlasında, kalp-damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar, hepatit, diş hastalıkları, diyabet, mide-bağırsak ve böbrek sistemlerinin hastalıkları da dahil olmak üzere geniş yelpazede eşlik eden fiziksel hastalıklar görülür. Kalabalık yaşam alanları, kötü beslenme, şişmanlık, hareketsizlik, egzersiz yapmama, ağız ve diş bakımında yetersizlik, sigara-alkol ve madde kullanımı oranlarındaki yükseklik fiziksel hastalıkların oluşmasına zemin hazırlar. Psikiyatrisler ve ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller, hastalardaki ikincil sorunları, hastalıkları gözden kaçırmaktadır. Bu durum ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini düşürerek fiziksel hastalıklara bağlı ölüm oranlarının artmasına neden olmaktadır (Lieberman, Robert Paul, 2008).

### **2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar**

Kardiyovasküler hastalıklar, toplumun genelinde giderek artan oranlarda görülen, yaşamı tehdit eden önemli sağlık sorunlarından biridir. Son yıllarda yapılan araştırmalar ruhsal hastalığı olan bireylerde kardiyovasküler hastalıkların görülme oranının arttığını ve normal popülasyona göre 2-3 kat daha fazla görüldüğünü göstermektedir (Brown et al., 2000, Osby et al., 2000). Bu hastalarda, hastalığına bağlı öz bakım eksikliği, sağlıksız yaşam tarzı davranış ve alışkanlıkları hastalık riskini arttırmaktadır (Robson and Gray, 2007; Lawrence et al., 2009; Cowling, 2011). Yaş, cinsiyet, aile öyküsü, obezite, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, sigara kullanımı, kötü beslenme, hareketsizlik gibi risk faktörleri kardiyovasküler hastalıklara zemin hazırlar (Harris and Barrowclough, 1998; Brown et al., 2000).

### **2.1.2. Diyabet**

Günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından biri de diyabettir. Yapılan araştırmalar, diyabet prevalansındaki artışın önemini vurgulamaktadır. Dünya genelinde 2030 yılına kadar 370 milyon (nüfusun %4,4) diyabet vakasının olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2003). Ruhsal hastalığı olan bireylerde de giderek artan oranlarda diyabet görülmektedir. Bu hastalarda diyabet; genetik yatkınlık, fiziksel hareketsizlik, kötü beslenme, sigara kullanma gibi sağlıksız yaşam davranışı alışkanlıkları, antipsikotik ilaçların metabolik yan etkileri, hipertansiyon, yüksek kolesterol, obezite

gibi birçok risk faktörü ile yakından ilişkilidir (Gough and Peveler, 2004; Wohlheiter and Dixon, 2008; Henderson and Miley, 2009).

Özellikle ikinci kuşak antipsikotik ilaçların tedavide kullanılmaya başlanmasıyla birlikte şizofreni hastalarında, diyabet, diyabetik ketoasidoz, glikoz metabolizması bozuklukları daha çok görülmeye başlanmıştır (Işık, 2006; Henderson et al., 2007; Elias and Hofflich, 2008; Saddichha et al., 2008).

Ruhsal hastalıklar ile diyabet arasındaki tartışmalar halen devam etmektedir (Holt and Peveler, 2010). Şizofreni ve diyabet arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma mevcuttur. Şizofreni hastalarında görülen diyabet, ilk defa 1800'lü yıllarda “**diyabet genellikle akıl hastalığının yaygın olduğu ailelerde kendini gösterir**” şeklinde açıklama yapan İngiliz psikiyatris Henry Maudsley (1807 cited by Koren, 2004) tarafından gözlenmiştir. Bipolar bozukluk ve diyabet arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, bu hasta grubunda da diyabet prevalansının giderek arttığı vurgulanmaktadır (McIntyre, Konarski, Misener, Kenedy, 2005). 1920'lerden itibaren ruhsal hastalığı olup tedavi gören bireylerde yüksek insülin direnci ve glikoz intoleransı da incelenmeye başlanmıştır (Koren, 2004). Genel nüfusa oranla, şizofreni tanısı bulunan hastaların %15,0'inde diyabet görülmektedir (Holt and Peveler, 2010).

### 2.1.3. Obezite

Düşük fiziksel aktivite varlığı, kalorisi yüksek, besleyici özelliği zayıf olan besinlerin tüketimindeki artış obezitenin en önemli nedenidir. Obezite, fiziksel sağlığı olumsuz etkilemektedir. Hipertansiyon, insülin direnci, solunum güçlükleri, diyabet, kalp hastalıkları gibi birçok fiziksel hastalıklara neden olur (WHO, 2003).

Ruhsal hastalığı bulunan bireylerin genel nüfusa oranla daha kilolu olduklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Wirshing and Meyer, 2003). Yaşam kalitesini ve beklentisini olumsuz etkileyen önemli sağlık sorunlarından biri olan obezite, şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde sık görülen fiziksel sağlık sorunlarından biridir (Allison, Fontaine, Heo et al., 1999; Mc Evoy et al., 2005; Cohn, 2009). Ciddi ruhsal hastalığı olan kadınların erkeklere oranla daha obez olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (Allison et al., 1999; Mc Creadie et al., 2003). Obezite, şizofreni



hastaları ve onların yaşam kaliteleri ile yakından ilişkilidir. Hastalar; biyolojik faktörlere, yaşam biçimi davranışları gibi faktörlere bağlı olarak obeziteye yatkın olabilirler. Kullanmak zorunda oldukları antipsikotik ilaçlardan özellikle ikinci kuşak antipsikotikler kilo almaya neden olur (Newcomer, 2005; Cohn, 2009). Bu hastalarda vücut kitle indeksi (VKİ) daha yüksektir (Salokangas, Stengard, Honkonen, Koivisto et al., 2000).

#### **2.1.4. Metabolik Sendrom (MetS)**

İnsülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glikoz intoleransı, diyabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi bir çok sistemik bozukluğun birbirine eklendiği, sonu ölüm ile sonuçlanan tablodur. İnsülin direnci sendromu, sendrom X, polimetabolik sendrom, ölümcül dörtlü ve uygarlık sendromu gibi farklı terimlerle de tanımlanmaktadır (MetS Klavuzu, 2009). Metabolik sendrom için yapılan tanımların ortak özelliği obezite varlığıdır (Reaven, Banting, 1988; Grundy, Cleeman, Daniels et al., 2005).

MetS, insülin direnci zemininde gelişen heterojen bir hastalıktır. Genetik yatkınlık söz konusu olsa da, kent yaşamının getirdiği hareketsiz yaşam, yüksek kalorili beslenme, fast food türü yiyecek tüketiminin artması MetS'un gidişatını etkiler (MetS Klavuzu, 2009).

MetS; başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere fiziksel sağlık problemleri ve hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür (Grundy, Cleeman, Daniels et al., 2005; Kahn, Buse, Ferrannini, Stern, 2005). Özellikle şizofreni ve bipolar hastalığı olan bireylerde MetS oldukça sık görülmektedir.

MetS risk faktörleri arasında; kötü beslenme alışkanlıkları, hareketsiz yaşam, kullanılan psikotrop ilaçların yan etkileri yer almaktadır. Ayrıca son yapılan çalışmalar da, şizofreni hastalığının kendisinin de MetS riskini arttırabileceği belirtilmektedir (Basu, Brar, Chengappa et al., 2004; Fagiolini, Frank, Scott et al., 2005; Taylor, Macgveen, 2006; Ateş, Durmaz, 2010).

### **2.1.5. Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Sorunlar**

Ruhsal hastalığı olan bireylerde; öz bakımlarının kötü olmasından dolayı ağız hijyeninin de kötü olması, çok fazla sigara içmeleri ve kullanmış oldukları psikotrop ilaçlara bağlı olarak ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorunlar görülebilir (Mc Creadie et al., 2004). Psikotrop ilaçlar, kserostomiye (ağız kuruluğu), hiposalivasyona neden olabilir. Tükürük salgısındaki düşüş, oral ortamın PH'nı değiştirerek diş çürüğü, gingivit, diş ve diş eti hastalıklarının görülme oranını artırır. (Friedlander and Marder, 2002).

### **2.1.6. Göz sağlığı İle İlgili Sorunlar**

Antipsikotik ilaçlar kornea ve mercek değişikliklerine neden olmaktadır. Göz yaşı kuruluğu, bulanık görme, katarakt gibi sorunlar görülebilir. (Shahzad et al., 2002).

### **2.1.7. Cinsellik ve Üreme Sağlığı İle İlgili Sorunlar**

Cinsel istekde azalma, artma, empotans, boşalma ile ilgili problemler, kadınlar da memelerden süt gelmesi, amenore, cinsel isteksizlik gibi sorunlar sık karşılaşılan cinsel sorunlardır (Dickson and Glazer, 1999; Halbreich and Kahn, 2003). Kadın hastalarda, idrar ve gaita inkontinansı, idrar yolu enfeksiyonları, vaginal akıntı, meme başı akıntısı gibi jinekolojik problemler de fazla görülmektedir (Rylance et al., 2012).

### **2.1.8. Solunum Sistemi Hastalıkları**

Ruhsal hastalığı olan bireylerde, tedavi amaçlı kullanılan psikotrop ilaçlara ve hastalıkla ilişkili olarak hareketsizlik, obezite, kas-iskelet sistemi travmaları, hiperkoagülabilitate, diyabetes mellitus, madde kullanımı, sigara içme gibi risk faktörlerine bağlı olarak solunum sistemi hastalıklarının görülebileceği tahmin edilmektedir (Strudsholm, Johannessen, Foldager, Munk-Jorgensen, 2005).

Tüberküloz ve pnömoni, 50 yıl öncesine kadar ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde görülen ölümlerin en önemli sebepleri arasında yer almıştır (Brown, 1997). Solunum sistemi hastalıklarının en önemli sebeplerinden biri; sigaranın aktif veya pasif içici olarak kullanımınıdır. Sigara kullanımı ruhsal hastalığı olan bireylerde oldukça yüksektir. Yapılan çalışmalar, şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerde astım ve kronik bronşit vakalarının oldukça yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir (Sokal et al., 2004).



### 2.1.9. Kanserler

Küresel ısınmanın doğa üzerindeki olumsuz etkileri, sigara, alkol ve madde kullanımı oranlarının yüksek olması, kötü beslenme alışkanlıkları, obezite, fiziksel egzersiz ve aktivitenin olmaması, metabolik sendrom gibi risk faktörleri kanser oluşumuna neden olan sebeplerden bazılarıdır. Yapılan çalışmalar 2020 yılına kadar kanser vakalarının her yıl giderek artacağını ve ölümlerin %12,6'sından sorumlu olacağını göstermektedir (WHO, 2003).

Literatürde, şizofreni tanısı alan bireylerde kanser yaygınlık oranlarının arttığı bildirilmektedir. Akciğer, sindirim sistemi ve meme kanserinin değişen oranlarda şizofreni hastalarında sağlıklı popülasyona göre iki kat daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Brown et al., 2000; Lichterman et al., 2001, Cohen, 2005).

Meme kanseri vakalarındaki artışın sebepleri arasında, kadın hastaların kendi kendine meme muayenesi yapmaması, meme bakımının yetersiz olması, antipsikotik ilaçların yan etkisine bağlı olarak prolaktin seviyesinin yükselmesi yer almaktadır. Sindirim sistemi kanseri ise, kötü beslenme ve yüksek oranlarda tüketilen alkol ile ilişkilendirilmektedir (Casey and Handerson, 2003).

### 2.1.10. Enfeksiyöz Hastalıklar (AIDS/Hepatit B/ Hepatit C)

Ruhsal hastalığı olan bireylerde, yüksek riskli cinsel davranışlar, damardan eroin gibi uyuşturucu madde kullanımı, ortak enjektör kullanımına bağlı olarak AIDS, hepatit B ve hepatit C gibi enfeksiyöz hastalıkların görülme oranı yüksektir (Krishnan, 2005; Beyler, Kuchibhatla, Gersing, Krishnan, 2005).

Şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalığı olanlarda, AIDS'in görülme oranı toplum geneline göre daha yüksek bulunmuştur. Ruhsal hastalığı olanlarda; %3,1 ile %23,9 arasında, genel toplumda; %0,6'dır (Cournos and McKinnon, 1997; Rosenberg et al., 2001; Wohlheiter and Dixon, 2008; Wainberg et al., 2009). Madde kullanımı olan şizofreni hastalarında AIDS olasılığı %22,0 daha yüksektir (Himmelhoch et al., 2007).

Yapılan çalışmalarda; damar yolu ile madde kullanımı olan hastalarda hepatit B görülme sıklığının %30,0-%60,0 oranında olduğu belirtilmiştir (Robertson, Bucknall, Welsby et al., 1986; Klinkenberg, Caslyn, Morse et al., 2003).

Hepatit C'nin görülme oranı ruhsal hastalığı olan bireylerde %8,2-%38,0 toplumda görülen oranlardan (%1,6) daha yüksek bulunmuştur (Rosenberg et al., 2001; Al Jurdi and Burruss, 2003; Butterfield et al., 2003; Dinwiddie et al., 2003; Tabibian et al., 2008; Wainberg et al., 2009).

#### **2.1.11. Nörolojik Bozukluklar**

Bipolar bozuklukta, migren ve baş ağrısı gibi nörolojik ek tanılara sık rastlanmaktadır (Fasmer, 2001; Hirschfeld, Calabrese, Weisman et al., 2003; Low, Du Fort, Cervantes, 2003). Migren prevalansının bipolar bozukluğu olan bireylerde anlamlı olarak yüksek olduğunu bildiren çalışma mevcuttur (Fasmer, 2001).

Multiple Sklorez'un da bipolar bozuklukta sık görüldüğünü gösteren epidemiyolojik ve klinik çalışma mevcuttur (Minden, 2000).

#### **2.1.12. Troid Bozuklukları**

Troid hastalıkları birçok psikiyatrik belirti ile birlikte görülür. Depresyon ve anksiyete de troid hastalıklarına sık rastlanılır. Troid hastalıkları aynı zamanda panik bozukluk, demans ve psikoz hastalarının belirtilerini de arttırabilmektedir. Troid hastalıkları, depresyonu taklid edebilir (Kaplan &Sadocks, 2016). Hipotalamik- pitüer-troid (HPT) ekseninde görülen bozuklukların bipolar bozukluğu olan bireylerde genel popülasyona göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Cole, Thase, Mallinger et al., 2002).

Duygu durum düzenleyici olarak bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçlardan olan lityum, troid hormonunun salgılanmasını ve sentezini engelleyerek subklinik hiptroidizme neden olur (McIntyre, Mancini, Parikh, Kennedy, 2001).

#### **2.1.13. Böbrekle İlgili Bozukluklar**

Psikotrop ilaçların bir kısmı böbreklerden metabolize olur. Lityum'un toksik etkileri böbrek ile ilgili sorunlara neden olmaktadır (Gitlin, 1999). Lityum tedavisi alan hastaların kan üre, kreatinin değerlerine ve 24 saatlik idrarda kreatinin klerensi değerlerine belirli aralıklarla bakılmalıdır (Kaplan &Sadocks, 2016).



#### **2.1.14. Karaciğer İle İlgili Bozukluklar**

Psikotrop ilaçların bir kısmı da karaciğerden metabolize olur. Karaciğer fonksiyonlarında bozulmalara neden olabilecek ilaçların kullanımında mutlaka AST, ALT, GGT, amonyak, bilirubin düzeylerine bakılmalıdır (Kaplan&Sadocks, 2016).

#### **2.1.15. Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Gereksinimler İle İlgili Bozukluklar**

Ruhsal hastalığı olan bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında meydana gelen değişikliklere bağlı olarak günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte, yaşamlarını devam ettirebilmek için başkalarına bağımlı hale gelebilmektedirler. Roper ve arkadaşlarının tanımladığı günlük yaşam aktiviteleri; güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik, giyim, beden ısısının kontrolü, çalışma ve eğlence, uyku, cinsellik gibi ana başlıklardan oluşmaktadır (Demir, 2008). Ruhsal hastalığın çeşidine ve derecesine bağlı olarak hastalar öz bakımlarını yapmada ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede başkalarının yardımına ihtiyaç duyabilir (Tanrıverdi, 2008).

### **2.2. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Fiziksel Sağlığın Kötü Olmasının Nedenleri**

Ruhsal hastalığı olan ve tedavi gören bireylerin yaşamış oldukları fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarının birçok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler 4 başlık altında toplanabilir.

Ruhsal hastalığı olan bireylerin olumsuz sağlık davranışları,

Ruhsal hastalığı olan bireylerin, hastalıkları ile ilgili faktörler,

Tedaviyle ilişkili faktörler,

Ruhsal hastalığı olan bireylerin, sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamaması (Gournay, 1996; Phelan et al., 2001; Wright et al., 2006; Muir-Cochrane, 2006).

#### **2.2.1. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Olumsuz Sağlık Davranışları**

Ruhsal hastalığı olan bireylerde, mortalite ve morbiditenin yüksek olması genellikle hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla yakından ilgilidir. Aşırı

miktarda sigara içilmesi, alkol ve madde kullanımı alışkanlığının olması, kötü beslenme alışkanlıkları, hareketsizlik, egzersiz yapılmaması, korunmasız, rastgele riskli cinsel ilişkide bulunma hastaların fiziksel sağlığını bozarak mortalite ve morbidite oranının artmasına neden olur ( Brown et al., 1999; Lambert ve ark., 2003).

Almanya’da; sağlıklı nüfus ile ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık davranışı alışkanlıklarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, ruhsal hastalığı olanlarda sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, nevrotik ve somatoform bozukluk tanılarını alan bireylerde sigara, alkol ve madde kullanımı oranlarının fazla olduğu ve beden-kitle indeksinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Killian, Becker, Frasc, Krüger, Schmid, 2006). Sigara, alkol, madde kullanımı, hareketsiz yaşam, kötü beslenme davranışları değiştirilebilir yaşam tarzı faktörleridir ( Ateş ve Durmaz, 2010).

#### **2.2.1.1. Sigara Kullanımı**

Sigara bağımlılığı, ruhsal hastalığı olan bireylerde daha fazla görülmekte olup, bireylerin fiziksel sağlığını tehdit etmektedir. Şizofreni, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal hastalığı bulunan bireylerde sigara bağımlılığının daha yüksek oranda olduğu vurgulanmaktadır (Kamışlı, Karatay, Terzioğlu, Kublay, 2008).

Epidemiyolojik çalışmalar, şizofreni ve bipolar bozukluğu olanlarda sigara içme oranlarının genel nüfustan daha fazla olduğunu göstermektedir (Hughes et al., 1986; Leon et al., 2002). Ciddi ruhsal hastalığı olanlar günde 25 adet sigaradan fazla içerek tiryaki olma eğilimdedirler (Kelly ve Mc Creadie, 2000). Sigara içmede nörobiyolojik, psikolojik, davranışsal ve sosyal faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Robson and Gray, 2006).

Sigara bağımlılığı ve depresyon arasındaki ilişki varlığını araştıran çeşitli çalışmalar vardır. Yapılan çalışmalarda majör depresyon ile sigara bağımlılığı arasında ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşamının belirli bir döneminde majör depresyon geçirmiş bireylerin sigara kullanımı, geçirmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Sigara bağımlılarında, depresyon görülme olasılığının sigara kullanmayanlara göre iki kat daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ayrıca depresyonu olan bireylerin sigarayı



bırakmada dâha başarısız oldukları gözlenmiştir (Kamışlı, Karatay, Terzioğlu, Kublay, 2008).

Şizofreni tedavisi görenler, ilaçların yan etkilerini azalttığını düşündükleri için sigara içmeye devam etmektedirler (Kamışlı, Karatay, Terzioğlu, Kublay, 2008).

Ülkemizde karakuş ve arkadaşlarının ruhsal hastalığı bulunan ve hastanede yatarak tedavi gören 155 hastada yapmış oldukları çalışmada, psikotik bozukluk (%51) ve duygu durum bozuklukları (%61) hastalarında en çok görülen bağımlılığın nikotin bağımlılığı olduğu saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu tanısı alanlarda da nikotin bağımlılığının yüksek olduğu bulunmuştur (Karakuş ve ark., 2012).

Yürütülen kalitatif çalışmalarda, şizofreni tedavisi görenlerin rahatlamak, sosyal ilişki kurmak, keyif almak için sigara içtikleri sonucuna ulaşılmıştır (Lawn ve ark., 2002).

#### **2.2.1.2. Alkol ve Madde Kullanımı**

Ruhsal hastalığı olan bireylerde, madde ve alkol kullanımı oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir (Hansen, Munk-Jorgensen, Guldback, Solgad, Laussuz, Albrechtsen et al., 2000). Son yirmi yıldır psikiyatrik hastalıklarda alkol ve madde kullanımı birlikteliğinden söz edilmektedir (Abou-Saleh, Janca, 2004). Ruhsal hastalığı olan ve yatarak tedavi gören bireylerde yapılan değişik çalışmalarda alkol ve madde kullanımı sıklığı %25-75 arasında bulunmuştur (Ananth, Vanderwater, Kamal, Bridsky, Gamal, Miller, 1989; Lehman, Myers, Corti, Thompson, 1994).

Gelişmiş ülkelerde bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalar, madde bağımlılığının bipolar bozukluk tanısı alan hastalara sıklıkla eşlik eden bir ek tanı olduğunu göstermektedir. Bu durum cinsel yönden riskli davranışlar için önemli bir risk faktörüdür (Volavka, Convit, Czobor et al., 1991; Cournos, Mc-Kinnon, Meyer-Bahlberg et al., 1993; Judd, Akiskal, Schettler et al., 2003).

Ülkemizde ruhsal hastalığı olan ve yatarak tedavi gören 155 hasta ile yapılan bir çalışmada; psikotik bozukluk ve şizofreni de madde kullanım bozukluğu prevalansı yaklaşık olarak %55 bulunmuştur. Psikotik bozuklukta, alkol kullanımı oranı; %18,



sedatif/tranklizan kullanımı oranı; %9,0 bulunmuştur. Bipolar bozukluk ve majör depresyonda; alkol kullanım bozuklukları ve benzodiazepin kötüye kullanımını da içeren sedatif kullanımının olduğu, anksiyete bozukluklarında; alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının sigara bağımlılığından sonra ikinci sırada yer aldığı, somatoform bozukluğu olan hastaların hiçbirinde alkol ve madde kullanım bozukluğunun olmadığı bulunmuştur ( Karkuş ve ark., 2012).

#### **2.2.1.3. Beslenme Alışkanlıkları**

Ruhsal hastalığı olan bireyler, sağlıksız beslenmekte olup diyetlerine dikkat etmemektedirler. Aşırı yeme, kalorisi yüksek gıdaları tüketme, fast food tarzı beslenme, meyve ve sebze tüketiminin az olması gibi sağlıksız beslenme alışkanlıkları olabilmektedir. Kalorisi yüksek, kola, meyve suyu gibi şekerli içecek tüketimi de fazladır.

Mc Creadie (2003) tarafından yürütülen bir çalışmada; ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler için tavsiye edilen ortalama meyve ve sebze tüketimi 35 porsiyon olması gerekirken 16 porsiyon olarak bulunmuştur (DH, 2004). Vücuda alınan doymuş yağ oranının fazla olmasının özellikle, şizofrenideki kötü gidiş ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (Peet, 2004). Şeker tüketiminin fazla olması da şizofrenideki gidişati kötü etkileyebilmektedir. Ancak balık ve deniz ürünleri tüketiminin özellikle omega 3 yağ asitlerinin tüketimi daha iyi sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Peet, 2004). Kötü beslenmenin fiziksel sağlık sonuçları; kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, obezite ve bazı kanserlerdir ( Robson and Gray, 2006).

#### **2.2.1.4. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO); hareketsizliği gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin başlıca sebeplerinden biri olarak belirlemiştir (WHO, 2003). Ruhsal hastalığı olan bireylerin genel nüfusa kıyasla fiziksel olarak daha az aktif olduğu bilinmektedir. (Brown et al., 1999; Mc Creadie, 2003). Fiziksel sağlıklarını egzersiz ve aktivite ile iyileştirmeleri için, bireyleri önerilen aktivite kılavuzlarına uymaları konusunda teşvik etmek önemli bir görevdir. Ruhsal hastalığı olan bireyler aktif bir yaşam sürdürmekte zorlanırlar. Kullanmış oldukları ilaçlar aktif olmalarını engeller. Depresyon ve şizofreninin negatif semptomları motive olup aktif olmayı, hareket etmeyi zorlaştırır.

Spor salonlarına üye olmanın masrafı yüksek olabilir bu da hastaları spor salonlarından uzaklaştırır. Bireylerin öz güven eksikliği de onların spor merkezlerine gitmelerini, dışarı çıkmalarını etkileyebilir. Fiziksel aktivite ve egzersizin, ruhsal hastalığı olan bireylere faydalı olduğu bilinmektedir. Fiziksel aktivite ve egzersiz, ruhsal problemlerin azalmasında, fiziksel sağlık sorunlarının ve hastalıklarının önlenmesinde yardımcı olmaktadır (DH, 2004).

#### **2.2.1.5. Sağlıksız Cinsel Davranış ve İlişkiler**

Ruhsal hastalığı olan bireyler cinsel olarak aktifdirler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskini artıran riskli davranışlarda bulunurlar. Birden fazla partnerle korunmasız ilişkiye girme, tanımadık kişilerle cinsel ilişkiye girme, homoseksüel ilişkiye girme, kondom kullanımının düzensiz veya hiç olmaması bu hasta grubunun cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskini artırır (Kelly, Murphy, Bahr et al., 1991; Kelly, Murphy, Sikkema et al., 1995).

Ruhsal hastalığı olan bireylerde görülen riskli cinsel davranışların nedeni olarak; hastalığa bağlı dürtü kontrol mekanizmasının bozulması, düzenli sosyal ve cinsel ilişki kurmakta zorlanma, alkol ve madde kullanımının olması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları hakkındaki bilgisizlik, istenmeyen cinsel ilişkiye zorlandıklarında karşı koyamama sayılabilir (Kelly, Murphy, Bahr et al., 1991; McCullough, Coverdale, Bayer et al., 1992; Kalichman, Kelly, Johnson et al., 1994; Kalichman, Sikkema, Kelly et al., 1995; Chuang, Atkinson, 1996).

Ruhsal hastalığı olan geniş bir grupta yapılan çalışmada; vakaların %51,7'sinin cinsel olarak aktif olduğu, aktif olan grubun yarısının çok sayı da partnerinin olduğu, %35,0'inin cinsel ilişki sırasında madde kullandığı ve yaklaşık %30,0'unun madde alabilmek için parayla cinsel ilişkiye girdiği bulunmuştur (McKinnon, Cournos, Sugden et al., 1996).

#### **2.2.2. Hastalıkla İlgili Faktörler**

Ruhsal hastalığı olan bireylerde yüksek komorbid tıbbi durumların olmasına rağmen, bu hastalarda fiziksel hastalıkların tanı konularak tedavi edilmesi yetersiz kalmaktadır (Reischel, Shih, 1999; Levinson Miller, Druss, Dombrowski, Rosenheck,



2003). Ruhsal hastalığına ek olarak fiziksel sağlık problemleri olan hastaların %30,0 ile %40,0'ının tedavi görmediği tahmin edilmektedir (Hurowitz, 1989; Levinson Miller, Druss, Dombrowski, Rosenheck, 2003; Hahm, Segal, 2005). Ruhsal hastalıklar, bireyin yardım arama davranışını etkiler. Şizofreni tanısı alan hastaların yaşamış oldukları fiziksel rahatsızlıkları kendiliğinden ifade etmelerinin daha az olduğu tahmin edilmektedir (Jeste et al., 1996). Aynı zamanda şizofreni hastaları, bilişsel yetilerdeki eksiklik, yüksek ağrı toleransı ya da antipsikotik ilaç kullanımına bağlı olarak azalmış ağrı hassasiyeti nedeniyle yaşamış oldukları fiziksel sağlık sorunlarının farkında olmayabilir (Dworkin, 1994; Jeste et al., 1996; Phelan et al., 2001). Hastaların, sosyal geri çekilme yüzünden tıbbi yardım aramada kararsız olmaları, saldırgan davranış sergilemeleri, işbirlikçi olmayan davranışları, doktorların hastalara karşı olan olumsuz tutumları fiziksel sağlık sorunlarına erken dönemde müdahale edilmesini engeller (Hurowitz, 1989; Berren, Santiago, Zent, Carbone, 1999; Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, 2004, 2005).

### 2.2.3. Tedaviyle İlişkili Faktörler

Psikotrop ilaçların kullanıma girmesi, ruhsal hastalığı olan bireylerin hastanede uzun süre yatarak tedavi görme sürelerini azaltmış, toplum içinde daha üretken bir hayat sürmelerine imkan vermiştir. Atipik yani ikinci kuşak olarak adlandırılan yeni nesil antipsikotik ilaçların olası yan etkilerinin az olması bu grup ilaçların kullanım oranlarını arttırmıştır (Jin et al., 2004). Antipsikotik ilaçların faydalarına karşın olumsuz etkilerinin olduğu da bilinen bir gerçektir.

1950'li yıllardan itibaren kullanıma giren antipsikotik ilaçlardan klorpromazinin (largactil) hiperglisemi, glikozüri, kilo artışı gibi fiziksel sağlık üzerine olumsuz yan etkilerinin olduğu literatürde mevcuttur (Koran, 2004). 1990'lı yılların başlarında, atipik antipsikotiklerin kullanıma başlanmasıyla birlikte; ruhsal hastalığı olan bireylerde görülen obezite, tip II diyabet, kalp- damar hastalıkları, hiperprolaktinemi ve metabolik sendrom oranlarındaki artış bu alanlara olan ilgiyi arttırmış ve bununla ilgili araştırmalar önem kazanmıştır.



### 2.2.3.1. Kilo Artışı (Obezite)

Tipik ve atipik antipsikotik ilaçların, kilo artışının etyolojisi ile ilişkili olduğu dopaminerjik, seratonerjik, histaminerjik, kolinerjik ve adrenerjik nörotransmitterlerin üzerinde etkileri vardır. Antipsikotik ilaçların kullanıma ilk başladığı andan itibaren kardiyometabolik sonuçların sistematik olarak gözden geçirilmesi sonucunda; insülin seviyesi, insülin direnci, toplam ve düşük yoğunluklu kolesterol (LDH), trigliserid, leptin (tokluk hormonu) ve ghrelin (açlık hormonu) seviyelerinde yükselme belirtileri tespit edilmiştir (Foley and Morley, 2011).

Atipik antipsikotik ilaçlardan olan olanzapin ve klozapin diğer antipsikotik ilaçlara kıyasla kilo artışına daha fazla neden olmaktadır. Başlangıçta hipoglisemi ve aşermeye yol açabilecek insülin duyarlılığına yol açabilir (Werneke et al., 2003). Antipsikotik ilaçlar, bazı duygu-durum dengeleyici ilaçlar ve bazı antidepresan ilaçlar iştah arttırır ve insanları susatır. Doymuş yağ ve şeker oranı yüksek, hazır yiyecek ve içecekler bu problemleri gidermenin hızlı bir yoludur. Düşük gelire sahip bireyler için düşük maliyetli ve kolaydır. Şizofreni ve bipolar bozukluğu gibi ruhsal hastalığı olan bireylerin almış oldukları kilolar ve toplum içindeki damgalanma bu bireylerin ilaçlarını bırakma riskini arttırır.

### 2.2.3.2. Glikoz İntoleransı ve Diyabet

Tipik antipsikotiklerden özellikle, klorpromazin gibi düşük potansiyelli antipsikotik ilaçlar diyabete neden olabilir ya da var olan diyabeti daha da kötüleştirebilir (Newcomer et al., 2002). Atipik antipsikotik ilaçlardan olanzapin ve klozapin hızlı kilo artışına neden olmaları ve kan şekeri regülasyonu üzerindeki etkilerinden dolayı tip II diyabetin yeni başlangıcı veya ağırlaşmasıyla ilişkilendirilmiştir (Newcomer et al., 2002). Risperidon, ketiapin gibi antipsikotik ilaçların da glikoz intoleransı, diyabet ve ketoasidoza neden olabileceği ile ilgili vaka notları mevcuttur ( Taylor et al., 2005).

### 2.2.3.3. Kardiyovasküler Etkiler

Ruhsal hastalığı olan bireyleri tedavi etmek için kullanılan birçok ilacın az da olsa, ventriküler aritmi, elektrokardiyografi değişiklikleri, ani kardiyak ölüm gibi yan etkileri mevcuttur (Taylor et al., 2005).

Antipsikotik ve bazı antidepresan ilaçlar elektrokardiyografide Q-T aralığı uzamasına neden olabilmektedir. Tipik, atipik antipsikotik ilaçlar ve trisiklik antidepresanların adrenerjik reseptörleri blokaj etmeleri sebebiyle hastalarda hipotansiyon gibi yan etkiler görülebilmektedir (Taylor et al., 2005). Klozapin, myokardite de neden olabilir. Tedavinin başlangıcında, ilk iki ay içinde görülür. Ateş, çarpıntı, grip benzeri semptomlar, yorgunluk, göğüs ağrısı gibi belirtileri vardır (Killion et al., 1999).

Hiperlipidemi, kalp damar hastalıkları için büyük bir risk faktörüdür. Beslenme, sigara içme ve hareket gibi sağlık davranışlarıyla yakından ilişkilidir. Total kolesterol ve LDL(düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol) nin yüksek olması kalp hastalığı oranını artırır, HDL (yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol) 'nin yüksek olması ise, kalp krizi oranını düşürür. Tipik ve atipik antipsikotik ilaçların trigliserid ve kolesterol seviyeleri üzerinde olumsuz etkileri vardır (Casey, 2004).

### 2.2.3.4. Metabolik Sendrom

Abdominal obezite, hipertansiyon, dislipidemi, insülin direnci ve glikoz intoleransı bozukluğunun meydana getirdiği tabloya metabolik sendrom denir. Bu kriterlerden 3 yada daha fazlası varsa hastada metabolik sendrom vardır ( Ryan and Thakore, 2001). Metabolik sendromun şizofreni tanısı alan ve tedavi gören bireylerde arttığı ve bu durumun diyabet ile kalp damar hastalıklarının yaygın olarak görülmesinde de etken olduğu düşünülmektedir (Holt et al., 2004).

### 2.2.3.5. Göz sağlığı

Antipsikotik ilaçlar; kornea ve mercek değişikliklerine neden olmaktadır (Shahzad et al., 2002). Isaac et al.(1991); fenotiazin alan hastalarda dört kat daha fazla katarakt geliştiğini bildirmişlerdir. Ruigomez et al.(2000) tarafından, Birleşik Krallık Pratisyen Hekimlik Veritabanı kullanılarak yürütülen geniş bir kohort çalışmasında;



antipsikotik reçete edilen insanlarda yüksek katarakt riskine yönelik bir bulguya rastlanmasa da klorpromazin ve prokloroperazin reçete edilmiş hastalarda yüksek katarakt riski olduğu bulunmuştur. Ketiapinin katarakta sebep olabileceğine ilişkin vaka notları mevcut olsa da, bu hastaların aynı zamanda birlikte gerçekleşen diyabet, yüksek tansiyon ve göz travması gibi durumları olduğu için nedensel bir ilişki ispat edilememiştir (Marder et al., 2004). Kanıtlanmış bir ilişki olmamasına rağmen, ketiapini üreten şirket (Amerika’da) tedavi başlangıcında ve 6 aylık aralıklarla göz muayenesi önermektedir (Astra Zeneca, 2005).

#### 2.2.3.6 Diş Sağlığı

Antipsikotikler, antidepresanlar ve duygu durum dengeleyicilerin hepsi kserostomiye (ağız kuruluğu) sebep olmaktadır. İlaçların yan etkilerinin yanında kötü diş sağlığı; kötü beslenme, sigara kullanımı ve kötü ağız hijyeniyle ilgili de olabilir (Mc Creadie et al., 2004).

#### 2.2.3.7. Cinsel Etkiler

Antidepresanlar (özellikle SSRI’lar), duygu durum düzenleyici ilaçlar (lityum ve karbamazipin), tipik ve atipik antipsikotik ilaçlar cinsel problemlere neden olmaktadır. Antipsikotik ilaçların adrenarjik ve antikolinergik yan etkileri cinsel işlevselliği etkiler. Beyinde tuberinfundibuler yolaktaki dopamin resptörlerinin blokajı hiperprolaktinemiye yol açabilir. Artan prolaktin seviyeleri erkeklerde testosteronda düşüğe ve kadınlarda östrojenin düşmesine sebep olarak, cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir. Birçok yapılan araştırma da, birinci kuşak antipsikotiklerin kullanıma ilk başladığı andan itibaren prolaktin seviyesinde yükselme yaptığı ve hasta ilacı kullandığı süre boyunca bu yükselişin devam ettiği bulunmuştur. Ancak tedavi sonlandırıldıktan sonra, 2-3 hafta içinde normale döner (Hummer and Huber, 2004). Atipik antipsikotiklerden yaygın olarak kullanılan amisülpirid ve risperidon da yüksek prolaktin seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir (Halbreich and Kahn, 2003).

Ruhsal hastalığı olup antipsikotik ilaç kullanan hastalarda görülen hiperprolaktinemi; kadınlarda amenore, düzensiz adet döngüleri ve ovulasyonun olmaması gibi problemlere, her iki cinsiyette de galaktore görülmesine neden olabilir. Erkeklerde jinekomasti, ve her iki cinste de cinsel işlev bozukluğu görülür (Dickson and



Glazer, 1999; Halbreich and Kahn, 2003). Artan prolaktin seviyelerinin neden olduğu östrojendeki düşüşün göğüs kanseri (Halbreich et al., 1996) ve kemik erimesi (Halbreich and Palter, 1996) oranı ile ilişkili olduğu konusunda çeşitli bulgular vardır.

#### **2.2.3.8. Nöroleptik Maling Sendrom**

Nöroleptik maling sendrom (NMS); antipsikotik ilaçların ve beyinde dopamin d2 reseptörlerini bloke eden herhangi bir ilacın nadir görülen, fakat ölüme sonuçlanabilen bir yan etkisidir. Tipik antipsikotik ilaçların kullanımı ile ilgili rapor edilen vaka ve ölüm oranları % 0,2-1'dir (Doran, 2003; Taylor et al., 2005). NMS'mun atipik antipsikotik ilaçlara bağlı görülme oranı daha azdır. Belirtiler tedavi edilmediğinde, koma ve ölüme neden olan hipertermi, aşırı terleme, tansiyondaki değişimler, taşikardi, kas rijiditesi, titreme, şaşkınlık, mutizm ve sersemlik görülebilir. NMS; yüksek kreatinin kinaz (CK), lökositoz ve karaciğer fonksiyon testlerinde değişme ile karakterize bir tablodur (Taylor et al., 2005). NMS'dan şüphe edilirse antipsikotik ilaçlar stoplanmalı, vital bulgular sık aralıklarla takip edilmelidir.

#### **2.2.4. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Faydalanamaması**

Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık ve hastalıklarından kimin sorumlu olduğunun belirsizliği, birinci ve ikinci basamak tedavi hizmetleri arasındaki iletişimin zayıf olması hastaların fiziksel sağlık sorunlarının ihmal edilmesine katkıda bulunan önemli bir faktördür (Muir-Cochrane, 2006).

Yapılan bir çalışmada; toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışanlardan bazıları ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunları ve bu alandaki ihtiyaçları ile ilgilenmeyi kendi rol ve sorumlulukları arasında görmemiştir. Ayrıca bunlar, aşırı iş yükünü ve fiziksel sorunlarla ilgilenmenin asıl sorun olan ruhsal bozukluk ile ilgili sorunlardan uzaklaşmaya neden olacağı gibi bahaneleri öne sürmüşlerdir. Birinci basamak sağlık çalışanları, fiziksel sağlık taramasının kendi rol ve sorumlulukları içinde yer aldığını kabul etmiş, fakat ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi eksikliklerinin bu sorumluluğu etkili şekilde yürütme de engel oluşturduğunu ifade etmişlerdir. İkinci basamak sağlık çalışanlarının bazıları, bu konuyu görev ve sorumlulukları içinde görürken, bazıları da bu görevin onları, asıl problem olan ruhsal alandaki problemden

saptıracağını düşündüklerini belirtmişlerdir. Hastalar ise; fiziksel sağlık alanı ile ilgili kontrollerin birinci basamak yerine ikinci basamak tarafından yapılmasını istemişlerdir (Wright et al., 2006).

Hastaların, fiziksel sağlığı ile ilgili olarak yaşamış oldukları sorunlar, hastalıklar birinci ve ikinci basamak sağlık çalışanları tarafından ihmal edilmektedir (Gournay, 1996; Phelan et al., 2001). Ciddi ruhsal hastalığı bulunan bireylerin fiziksel sağlık durumlarının değerlendirilmesi, kaydedilmesi ve takip edilmesindeki eksiklikler hakkında literatürde çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Avusturalya’da yapılan bir çalışmada, hastaların sağlık hizmeti almadaki engellerine bakıldığında; hastaların fiziksel şikayetlerinin sağlık profesyonelleri tarafından ihmal edildiği, psikosomatik olarak değerlendirildiği ya da hastaların var olan problemlerini anlatmada yetersiz kaldıkları bulunmuştur (Muir-Cochrane, 2006).

Günlük psikiyatrik bakım merkezinde ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik yapılan çalışmada; çalışmaya katılan 145 hastanın %41,0’inin bakım gerektiren fiziksel sorunlarının olduğu, %44,0’ünün ise karşılanmamış fiziksel sağlık ihtiyaçları olduğu sonucuna varılmıştır (Brugha et al., 1989).

İngiltere’de yapılan başka bir çalışmada ise; ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlıklarının birinci basamak tarafından yapılan takiplerinde, pratisyen hekimlerin yıllık konsültasyon oranlarının normalden daha yüksek olmasına rağmen, kaydedilen verilerin yetersiz olduğu bulunmuştur. Hastaların %27,0’sinin sadece kilolarının, %38,0’sinin sadece kan basıncı değerlerinin, %2,0’sinin ise sadece kolesterol sonuçlarının kayıt edildiği tespit edilmiştir (Burns and Cohen, 1998).

Yatarak tedavi gören ruhsal hastalığa sahip bireylerin, fiziksel sağlıkları ile ilgili neler yapıldığını öğrenmek için; 606 hastanın vaka notları gözden geçirilmiş ve sadece 113 (%18,0) hastanın kilosunun, 21 (%3,5) hastanın lipit seviyelerinin kliniğe yatışı esnasında kaydedildiği bulunmuştur (Paton et al., 2004).

Psikiyatrik rehabilitasyon ve tedavi merkezinde yapılan çalışmada; 63 hastanın %16,0’sinin kilosunu, %16,0’sinin sigara kullanma durumu, %24,0’ünün kan basıncı değerinin kaydedildiği belirlenmiştir (Greening, 2005).



Başka bir çalışmada; ruh sağlığı çalışanlarının, hastaların fiziksel sağlık ve bakımına ilişkin görevleri konusunda kararsız oldukları, hastaların fiziksel sağlıklarının korunması, iyileştirilmesi görevinin asıl odak noktaları olmadığı görüşünde oldukları bulunmuştur ( Dean et al., 2001).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlığının geliştirilmesi, var olan fiziksel sağlık problemlerinin saptanması, önlenmesi, takip ve tedavisinin kim tarafından yapılacağı ile ilgili belirsizlikler, bu konuda geliştirilmiş standart ya da stratejilerin olmaması hastaların mağdur olmasına neden olmaktadır. Bazı ülkeler bu konuda gerekli önlemleri almaya çalışmış ve çeşitli klavuzlar yayınlamıştır. İngiltere’de Klinik Mükemmellik Ulusal Enstitüsü tarafından birinci ve ikinci basamak tedavi hizmetlerinde, şizofreninin tedavisi için yayınlanan klavuzlar da (NICE, 2002) yatan hastalarda rutin olarak fiziksel sağlığın kontrol edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Avusturalya’daki hükümet politikası; ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlıklarının vaka yönetimine dahil edilmesi gerektiğini kabul etmiştir (Victorian Mental Health Services, 1995).

Kurumsal olarak, ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin, hastaların fiziksel sağlık ve bakımındaki sorumluluklarının açık, net olarak belirtilmesi gerekir. Yapılan ekip toplantılarında; hastaların fiziksel sağlık sorunlarının gündeme getirilmesi, hastalara yönelik yaşam tarzı programlarının yapılması ve uygulanması verilen bakımın kalitesini yükseltir ve hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırır (Happell, Platania-Phung, Scott, 2013).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin, yaşamış oldukları fiziksel sağlık sorunu ve hastalıkları uluslararası bir sorundur. Ülkeler kendi içlerinde bir takım protokoller geliştirerek bu sorunun üstesinden gelmeye çalışmaktadırlar. Türkiye’nin de içinde bulunduğu 14 Avrupa ülkesinin katılımı ile ruhsal hastalığı olan bireylerin, fiziksel sağlık sorunlarını belirlemek, önlemek, fiziksel sağlık sorunlarına bağlı hastalık ve ölüm oranlarını azaltmak için HELPS projesi adı altında 2008-2010 yılları arasında yapılmış olan bir proje bulunmaktadır. HELPS projesi; Avrupa’da sağlık ve sosyal hizmet tesislerinde yaşayan, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde etkili ve uygulanabilir sağlık davranışı müdahalelerini oluşturmak için planlanmıştır. Amacı, hastaların kendi fiziksel sağlıklarını yönetmede onları güçlendirecek ve sağlığı geliştirme aktivitelerine



katılımını teşvik edecek bir araç kiti geliştirmektedir. HELPS projesinde fiziksel sağlık alanları; beslenme, fiziksel egzersiz, alkol tüketimi, sigarayı bırakma, ağız sağlığı ve hijyen pratiği olarak belirlenmiş olup, bu alanlarda davranış değişikliği oluşturmak için uyarlanmış motivasyonel görüşmenin öneminden bahsedilmektedir (Weiser, Kilian, McDaid, Berti, Burri et al., 2014).

Hastaların, fiziksel sağlığına A.B.D., Avrupa ve Avusturalya gibi ülkelerde de önem verilmekte olup bu konu üzerinde fikir birliği belirtmişlerdir.(Cohen, 2001; Marder et al., 2004; Barnett et al., 2007). Avusturalya'da ruh sağlığı konusunda danışmanlık hizmeti vermekle görevli olan Victoria Bakanlık Danışma Komitesi; ruh sağlığı alanında görev yapan uzmanlara, hastalara fiziki sağlık değerlendirmelerini de kapsayacak şekilde bakım verilmesini (sağlıklı yaşam tarzı danışmanlığı, beslenme, egzersiz danışmanlığı, hastalığı olan bireylere sağlık eğitimi verilmesi) bildirmiştir (Happell, Platania-Phung, Scott, 2013). İngiltere Sağlık Bakanlığı, ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel sağlık kontrolünü iyileştirerek hastalık ve ölüm oranlarını azaltmaya önem vermektedir. Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü birinci basamak tedavide, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık ihtiyaçlarının her yıl izlenmesini, elde edilecek bilgilerin ikinci basamak tedavi hizmetlerine ulaştırılmasını ve ikinci basamağında kendi hastalarının fiziksel sağlık kontrollerinin yapıldığından emin olmasını önermektedir (NICE, 2006; 2009).

Ruh sağlığı hizmeti veren tüm hastanelerde, yatan bireylerin hastalık taramalarının yapılarak; hastaların fiziksel sağlık ve hastalıklar yönünden değerlendirilmesi, saptanan sorunlara yönelik tedavilerinin yapılması, ileri tedavi gerektiren durumlarda yeterli donanıma sahip hastanelere transfer edilebilmesini kolaylaştıracak bir sistem gereklidir (Hurowitz, 1989; Bazemore, Gitlin, Soreff, 2005). Fiziksel sağlık sorunlarının, hastalıklarının ihmal edilmeyerek tedavi edilmesi; hastaların yaşam kalitelerinin ve işlevselliklerinin artmasını sağlar.

Literatürde, hastaların fiziksel sağlığını geliştirmek ve korumak için; kan şekeri, lipit düzeyleri, tansiyon, prolaktin düzeyleri, kilo ile ilgili problemler, cinsel yaşam ile ilgili problemler olup olmadığının düzenli aralıklarla takip edilmesi önerilmektedir. Bazı ilaçların kalp üzerine olan olumsuz etkilerinden dolayı Q-T aralığının uzamasını

saptamak için EKG çekilmesi ve değerlendirilmesi önerilmektedir (Archie, Wilson, Osborne et al., 2003; Marder, Essock, Miller et al., 2004). Mevcut araştırmalarda fiziksel sağlık alanları olarak; kilo, vücut kitle endeksi, bel çevresi (göbek çevresi), Akş, lipit seviyeleri, insülin direnci ve diyabet varlığının araştırılması, diş, göz muayenesi, cinsel sağlık alanlarının değerlendirilmesinden bahsedilmektedir (Robson and Gray, 2006).

Fiziksel sağlık sorunlarına, erken dönemde müdahale edebilmek için bir takım önerilerden bahsedilmektedir. Hastaların hastaneye yatışları esnasında, ruhsal muayenesinin yanında fiziksel ve sistem muayenelerinin de yapılarak hastanın mevcut sağlık durumunun ortaya konması, ciddi sağlık problemlerinin varlığında ise uygun tedavi ve bakımın verilebileceği birimlere sevk edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Carney, Yates, Goerd, Doebbling, Stoudemire, 2000; Bazemore, Gitlin, Soreff, 2005). Ruhsal hastalık tanısı konulan hastalara; ilaç tedavisine başlamadan önce mutlaka ayrıntılı olarak fiziksel muayene, sistem taraması, laboratuvar testleri yapılmalıdır. Yapılacak olan bu taramalar, şikayetlerini anlatamayan hastalar için önemli veri sağlar. Akş, kolesterol, tam kan sayımı, tiroid hormonu değerleri, karaciğer enzimleri gibi biyokimyasal veriler hekime bilgi verir (Reeves, 2000). Psikiyatrik bakımda, multidisipliner hasta bakımı önemlidir. Ekip üyeleri birbirleri ile koordineli bir şekilde çalışmalıdır (Lambert, Velakoulis, Pantelis, 2003; Meiklejohn, Sanders, Butler, 2003). Araştırmalarda, fiziksel sağlık sorunlarının gözden kaçmaması için, psikiyatride çalışan hekim, hemşire ve hastabakıcıların eğitim almaları gerektiği vurgulanmaktadır (Lambert, Velakoulis, Pantelis, 2003). Tedavi amaçlı hastaneye yatan hastaların; tüm vücut sistem ve fonksiyonlarının taranarak gözden geçirilmesi, sağlık hizmetine ulaşamayacak durumda olan hastalar için var olan ya da ortaya çıkabilecek sorunların erken dönemde tespit edilmesine olanak sağlar. Ayaktan tedavi gören hastaların tarama ve takiplerinin özellikle birinci basamak sağlık merkezleri tarafından izlenmesi gerektiği belirtilmektedir (Frost, 2006).

Fiziksel sağlığının kötü olması, hastaneden taburcu olma süresini uzatabilir ya da tekrardan yatışlara neden olabilir. Ruh sağlığı hastanelerinde “yeni uzun kalış” (New Long-Stay-NLS) olarak tanımlanan hastalar, çalışmacılar tarafından incelenmiştir. 30 NLS hastası ele alınmış, bunların %27,0’si standardize edilmiş araçlar



kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların yirmi beşinde (%93,0) şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk mevcuttur. Hastaların en belirgin özellikleri pozitif-negatif belirtilerinin yüksek ve sosyal izolasyonlarının olmasıdır. On sekiz hastada (%67,0) fiziksel sağlık sorununa bağlı ikincil engellilik tespit edilmiştir. Orta-ağır düzeyde ikincil engelliliğe sebep olan hastalıklar; kardiyomyopati, epilepsi, pulmoner ödem, inkontinans, obezite ve antipsikotik ilaçlara bağlı olarak görülen akatizi, dizartri gibi yan etkilerdir (Richards, Smith, Harvey, Pantelis, 1997). Yaşlanma ve sağlıksız yaşam şekline bağlı olarak fiziksel sağlığın bozulması tekrarlı yatışlara neden olur (Ryu, Mizuno, Sakuma et al., 2006).

Hastaların fiziksel sağlıklarını takip etmenin iki önemli nedeni vardır. Birincisi, hali hazırda bulunan hastalığa yönelik uygun tedavi ve bakımı sağlamak, ikincisi şu anki sağlık durumunu ileriki dönemlerde meydana gelebilecek olan bozulmalara karşı korumaktır (Kaplan&Sadock's, 2016).

### **2.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Hastaların Fiziksel Sağlığına Yönelik Rolleri, Sorumlulukları ve Eğitim gereksinimleri**

Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumunun değerlendirilmesi, takibi ve kaydedilmesi konusundaki eksiklikler hakkında literatür de birçok çalışma bulunmaktadır. Uygulamayı bilgilendiren bir takım kılavuzların olmasına rağmen, fiziksel sağlığın değerlendirilmesi ve takibinin sıklığı hakkında fikir birliği bulunmamaktadır (NICE, 2002; Marder et al., 2004). Sağlık çalışanlarının fiziksel sağlık ile ilgili bilgi ve uygulama eksikliği ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlıklarının kötüleşmesine neden olmaktadır.

Psikiyatri hemşireleri; ruh sağlığı hizmetleri konusunda uzman kişiler olup, (Australian Institute of Health and Welfare, 2011), ruhsal hastalığı olan bireylerin iyi bir fiziksel sağlık hizmetine erişimlerinde ve fiziksel sağlığı olumsuz etkileyen risk faktörlerinin azaltılmasında önemli role sahiptir (Muir- Cochrane, 2006; Robson and Gray, 2007; Brunero and Lamont, 2009; Park et al., 2011; Blythe and White, 2012; Bradshaw and Pedley, 2012). Son yıllarda hemşireler; tarama, danışma, diyet, fiziksel aktiviteler ve sigara konularını da içine alan fiziki sağlık bakımının birçok alanında strateji geliştirilmesinde yer almış ve katkı sağlamışlardır (Jordan et al., 2002; Ohlsen et



al., 2005; Smith et al., 2007; White et al., 2009; Druss et al., 2010; Griffiths et al., 2010; Brown et al., 2011; Park et al., 2011).

Ruhsal hastalığı olan ve başkalarının yardımına muhtaç olan bireylerin; fiziksel sağlıklarının yakından takip edilmesi, gerekli müdahalelerin yapılması ve yaşadığı olumsuz sağlık koşullarının mümkün olduğunca giderilmesi görülebilecek fiziksel sağlık sorunlarının önemli oranda azalmasına yardımcı olur (Happel, Platania-Phung, Scott, 2011; Hardy and Thomas, 2012). Yapılan çalışmalar, psikiyatri hemşirelerinin, hastaların fiziksel sağlık ve sorunları ile ilgili görevleri, rolleri hakkında bir kararsızlık yaşadıklarını, bu konularda kendilerini yetersiz gördüklerini göstermektedir (Bradshaw and Pedley, 2012). Hemşireler, hastalarına, ruhsal yönden yaklaşmakta, fiziksel sağlık sorunlarını görmezden gelmekte ve ihmal etmektedirler (Muir-Cochrane, 2006). Psikiyatrik bakım, sadece hastaların ruhsal sorunlarına odaklanmak olmayıp, hastaların biyopsikososyal bütünlük içinde ele alınması ve değerlendirilmesidir (Edward, Ramusen, Munro, 2010).

Londra'da ruh sağlığı vakfında çalışan 21 doktor ve 153 psikiyatri hemşiresinin, hastaların fiziksel sağlık sorunlarını belirleme ve bakımını üstlenmelerinde kendilerinden ne kadar emin olduklarını belirlemek için bir çalışma yapılmıştır. Hemşirelerin; kalp masajı, yara bakımı, kan alma, nörolojik gözlem, diyabet yönetimi gibi farklı fiziksel sağlık alanlarında eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade ettikleri bulunmuştur. Vaka notlarının araştırılması sonunda, dosyaların yarısından fazlasının hemşirelerin fiziksel sağlık değerlendirmeleri açısından eksik olduğu, fiziksel sağlık değerlendirme ve bakım kayıtlarının yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ward, 2005)

Bir rehabilitasyon merkezinde; 5 yıllık 63 vaka notu örnekleme incelenmiş ve hemşireler tarafından yapılan fiziksel sağlık taramasının yetersiz olduğu bulunmuştur (Greening, 2005).

Yapılan niteliksel bir çalışmada; hemşirelerin hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili görüş ve davranışlarını belirlemek amaçlanmıştır. Hemşirelerin, hastaların fiziksel olarak kendilerini iyi hissetmediklerini söylediklerinde ya da kendileri fiziksel olarak bir problemin varlığından şüphelendikleri vakit doktora haber verdiklerini, fiziksel sağlık alanı ile ilgili değerlendirmelerin bir kereye mahsus olduğunu düşündüklerini,

değerlendirme ve takiplerin önemini bilmediklerini ifade ettikleri bulunmuştur. Aynı zamanda, ruh sağlığı merkezlerinde bazen kan şekeri ölçüm aletinin olmadığı, yada ödünç verilen aletlerin geri gelmediği, hemşirelerin sadece hastaların ruh sağlığı sorunlarına eğildikleri, fiziksel sağlık sorunlarını öteledikleri, sağlığın geliştirilmesi için her hangi bir araç ve müdahale yöntemi kullanmadıkları, sağlığı iyileştirmek için diyet hemşireleri gibi bazı hemşirelerin olduğu, temel bilgiye ve eğitime ihtiyaçları olduğu (kan-idrar sonuçlarının analizi gibi), diyabet ve diyabete neden olabilecek konularda, kalp-damar hastalıkları (EKG yorumu, kardiyak problemler ve nedenleri, warfarin kullanımı gibi) konularında eğitime ihtiyaçları olduğu bulunmuştur.(Rylance, Chapman, Harrison, 2011).

Robson'un 585 ruh sağlığı hemşiresi ile yapmış olduğu çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerden %80'inden fazlası kardiyovasküler sağlığın yönetilmesi, diyabet bakımı ve sağlıklı beslenme konularında eğitime, %67,0'si de üreme sağlığının nasıl tartışılacağı, yönetileceği konusuna ilgi göstermiştir (Robson et al., 2012).

Ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabetin giderek yaygınlaştığı (Holt and Peveler, 2010), glikoz intoleransı, diyabet belirti ve bulgularının bu gruptaki hastalarda kalp-damar hastalığının oluşumunda önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Pendlebury and Holt, 2010). Bu riskin azaltılmasında psikiyatri hemşirelerinin hastalara yaşam stili değişikliklerini destekleyerek müdahale etmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (Holt and Peveler, 2010). Nash, alanda çalışan psikiyatri hemşirelerinin birçoğunun fiziksel sağlık ve diyabet hakkında sadece temel bilgilere sahip olduğunu, bu konuda resmi eğitimlerinin olmadığını vurgulamıştır (Nash, 2005; 2009). Psikiyatri hemşireliği eğitiminin, uygulamada gerekli olan zorunlu becerilere uygun olacak şekilde yapılması gerekmektedir (Wand, 2011). Yapılan bir çalışmada; psikiyatri hemşirelerinin, fiziksel sağlık alanı ile ilgili eğitimleri olmadan bu alanda sorumluluk almalarının beklenmemesi ve psikiyatri hemşireliği eğitim müfredatının bu alana yönelik değiştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Hardy et al., 2011).

Howard and Gamble (2011); İngiltere'de yapmış oldukları bir çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireylerde görülen diyabet için, hemşirelerin diyabet bakımı ve fiziksel



sağlık değerlendirmelerinde eğitim almalarının gerekli olduğunu vurgulamıştır (Howard and Gamble, 2011).

Psikiyatri hemşirelerinin; cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili konuları hastaları ile konuşurken rahatsız oldukları vurgulanmaktadır ( Quinn et al., 2011). İlaç tedavilerinin cinsellik üzerine olan yan etkileri, hastaların tedaviyi bırakmalarına neden olabilir. Hastaların bütüncül bir sağlık yaklaşımı çerçevesinde ele alınabilmesi için, cinsellik ve cinsel sağlık sorunlarının da hemşireler tarafından aktif olarak ele alınması gerekmektedir (Quinn et al., 2011). Hemşirelere bu alanda verilecek eğitimle farkındalıklarının artacağı belirtilmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin cinsel sağlık alanı ile ilgili eğitimleri de öncelikli konular arasında yer almaktadır (Quinn and Happell, 2012).

Hemşirelerin, psikotrop ilaçlarla ilgili sorumlulukları bulunmaktadır. Psikotrop ilaç kullanan hastaların yakından takip edilmesi gerektiği, Liverpool Yan Etkileri Değerlendirme Ölçeği gibi araçlar kullanmalarının önemi vurgulanmaktadır. Psikozun ilk aşamasında olan ve antipsikotik ilaçlar kullanan özellikle genç hastaların, kilo alımına karşı hassas oldukları ve kardiyometabolik değişiklikleri olduğu bilinmektedir (Foley and Morley, 2011). İlk aşamadaki hastalarla ilgilenen psikiyatri hemşirelerinin hastaların bu kritik ve hassas dönemlerinde fiziki sağlık alanı değerlendirme ve bakımı ile ilgili sorumlulukları mevcuttur (Bradshaw and Pedley, 2012). İlaç tedavisine başlamadan önce psikiyatri hemşireleri hastaları ve hasta ailelerini tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmelidir (NICE, 2009). Bunu yapabilmesi için psikiyatri hemşiresinin ilaçlar ve diğer tedavi yöntemleri, etki ve yan etkileri konusunda güncel ve güvenilir bilgilere sahip olması gereklidir (Lieberman et al., 2005; Lewis et al., 2006).

Londra Ruh Sağlığı Vakfı'nda yatılı ortamlarda ve toplum sağlığı alanında çalışan psikiyatri hemşirelerinin, hangi konularda eğitime ihtiyaç duyduklarını analiz etmek için çalışma yapılmış ve bu konunun üzerinde önemle durulmuştur. 320 psikiyatri hemşiresinden %53'ü çalışmaya katılmıştır. Katılımcıların yarısından fazlasının geçmişte fiziksel bakım eğitimi ve tecrübesine sahip olduğu ancak, fiziksel bakım hizmeti veren diğer çalışanların önemli bir kısmının eğitiminin ya da



deneyiminin olmadığı bulunmuştur. Bu çalışma, psikiyatri hemşirelerinin fiziksel sağlık alanı ile ilgili eğitim ve ihtiyacını ortaya koyması açısından önemlidir. (Nash, 2005).

Avusturalya’da; psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin, hastaların fiziki sağlık bakımı ile ilgili hangi alanlarda eğitime ihtiyaçları olduğunu, eğitim gereksinimlerinin sosyodemografik özelliklere göre değişiklik gösterip göstermediğini ve fiziki sağlık bakımındaki eğitimleri, hastaların iyileştirilmesinde etkili olarak görüp görmediklerini belirlemek için yapılan bir çalışmada; ortalama 2900 katılımcıdan %22’sine (643) ulaşılmıştır. Hemşirelerin fiziki sağlık eğitimi almalarının, hastaların fiziki sağlık şartlarının iyileştirilmesin de bir yöntem midir sorusuna; katılımcıların çoğu ciddi anlamda olumlu etkisinin olacağını belirtmiştir (410 kişi, %65). Katılımcıların eğitim ihtiyaçları; hastaların kardiyovasküler sorunlarına nasıl yardımcı olabilecekleri, diyabetli hastaların bakımı, fiziki rahatsızlığı olan hastaların nasıl tespit edileceği, hastaların kilo kontrolüne nasıl yardımcı olabilecekleri, hastaların güvenli ve etkili egzersiz yapabilmelerine nasıl yardımcı olabilecekleri, sağlıklı beslenme konusunda nasıl müdahale yapabilecekleri, hastaların sigarayı bırakmaları konusunda nasıl yardımcı olabilecekleri, üreme sağlığı konularını hastalarla nasıl konuşabilecekleri, cinsel sağlık ve madde kullanımı gibi hassas konuları hastalarla nasıl konuşabilecekleri olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları; eğitimin, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziki sağlıklarının iyileştirilmesinde uygun bir strateji olduğunu göstermektedir (Happell et al., 2011).

Avusturalya’da ruh sağlığı alanında görev yapan psikiyatri hemşirelerinin, fiziki sağlık bakımı ile ilgili görevleri ve eğitim gereksinimleri konusuna ilgilerinin az olduğu tespit edilmiştir (Happell et al., 2011).

Ülkemizde, psikiyatri hemşirelerinin rollerine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, klinikte yapmış oldukları temel girişimlerin, %76,8’i psikofarmakolojik tedavi, %52,6’sı gözlem, %41,8’i hastaların öz bakımını sağlamak olduğu bulunmuştur. Çalışma kapsamındaki hemşirelerin tamamına yakını (%96.4); rol ve sorumluluklarının net olmadığını, yasalarda yer almadığını düşündüklerini ifade etmiştir (Ünsal, Karaca, Arnik, Öz, Aşık, Kızılkaya, Duran, Aydın, Türk, Şıpkın, 2014).

Bipolar bozukluk tanısı ile izlenen hastalarda görülebilen metabolik sendroma ilişkin, ruh sağlığı çalışanlarının farkındalığı ve diğer etkenlere ilişkisi adlı çalışma sonucuna göre; katılımcıların %93,7 'si metabolik sendromun hastanın sağlığını ciddi şekilde etkilediğini, kesinlikle hastanın takip ve tedavisinin yapılması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların görev özellikleri değerlendirildiğinde hemşire ve sağlık memurunun da, metabolik sendrom kriterini bilme yönünde bilgi eksikliği olduğu görülmüş ve sağlık personelinin hizmet içi eğitimle yeterince eğitilmediği sonucuna ulaşılmıştır (Aksu, 2009).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesi ve fiziksel hastalıkların önlenmesi için gerekli olan altın kural, psikiyatri hemşirelerinin bu alanda yeterli bilgi ve yeteneklere sahip olmalarıdır. Bu bilgi ve yetenekleri elde etmek için gerekli olan ise eğitimidir ( Happell, Platania-Phung, Scott, 2013).

Psikiyatri hemşirelerinin eğitimi; hastaların fiziki sağlık bakımı ihtiyaçlarının karşılanmasında üzerinde önemle durulan bir konudur. Ancak bu konunun önem kazanması, psikiyatri hemşirelerinin bu eğitimleri almak istemeleri halinde değer kazanacaktır (Nash, 2005; Howard and Gamble, 2011; Robson and Haddad, 2012). Hemşireler, fiziksel sağlık alanı ile ilgili eğitimleri almak istediklerini ancak eleman eksikliği ve yönetim desteğinin olmaması gibi nedenleri engel olarak öne sürmüşlerdir (Nash, 2005; 2009). Psikiyatri hemşirelerinin bilgi ve becerilerindeki bu eksikliği kapatmak için kurumsal olarak hemşireleri destekleyecek müdahalelerin ele alınması gerekmektedir ( Hardy et al., 2011).

Hemşirelerin, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık bakımıyla ilgili tutumlarını ölçmek ve değerlendirmek amacıyla Robson and Haddad tarafından fiziksel sağlık tutum ölçeği (PHSAe) geliştirilmiş ve geçerliliği test edilmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin tutumları, hastaların fiziksel bakımlarını etkileyebilecek önemli bir etken olup, hemşirelerin eğitimi için önemli bir adımdır. Bu yüzden hemşirelerin bu alandaki müdahalelerini değerlendirmek gerekir. Psikiyatri hemşirelerinin tutumlarının belirlenmesi, eğitimlerinde hangi konulara ağırlık verileceğine yol göstermesi açısından önemlidir ( Robson and Haddad, 2012).



Araştırmacılar, psikiyatri hemşirelerinin bakımın sürekliliği ve standart hale gelmesini sağlamaları amacıyla hastaların fiziksel sağlığını değerlendirmeye yönelik izlem araçları kullanmalarını ve böylece fiziksel sağlık gereksinimlerini rutin olarak bakıma eklemeleri gerektiğini vurgulamaktadır (Gray, Hardy and Anderson, 2009). Psikiyatri hemşirelerinin fiziksel sağlık alanına yönelik bilgilerini, yeteneklerini ve tutumlarını geliştirmek için bu alana ağırlık verilmesi önemlidir (Department of Health, 2006).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlıklarını değerlendirmelerine yönelik çalışmacılar tarafından geliştirilen çeşitli araçlar bulunmaktadır. Physical Health Check (PHC); ruh sağlığı alanında çalışanların, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık ihtiyaçlarını değerlendirmek için Phelan et al. tarafından geliştirilmiştir. 27 madde ve dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm; mevcut ilaç tedavisi, bilinen hastalıklar, beslenme, egzersiz ve sigara alışkanlıkları gibi yaşam biçimi ile ilgili soruları, ikinci bölüm; mevcut fiziksel semptomlar ile ilgili soruları, üçüncü bölüm; fiziksel araştırma ve sağlık taramalarına ilişkin soruları içermektedir. Dördüncü bölüm de; değerlendirme sonuçlarına göre oluşturulan eylem planları yer almaktadır. PHC' nin her sayfasında nasıl kullanılacağına ilişkin bilgi mevcuttur. Çalışanlar, PHC'yi hastalarla birlikte doldurmaları ve doldurulan anketin bir sayfasını hastalara vermeleri gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir. PHC' nin takip edilen hasta grubunda 12 ayda bir rutin olarak doldurulması önerilmektedir (Phelan, Stradins, Amin, Isadore, Hitrov, Doyle, Inglis, 2004).

Serious Mental Illness Physical Health Improvement Profile (Ciddi Ruhsal Hastalığı Olanların Fiziksel Sağlığını Geliştirme Profili) de, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarını belirleme de kullanılacak araçlardan biridir (White et al., 2009). HIP, psikiyatri hemşirelerinin kullanmaları için geliştirilmiş bir araç olup, aynı zamanda psikiyatrideki günlük uygulamalarla birleşebilecek nitelikte ve kanıta dayalı olma avantajına sahiptir (White, 2009). Bu aracı kullanan hemşireler var olan fiziksel sağlık sorunlarının daha ileri müdahaleleri için tedavi planlayabilir, gerekirse diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yapabilir. Ruh sağlığı alanının da ihmal edilen konulardan biri de cinsel sağlık sorunlarıdır (Singh et al., 2010). HIP cinsel sağlıkla ilgili sorularda içermektedir.



HIP kullanılarak doktor, hemşire ve hastalarda yapılan çalışmada; 189 fiziksel sağlık problemi belirlenmiş, belirlenen bu problemler için kanıta dayalı müdahaleler kullanılarak tedavi planlanmış ve uygulanmıştır. Bu veriler birinci ve ikinci basamak tedavi hizmetleri arasında kaydedilmiş ve bu hizmet sektörleri arasındaki iletişimi olumlu desteklemiştir (Shuel, White, Jones, Gray, 2010). HIP doğru ve etkili kullanıldığı takdirde birinci ve ikinci basamak tedavi hizmetleri arasındaki zayıf iletişimi iyileştirebilir (Osborn et al., 2010).

Hemşireler; ruhsal hastalığı olan bireyler için, onların sağlıksız yaşam davranışlarını önleyecek sağlık geliştirme programları tasarlayarak bu konuda uzman olan kişilerle iş birliği yapmalıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylere sigarayı bırakma ve kilo yönetimi gibi olumlu sağlık davranışlarını kazandırma konusunda ruh sağlığı çalışanlarında karamsarlık vardır. Ancak yerinde ve zamanında yapılan yaşam biçimi ve müdahale davranışları ile ruhsal hastalığı olan bireylerin sigarayı bırakabileceği, kilo verebileceği ve fiziksel olarak daha aktif olabileceğine dair kanıtlar da mevcuttur.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yapılan yüksek lisans tez çalışmasında; şizofreni hastalarına uygulanan fiziksel egzersiz programının ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkileri ölçülmüştür. Hastalar 10 haftalık egzersiz programına alınmıştır. Bu program sonucunda şizofreni hastalarının negatif ve pozitif belirtilerinde azalma olduğu, hastaların özellikle sosyal etkileşimlerinde, fiziksel enerjilerinde ve özgüvenlerinde artış olduğu gözlenmiştir (Açıl, 2006). Fiziksel aktivite risk önleme ve hastalık yönetiminde önemli bir araçtır. Ancak ruhsal hastalığı olan bireyler genel nüfusa oranla daha düşük aktivite düzeyi göstermektedirler. Psikiyatri hemşireleri fiziksel aktiviteyi günlük ruh sağlığı bakımı içerisine eklenmesini sağlayabilirler (Happell, Platania-Phung ve Scott, 2011).

Şizofreni tanısı almış olan bireylere, özel olarak hazırlanan programlarda yapılan nikotin yerine koyma, bilişsel davranışçı ve motivasyonel görüşmeler sonrası sigarayı bırakma oranları 6 aydan sonra genel nüfusa benzer olarak %12-18 bulunmuştur. (Addington et al., 1998; George et al., 2000; West et al., 2000; Weiner et al., 2001; George et al., 2002).

Kilo yönetimi programlarının, hastaların kilo vermelerine yardımcı olduğu gösterilmiştir. Hemşire liderliğinde yapılan bir çalışmada; beslenme eğitimi, egzersiz, motivasyonel rehberlik, bilişsel ve davranışsal müdahaleleri içeren 12 haftalık bir programda hastaların, kilo alan eşleştirilmiş kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında 2,7 kg verdikleri gözlenmiştir (Veerland et al., 2003). Sağlıklı beslenme ve yaşam biçimi hakkında şizofreni hastalarına yapılan 30 dakikalık tek bir eğitim programının bile etkili olduğu vurgulanmaktadır (Wrishing et al., 2006).

Hastane ortamlarında olmayan hastaların, fiziksel sağlık durumları toplum ruh sağlığı hemşireleri tarafından izlenmelidir. Toplum ruh sağlığı hemşireleri, en az yılda bir kez bu kontrollerin yapıldığından emin olmalıdır (NICE, 2009). Yılda bir kez yapılan kontroller, sağlığı olumsuz yönde etkileyen risk faktörlerinin erken dönemde teşhis edilmesi açısından önemlidir (Luty et al., 2002). Risk faktörlerinin taranması ve erken teşhislere ilave olarak, yıllık yapılan fiziki sağlık kontrolleri hastaların sağlıkla ilgili faaliyetlere katılımı hakkındaki görüşlerinin öğrenilmesine yardımcı olur. Sigara içen hastaların bazıları sigarayı bırakma noktasında yardım arayışında olabilir (Addington et al., 1998). Bu grup hastalar için yapılacak olan sigara bırakma müdahaleleri etkilidir (Banham and Gilbady, 2010). Yıllık yapılacak olan fiziki sağlık alanı kontrolleri, olumsuz sağlık davranışlarını iyileştirmek için imkanlar sunar (Bradshaw and Pedley, 2012).

Psikiyatri de çalışan hemşirelerin, eğitimine katkı sağlamak amacıyla yurt dışında web tabanlı olarak hazırlanan ve erişime açık olan online eğitim programları da bulunmaktadır. Bu hizmetlerin online ve ücretsiz olarak verilmesi uzak mesafe de çalışanların faydalanmalarına olanak sağlamaktadır. Ulusal Diyabetle Mücadele Kuruluşu "ruh sağlığı alanında çalışanlar için diyabeti online öğrenme" adı altında bir eğitim programı sunmaktadır "Diabetes On-line Learning Program for Mental Health Workers" Sağlık Bakanlığına bağlı bir uygulamadır. Alana yeni başlayan ya da izinden dönen psikiyatri hemşireleri için ruh sağlığı ve müdahaleler hakkında bilgi vermektedir (Happell et al., 2012).

Psikiyatri hemşireleri, rol karmaşasına neden olabilecek çok çeşitli görevleri yürütmektedir (Hamblet, 2000). Çevresiyle uyum becerisi, kendiliğini kullanması,



yardımcı sağlık personeli, hasta ve hasta aileleri ile terapötik ilişki kurma psikiyatri hemşireliğinin temel bileşenleri olarak görülmektedir (Kirby et al., 2004). Literatürde; ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarının erken dönemde fark edilerek gerekli önlemlerin alınmasında, hastaların fiziksel sağlıklarının kötü olmasına yol açacak olumsuz sağlık davranışlarının azaltılmasında, hastaları motivasyonel yönden güçlendirecek ve onlara destek olacak olan sağlık çalışanları arasında psikiyatri hemşirelerinin öneminden bahsedilmektedir. Psikiyatri hemşireleri hastalarla daha çok zaman geçiren, onları yakından gözleme ve gerektiğinde müdahale etme şansı olan ve hastalar tarafından dikkate alınan ruh sağlığı çalışanıdır.

Ülkemizde 8 Mart 2010 yılında çıkartılan hemşire yönetmeliğine 19 Nisan 2011 yılında ek maddeler eklenerek, çalışılan birim, ünitelerde görev yapan hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Psikiyatri hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları da belirtilmiştir (Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, 2011).

Yönetmelikte yer alan maddelerden bazıları doğrudan, bazıları dolaylı olarak psikiyatri hemşirelerinin fiziksel sağlık alanına yönelik görev, yetki ve sorumlulukları ile ilgilidir. Psikiyatri klinik hemşiresinin, hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanında; psikiyatri hastasına hemşirelik bakımı verme, tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma, psikiyatri hastasına eğitim ve danışmanlık verme rolleri de bulunmaktadır.

Hastayla biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar.

Hastaların öz bakımını yapması için teşvik eder, destekler, gerektiğinde yapar,

Hastanın servise kabulünde fiziki muayenesini yaparak yara, iz ve darp bulgularını kontrol ederek kaydeder,

Hastanın bakım gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hasta bakımında hemşirelik süreci sistemini kullanır,



Beslenme, kilo takibi, uyku takibi, konversiyon takibi, deliryum takibi, ilaç yan etki takibi, pnömoni takibi yapar,

Hemşirelik hizmetleri için gerekli olan araç, gereç ve malzemelerin tespit ve teminini sağlar,

Hastaların ruhsal ve fiziksel sağlığının değerlendirildiği, planlanan hemşirelik uygulamaları doğrultusunda hasta sorunlarının ele alındığı planlı ve düzenli görüşmeler yapar,

Elektrokonvülf tedavi planlanan hastanın; işlem öncesi en az dört saat aç kalmasını sağlar, mesane boşaltımını kontrol eder, protezlerin çıkarılmasını sağlar, vital bulgu takibi yapar,

Elektrokonvülf tedavi uygulaması sırasında hastaya uygun pozisyonun verilmesini sağlar, nöbet izlemi ve süresini kayıt eder. Uygulama sonrasında olası komplikasyonları gözlemler,

Psikiyatrik acil durumları yönetir ve etkili acil bakımı başlatır,

Tedaviyle ilgili gözlemleri doğrultusunda ekibe tıbbi tedaviye ilişkin gerekli önerilerde bulunur,

Ruh sağlığı hizmetinin etkinliği için, gerekirse başka birimlerden ya da disiplinlerden danışmanlık alır, danışmanlık alması için bireyi/aileyi yönlendirir,

Hastanın gelişim düzeyi, öğrenme istekliliği, bilgilenme ihtiyacı, kültürel yapısı ve inançlarını göz önüne alarak sağlık eğitimini ve hasta eğitimini planlar,

Hasta ve ailesine; ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir (Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, 2011).

Son yıllarda, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarının neler olduğu, nasıl önlenebileceği ile ilgili çalışmalar artmıştır. Çalışmaların ortak sonucu, psikiyatri hemşirelerinin fiziksel sağlık ile ilgili rol ve sorumluluklarının açık ve net olarak belirtilmesi ve bu alanda gerekli olan eğitimlerin hemşirelere verilmesidir.

Psikiyatri hemşirelerinin, fiziksel sağlık ile ilgili alacak oldukları eğitimlerin; onların görüş, tutum, davranış ve uygulamaların da fark yaratacağı düşünölmektedir. Psikiyatri hemşirelerine bu konuda öncü olabilecek izlem araçları kullanmaları önerilmektedir. Yapılan çalışmalar da yaşam tarzı müdahale programlarının da hastaların fiziksel sağlıklarının üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ve hemşirelerin bu alanda da görev almaları gerektiği vurgulanmaktadır.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı araştırma yöntemiyle yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Türkiye'nin metropollerinden biri olan İstanbul ilindeki, dört ayrı hastanede yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 26 Ağustos 2016 tarihine kadar Askeri hastane olan ve daha sonra Sağlık Bakanlığı'na bağlanan GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi ve Balıklı Rum Vakıf Hastanesi Psikiyatri Servisi). Veriler, 15 Aralık 2015-1 Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; İstanbul ilinin Anadolu yakasında psikiyatri ve nöroloji alanında hizmet veren branş hastanesidir. Anadolu'dan ve Marmara bölgesine yakın illerden gelen hastaların tedavi edildiği büyük depo hastanelerden biridir. Toplam yatak kapasitesi 252 olup, 226 yatak psikiyatri hastalarına ayrılmıştır. Toplam aktif olarak çalışan 80 hemşire vardır. Hemşireler; 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 vardiyası şeklinde çalışmaktadırlar. Hafta sonu nöbetleri, 24 saat nöbet şeklindedir. Hafta içi E-1 ve K-1 servislerinde yoğunluktan dolayı destek olarak bir hemşire 09:00-21:00 saatleri arasında çalışmaktadır. Kliniğin durumuna ve mevcut personel sayısına göre bazen 3 günde bir nöbet tutulmaktadır. K-1, E-1, A-1, AMATEM, Acil servis ve nöroloji bölümleri bulunmaktadır.

Bu bölümlerde çalışan hemşireler; hemşire izlem formu (ateş, nabız, tansiyon, solunum, kan şekeri, kilo-boy değerlerinin yazılı olduğu formdur), hemşire anamnez ve değerlendirme formu (hasta yatışında doldurulmaktadır. Kronik bir hastalığı, alerjisi, sigara, alkol, madde kullanımı olup olmadığı ve kullandığı ilaçlar, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu, öz bakımı, genel görünümü, uyku durumu, yemek yeme durumunun kaydedildiği formdur), hasta tanılama ve bakım izlem formu (günlük



olarak doldurulmaktadır. Hastanın Uyku düzeni, beslenme durumu, boşaltım durumu, öz bakımı, yürüyüş yapabilme durumu kaydedilir), İtaki, düşme riski değerlendirme ölçeği, nutrisyon formu ve diyabeti olan hastalar için diyabet formunda yer alan aktiviteleri rutin olarak yapmaktadırlar. Amatem servisinde de aynı formlar kullanılmakta olup, hemşire anamnez ve değerlendirme formunda ayrıca, alkol/ madde kötüye kullanım öyküsü ve alkol/ madde yoksunluk sendromu (taşikardi, tremor, terleme, bulantı-kusma, anksiyete, baş ağrısı, oryantasyon bozukluğu) bilgileri de yer almaktadır.

Batı bölgesinde bulunan askerlik şubeleri ve bağlı kıta hastaneleri, merkez hastane olarak tüm yoklama erlerini ve sevk erlerini askerlik yapmaya elverişli olup olmadığına dair karar verilmesi için GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'ne göndermektedir. Ayrıca askerlik sürecinde hastalanan, tanı konulamayan ya da karar verilemeyen askerlerde gönderilmektedir. Klinikte sadece erlere hizmet verilmeyip, rütbeli subaylara, astsubaylara, sivil hastalara, adli müşahede olarak gelenlere ve tutuklu olarak gelen hastalara da hizmet verilmektedir.

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'nde; açık bölüm 18 yataklı (1 oda özel oda olarak ayrılmış durumda), kapalı bölüm 18 yataklı, tutuklu bölüm 4 yataklıdır. Servis de, 1 klinik sorumlu hemşiresi, 9 klinik psikiyatri hemşiresi olmak üzere toplam 10 hemşire görev yapmaktadır. Araştırmaya başladığı sırada, doğum iznine ayrılan, tayinleri çıkan ve klinik değişikliği olan hemşireler de çalışmaya alınmıştır. Hemşireler hafta içi 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 vardiyası şeklinde çalışmaktadır. Hafta sonu nöbetleri 24 saattir.

Bu serviste çalışan hemşireler; hemşire gözlem formu (hastanın yaşam bulgularının ve ilaç tedavilerinin yazıldığı formdur. Günlük olarak düzenlenir), hemşirelik süreci tanılama formu (hastanın yaşam bulguları, fiziksel gereksinimlerini karşılama durumu, kullandığı protezler, kronik hastalıkları, bilinen alerjileri, sürekli kullandığı ilaçlar, sigara, alkol ve madde kullanımını olup olmadığının kaydedildiği formdur), İtaki, düşme riski değerlendirme ölçeği ve diyabetli hastalar için diyabet formunda yer alan aktiviteleri rutin olarak yapmaktadırlar.

Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi; Üsküdar Üniversitesi'ne bağlı olarak hizmet veren özel dal hastanesidir. Yatak kapasitesi ellidir. Toplamda 20 hemşire görev yapmaktadır. Turuncu, pembe, mavi ve açık kliniği bulunmaktadır. Hemşireler, 08:00-18:00 ile 18:00-08:00 vardiyası şeklinde çalışmaktadırlar. Her bölümün hemşiresi ayrıdır.

Bu hastanede çalışan hemşireler; Hemşirelik hizmetleri hasta ilk değerlendirme formunda yer alan aktiviteleri rutin olarak yapmaktadırlar (Hastanın, yaşam bulguları, alerjisi, kronik bir hastalığı, bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığı, sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlığı, sürekli kullandığı ilaçlar, uyku düzeni, beslenme durumu, öz bakımı kaydedilir).

Balıklı Rum Vakıf Hastanesi; Avrupa yakasında, Zeytinburnu'nda yer alan, önceleri Rum vatandaşlara hizmet vermek için açılmış olan ve yıllar içerisinde sürekli restore olarak günümüze kadar gelen, ağırlıklı olarak alkol ve madde bağımlılığı alanında hizmet veren bir hastanedir. Hastanede çeşitli bölümler bulunmaktadır. Toplam yatak kapasitesi 180'dir. Bunun 87 yatağı psikiyatri hastaları için ayrılmıştır. Toplam hemşire sayısı 120'dir. Psikiyatri alanında görev yapan toplam hemşire sayısı 35'dir. Psikiyatri olarak hizmet veren klinikler Anatolia-1, Anatolia-2 ve Anatolia-3'dür. Psikiyatride çalışan hemşireler 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 vardiyası şeklinde çalışmaktadır. Hafta sonları da çalışma saatleri aynıdır. Anatolia-1; Kadın psikiyatri ve kadın madde bağımlılığı kliniğidir. Anatolia-2; Erkek psikiyatri ve erkek madde bağımlılığı kliniğidir. Anatolia-3; Alkol bağımlılığı kliniğidir.

Bu servisler de çalışan hemşireler, kullanmış oldukları formlardaki aktiviteleri rutin olarak yapmaktadırlar (hasta takip formu; yaşam bulgularının yazıldığı form, hemşire gözlem formu; her vardiya değişiminde doldurulan, hastalar ile ilgili notların yazıldığı form, diyabet takip formu; diyabetli hastalarda kullanılan formdur).

### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırma da herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmedi ve evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı. Ancak, hemşirelerin doğum izninde ve yıllık izinde olmaları yada araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri nedeniyle 107 hemşireye ulaşıldı. Örneklemi,



araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan ve kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul eden 107 hemşire oluşturmuştur.

### **3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

#### **3.4.1. Dâhil Edilme Kriterleri**

- 1- Araştırmaya katılmayı kendi rızası ile kabul etmek,
- 2-Psikiyatri kliniğinde çalışmak,

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, hemşirelikte çalışma yılı, eğitim durumu, yüksek lisans yapma, çalıştığı kurum, psikiyatri öncesi çalışma deneyimi, hemşirelerin çalışma şekli, hemşirelerin fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumu olarak belirlenmiştir. Bağımlı değişkenler ise; hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili sorumlulukları, müdahalede bulunmaları, kendini yeterli bulmaları ve eğitim gereksinimleri olarak belirlenmiştir.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere, literatür bilgileri doğrultusunda ve uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, “ Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktiviteleri Sorumlulukları Olarak Görme ve Müdahalede Bulunma Durumunu Belirleme Formu”, “Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığını Değerlendirme ve Müdahalede Bulunmada Kendini Yeterli Bulma ve Eğitim Gereksinimlerini Belirleme Formu” kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.6.1. Veri Toplama Araçları**

##### **3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda ve uzman görüşü alınarak geliştirilmiş olup, üç bölümden ve 17 sorudan oluşmaktadır (EK-2).



Birinci bölüm; hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum gibi tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik üç sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölüm; hemşirelerin mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik 12 sorudan oluşmaktadır.

Üçüncü bölüm; hemşirelerin fiziksel sağlık değerlendirmesi yapıp yapmadığını, bu konuda eğitim alıp almadıklarını belirlemeye yönelik iki sorudan oluşmaktadır.

### **3.6.1.2. Psikiyatride Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Sağlık Sorunlarına Yaklaşımlarını Belirleme Formu**

Form, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığını içeren 32 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel sağlık aktiviteleri listesi; literatür incelenerek (Howard and Gamble, 2010; Happell et al., 2013; Rylance et al., 2012; Gordon, 2008) ve uzman görüşü alınarak Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Listesi (Gordon, 2008) doğrultusunda oluşturulmuştur (EK-3). Oluşturulan form dört ayrı bölümde kullanılmıştır.

Birinci bölümde; hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumluluğu olarak görme durumlarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. "Evet/Hayır" şeklinde gruplandırılmıştır. Evet'e 1, Hayır'a 0 puan verilerek değerlendirilmiştir. Formdan en az 0, en fazla 32 puan alınabilmektedir. Formdan alınan puanın yüksek olması hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları içinde gördüğünü göstermektedir.

İkinci bölümde; hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığına yönelik müdahalede bulunma durumlarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. "Evet, her zaman, Evet, arasıra, Hayır, hiçbir zaman" şeklinde gruplandırılmıştır. Hayır, hiçbir zaman'a 0, Evet arasıraya'1, Evet, her zaman'a 2 puan verilerek değerlendirilmiştir. Formdan en az 0, en fazla 64 puan alınabilmektedir. Formdan alınan puanın yüksek olması, hemşirelerin hastaların fiziksel sağlığına yönelik değerlendirme ve müdahale yaptıklarını göstermektedir.

Üçüncü bölümde; hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığını değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumlarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. “Evet/ Hayır” şeklinde gruplandırılmıştır. Evete 1, Hayıra 0 puan verilerek değerlendirilmiştir. Formdan en az 0, en fazla 32 puan alınabilmektedir. Formdan alınan puanın yüksek olması hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığını değerlendirme ve müdahalede kendilerini yeterli bulduklarını göstermektedir.

Dördüncü bölümde; hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. “ Evet/ Hayır” şeklinde gruplandırılmıştır. Evet’e 1, Hayır’a 0 puan verilerek değerlendirilmiştir. Formdan en az 0, en fazla 32 puan alınabilmektedir. Formdan alınan puanın yüksek olması eğitim gereksinimi olduğunu, düşük olması eğitim gereksinimi olmadığını göstermektedir.

**Tablo 1. Formların Cronbach alfa Değerleri**

FORMLAR	Soru Sayısı	Min-Max	Ort±ss	Cronbach alfa
Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktivitelerini Sorumlulukları Olarak Görme Durumu	32	7-32	22.79±5.90	0.882
Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktivitelerine Müdahalede Bulunma Durumu	32	2-64	38.98±11.97	0.916
Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktivitelerini Değerlendirme ve Müdahalede Kendini Yeterli Bulma Durumu	32	0-32	24.48±6.20	0.903
Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktiviteleri İle İlgili Eğitim Gereksinimlerini Belirleme	32	0-32	8.63±7.35	0.925

Her form için maddelerin değerlendirilmesinde, cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır ve formların güvenilir olduğu bulunmuştur.

Cronbach alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki gibi yapılır:

$0.0 \leq \alpha < 0.40$  ise form güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$  ise form düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$  ise oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$  ise form yüksek derecede güvenilir bir ölçüm aracıdır.

### 3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce, literatür doğrultusunda ve uzman görüşü alınarak hazırlanan formlar çalışmaya alınmayan hastanelerdeki psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere uygulanarak ön değerlendirme yapılmış ve formlarda anlaşılmayan yerler tekrar düzenlenmiştir. Araştırma formları, çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları hastanelere bizzat gidilerek uygulandı. Kliniklerin hemşire odalarında çalışma saatleri içerisinde görev yapan, nöbet tutan tüm hemşirelere çalışmanın amacı açıklandı. Çalışmaya kendi rızası ile katılmayı kabul eden hemşirelere anket formları hakkında bilgi verildi ve anketler doldurulana kadar hemşire odasında beklenildi. Anketlerin hepsi hastane ortamında ve çalışmaya katılan hemşireler ile birebir görüşülerek uygulandı.

### 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için R ver. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, frekans, yüzde, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin normal dağılımına uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile değerlendirilmiştir. Maddelerin tek tek değerlendirilmesinde, yüzdelik testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student's t test (Bağımsız gruplar t testi), ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi, anlamlılığı yaratan grubu belirlemek için yapılan ikili değerlendirmelerde ise; Tukey test kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında; Mann-Whitney U test, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında; Kruskal Wallis test, anlamlılığı yaratan grubu belirlemek için yapılan ikili değerlendirmelerde ise; Mann-Whitney U test kullanılmıştır. Nitel değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde; Pearson ki-kare, Fisher's exact testi ve Fisher- Freeman- Halton exact testi kullanılmıştır.



### 3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına araştırma sunulmuş, 25 Kasım 2015 tarih ve B.08.6.YÖK.2.Ü.S.0.05.0.06/ 2015/197 sayılı karar ile araştırmanın yapılması uygun bulunmuştur (EK-6). NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde araştırma yapılabilmesi için, hastanenin bağlı bulunduğu Üsküdar Üniversitesi Rektörlüğü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26 Kasım 2015 tarih ve 2015/1853 sayılı yazılı izin alınmıştır (EK-7). Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırma yapılabilmesi için, İstanbul ili Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne Üsküdar Üniversitesinden alınan üst yazı ile başvurularak 22.12.2015-42905 tarih ve 77517973-770 sayılı yazılı izin alınmıştır (EK-8). Ayrıca, Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Etik Kurulu'na 7 Aralık 2015' de araştırmanın amacı hakkında sözel ve yazılı bilgi verilerek, araştırmanın yapılabilmesi için hastanenin etik kurulundan 32900231-770 sayılı yazılı izin alınmıştır (EK-9). GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde araştırmanın yapılabilmesi için, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi klinik şefliğinden araştırmanın yapılması uygundur yazısı alınmıştır (EK-10). Balıklı Rum Vakıf Hastanesi'nde araştırma yapılabilmesi için, Balıklı Rum Vakıf Hastanesi yönetimine dilekçe ile başvurularak 12 Şubat 2016 tarih ve 997 sayılı yazılı izin alınmıştır (EK-11). Araştırmanın Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılabilmesi için, İstanbul ili Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'ne başvuru yapılmış ancak, araştırmanın Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmasının uygun görülmediği 1 Şubat 2016 tarih ve 95273397/044 sayılı belge ile tarafıma bildirilmiştir (EK-12). Bundan dolayı araştırma bu hastanede yapılamamıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın yapılma amacı, ne kadar süreceği sözlü olarak açıklanarak "Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu" nu (EK-1) onaylamaları sağlanmıştır.

### 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

İstanbul ilinde bulunan; ruh sağlığı ve hastalıkları alanında yatılı hizmet veren kamu, üniversite ve özel hastanelerinin psikiyatri kliniklerinde çalışan tüm hemşirelere

ulaşılmak istenmiş ancak, kurum izinleri prosedürünün uzun sürmesi ve kurum tarafından araştırma yapılmasına izin verilmemesi gibi nedenlerle araştırma sadece dört hastanede yapılmış, toplamda 107 hemşireye ulaşılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumuna hemşirelerin yaklaşımları ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

1. Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre dağılımı,
2. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımı,
3. Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumunun dağılımı,
4. Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktivitelere yönelik müdahalede bulunma durumlarının dağılımı,
5. Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumunun dağılımı,
6. Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimlerinin dağılımı,
7. Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumu puan ortalamalarının bireysel ve mesleki özelliklere göre dağılımı,
8. Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktivitelere yönelik müdahalede bulunma durumu puan ortalamalarının bireysel ve mesleki özelliklere göre dağılımı,
9. Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumu puan ortalamalarının bireysel ve mesleki özelliklere göre dağılımı,
10. Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimleri puan ortalamalarının bireysel ve mesleki özelliklere göre dağılımı.



**Tablo 2. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı (N=107)**

Bireysel Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
18-25	40	%37,4
26-33	34	%31,8
34 ve üzeri	33	%30,8
<b>Yaş Ortalaması 29±6,73</b>	<b>Min-Max:18-54</b>	
<b>Cinsiyet</b>		
<b>Kadın</b>	83	%77,6
Erkek	24	%22,4
<b>Medeni durum</b>		
Evli	45	%42,1
<b>Bekâr</b>	62	%57,9

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 29,23±6,73 olup, %37,4 'ü 18-25 yaş grubundadır. Hemşirelerin %77,6'sı kadın ve %57,9'u bekârdır.

**Tablo 3. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (N=107)**

Mesleki Özellikler	n	%
<b>Hemşirelikte Çalışma Yılı</b>		
1-5 yıl	50	46,7
6-10 yıl	28	26,2
11 ve üzeri yıl	29	27,1
<b>Hemşirelikte Çalışma Yılı Ortalaması 8,15±6,77</b>	<b>Min-Max:1-35</b>	
<b>Eğitim durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	34	31,8
Ön Lisans (Açık Öğretim)	3	2,8
<b>Lisans</b>	<b>51</b>	<b>47,6</b>
Yüksek Lisans	19	17,8
<b>Yüksek Lisans uzmanlık alanı</b>	<b>19</b>	<b>17,8</b>
<b>Psikiyatri hemşireliği</b>	<b>7</b>	<b>6,5</b>
*Diğer uzmanlık alanları	12	11,3
<b>Çalıştığı kurum</b>		
Devlet hastanesi	45	42,1
Vakıf hastanesi psikiyatri servisi	31	29,0
Askeri hastane	21	19,6
Özel psikiyatri hastanesi	10	9,3
<b>Psikiyatrideki görevi</b>		
Klinik sorumlu hemşiresi	10	9,3
<b>Klinik hemşiresi</b>	<b>93</b>	<b>87,0</b>
**Diğer	4	3,7
<b>Önceki çalışma deneyimi</b>		
<b>Var</b>	<b>72</b>	<b>67,3</b>
Yok	35	32,7
<b>Psikiyatride çalışma yılı</b>		
0-11 ay	26	24,3
<b>1-5 yıl</b>	<b>47</b>	<b>43,9</b>
6-10 yıl	23	21,5
11 ve üzeri yıl	11	10,3
<b>Çalışma saatleri içinde hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı</b>		
1-5 hasta	11	10,3
6-10 hasta	19	17,8
<b>11-15 hasta</b>	<b>38</b>	<b>35,5</b>
16-20 hasta	21	19,6
21 ve üzeri hasta	18	16,8
<b>Klinikte hemşirelerin çalışma şekli</b>		
İş merkezli	49	45,8
Hasta merkezli	58	54,2
<b>Hemşirelerin fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumu</b>		
<b>Evet, rutin olarak yapılıyor</b>	<b>57</b>	<b>53,3</b>
Kısmen yapılıyor	47	43,9
Hayır, yapılmıyor	3	2,8
<b>Fiziksel sağlık değerlendirme ve bakım ile ilgili eğitim alma durumu</b>		
<b>Evet</b>	<b>16</b>	<b>15,0</b>
<b>Hayır</b>	<b>91</b>	<b>85,0</b>

\* Sağlık yönetimi (9), Cerrahi hastalıkları Hemşireliği (2), İç hastalıkları Hemşireliği (1).

\*\*Bağımlılık terapi Hemşiresi (2), Eğitim Hemşiresi (1), Kalite Hemşiresi (1).

Hemşirelerin mesleki özellikleri değerlendirildiğinde; çalışma yılı ortalaması  $8,15 \pm 6,77$  yıl olup, %46,7'si 1-5 yıl, %27,1'i 11 ve daha uzun süredir çalışmaktadır.

Eğitim durumlarına bakıldığında; hemşirelerin %47,6'sı lisans, %17,8'i ise yüksek lisans eğitimi olup, %31,8'i sağlık meslek lisesi mezunudur. Yüksek lisans yapan 19 hemşirenin 7'si psikiyatri hemşireliği yüksek lisans mezunudur.

Hemşirelerin %42,1'i devlet hastanesi, %29,0'u ise vakıf hastanesi psikiyatri servisinde çalışmaktadır ve %87,0'si klinik hemşiresidir.

Psikiyatri kliniğinde çalışma yılına bakıldığında; %43,9'u 1-5 yıldır, %24,3'ü 1 yıldır çalışmakta olup, %67,3'ünün psikiyatri öncesi çalışma deneyimi vardır.

Hemşirelerin çalışma modellerine bakıldığında; %54,2'si hasta merkezli, %45,8'si iş merkezli çalıştıklarını ve %35,5'i çalışma saatleri içerisinde bakmakla sorumlu oldukları hasta sayısının 11-15 arasında değiştiğini ifade etmiştir.

Hemşirelerin, çalışırken hastaların fiziksel sağlığını değerlendirme durumlarına bakıldığında; %53,3'ü rutin olarak fiziksel sağlık değerlendirmesi yaptıklarını ifade etmiş olup, %85,0'i ise fiziksel sağlığı değerlendirme ve bakım verme ile ilgili bir eğitim almadıklarını belirtmiştir.



**Tablo 4. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktiviteleri Sorumlulukları Olarak Görme Durumunun Dağılımı (N=107)**

FİZİK SAĞLIK AKTİVİTELERİ	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
<b>SAĞLIĞI ALGILAMA VE SAĞLIK YÖNETİMİ</b>				
Herhangi bir alerjisi olup olmadığının değerlendirilmesi	95	88,8	12	11,2
Hastanın kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkilerinin takibi	95	88,8	12	11,2
Kullandığı diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibi	90	84,1	17	15,9
Ağrı ile ilgili yakınmalarının değerlendirilmesi	90	84,1	17	15,9
EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibi	88	82,2	19	17,8
Kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi	86	80,4	21	19,6
Acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesi(kardiyak,solunum arresti, hipo-hiperglisemi, hipo-hipertansiyon, hipotermi)	86	80,4	21	19,6
Sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlığının değerlendirilmesi	85	79,4	22	20,6
Bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi	84	78,5	23	21,5
Ağrı yakınması bulunan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma	81	75,7	26	24,3
Kan-ıdrar tetkik sonuçlarının takibi	74	69,2	33	30,8
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemi olup olmadığının değerlendirilmesi	65	60,7	42	39,3
Sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma	50	46,7	57	53,3
Düzenli göz muayenesi yaptırıp yaptırmadığının değerlendirilmesi	28	26,2	79	73,8
<b>BESLENME</b>				
Kan şekeri ölçümü ve takibi	103	96,3	4	3,7
Hastanın beslenme durumunun takibi	101	94,4	6	5,6
Hastanın hijyenik özelliklerinin değerlendirilmesi	100	93,5	7	6,5
Hastaya vücut hijyeni ile ilgili bakım verme	96	89,7	11	10,3
Beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi	90	84,1	17	15,9
Boy-kilo ölçümü ve takibi	82	76,6	25	23,4
Beslenme eğitimi yapma ve yönlendirme	70	65,4	37	34,6
Göbek çevresi ölçümü	58	54,2	49	45,8
Vücut kitle endeksi hesaplama	46	43,0	61	57,0
<b>BOŞALTIM</b>				
Mesane-bağırsak alışkanlıkları ve sorunların değerlendirilmesi	85	79,4	22	20,6
<b>AKTİVİTE ve EGZERSİZ</b>				
Yaşam bulguları ölçümü ve takibi	107	100,0	0	0
Uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirme	71	66,4	36	33,6
Egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesi	68	63,6	39	36,4
<b>UYKU ve DİNLENME</b>				
Uyku alışkanlığının değerlendirilmesi	99	92,5	8	7,5
Uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma	85	79,4	22	20,6
<b>CİNSELLİK ve ÜREME</b>				
Hastanın cinsel sağlığının, varsa cinsel sağlık problemlerinin değerlendirilmesi	31	29,0	76	71,0
Kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servikal smear aldırma durumunun değerlendirilmesi	28	26,2	79	73,8
Erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi	22	20,6	85	79,4

Tablo 4'e göre, hemşirelerin hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumları değerlendirildiğinde;

Sağlığı algılama ve sağlık yönetimi alt boyutunda yer alan aktivitelerden en fazla sorumlulukları olarak gördükleri; hastanın alerjisinin değerlendirilmesi (%88,8), hastanın kullandığı psikotrop (% 88,8) ve diğer ilaçlar (%84,1) ve yan etkilerinin takibi, hastanın ağrı ile ilgili yakınmalarının değerlendirilmesi (%84,1), EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibi (%82,2), kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının (%80,4), hastada acil müdahale gerektiren durumların (%80,4) değerlendirilmesidir (kardiyak ve solunum arresti, hipo-hiperglisemi, hipo-hipertansiyon, hipertermi v.b). Sorumlulukları olarak görmedikleri aktiviteler ise; hastanın düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi (%73,8), sigara, alkol ve madde bırakma eğitimi yapma (%53,3), ağız-diş sağlığı ile ilgili problemlerin değerlendirilmesidir (%39,3).

Beslenme ile ilgili aktivitelere bakıldığında en fazla sorumlulukları olarak gördükleri; kan şekeri ölçümü ve takibi (%96,3) hastanın beslenme durumunun takibi (%94,4), hijyenik özelliklerinin değerlendirilmesi (%93,5), hastaya vücut hijyeni bakımı verme (%89,7) ve beslenme alışkanlığının değerlendirilmesidir (%84,1). Sorumlulukları olarak görmedikleri aktiviteleri ise; vücut kitle endeksi hesaplanması (%57,0), göbek çevresi ölçümü (%45,8), beslenme eğitimi yapma ve gerekirse diyetisyene yönlendirme (%45,8), boy-kilo ölçümü ve takibi (%34,6) olduğunu belirtmişlerdir.

Boşaltım alt boyutunda yer alan; mesane-bağırsak alışkanlıkları ve sorunlarının değerlendirilmesini %20,6'sı sorumlulukları içinde görmediğini ifade etmiştir.

Aktivite ve egzersiz alt boyutunda yer alan; yaşam bulgularının ölçümü ve takibini (% 100) sorumlulukları içinde gördüğünü, hastayı uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirmeyi %33,6'sı, hastanın egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesini %36,4'ü sorumlulukları içinde görmediğini ifade etmiştir.

Uyku ve dinlenme alt boyutunda yer alan; uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunmayı % 20,6'sı sorumlulukları içinde görmediğini ifade etmiştir.

Cinsellik ve üreme alt boyutunda yer alan; hastanın cinsel sağlığının, varsa cinsel sağlık problemlerinin (%71,0), kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servikal smear aldırma (%73,8) ve erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi (%79,4) aktivitelerini sorumlulukları içinde görmediklerini belirtmişlerdir



**Tablo 5. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktivitelere Yönelik Müdahalede Bulunma Durumlarının Dağılımı (N=107)**

FİZİKSEL SAĞLIK AKTİVİTELERİ	Evet Her zaman		Evet Ara sıra		Hayır Hiçbirzaman	
	n	%	n	%	n	%
<b>SAĞLIĞI ALGILAMA ve SAĞLIK YÖNETİMİ</b>						
Herhangi bir alerjisi olup olmadığının değerlendirilmesi	88	82,3	9	8,4	10	9,3
EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibi	86	80,3	5	4,7	16	15,0
Hastanın kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkilerinin takibi	83	77,6	14	13,1	10	9,3
Bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi	82	76,7	12	11,2	13	12,1
Sigara,alkol ve madde kullanımı alışkanlığının değerlendirilmesi	80	74,8	13	12,1	14	13,1
Kullandığı diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibi	79	73,8	17	15,9	11	10,3
Kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi	78	73,9	15	14,0	13	12,1
Acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesi (kardiyak ve solunum arresti, hipo-hiperglisemi, hipo hipertansiyon v.b.)	74	69,2	18	16,8	15	14,0
Hastanın ağrı ile ilgili yakınmalarının değerlendirilmesi	73	68,2	19	17,8	15	14,0
Kan-ıdrar tetkik sonuçlarının takibi	68	63,6	15	14,0	24	22,4
Ağrı yakınması bulunan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma	52	48,6	30	28,0	25	23,4
Sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma	39	36,4	17	15,9	51	47,7
Ağız ve diş sağlığı problemi olup olmadığının değerlendirilmesi	31	29,0	17	15,9	59	55,1
Düzenli göz muayenesi yaptırıp yaptırmadığının değerlendirilmesi	8	7,5	14	13,1	85	79,4
<b>BESLENME</b>						
Hastanın hijyenik özelliklerinin değerlendirilmesi	89	83,2	8	7,5	10	9,3
Hastanın beslenme durumunun takibi	84	78,5	18	16,8	5	4,7
Kan şekeri ölçümü ve takibi	82	76,6	12	11,2	13	12,1
Hastaya vücut hijyeni ile ilgili bakım verme	78	72,9	20	18,7	9	8,4
Beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi	72	67,2	19	17,8	16	15,0
Boy-kilo ölçümü ve takibi	35	32,7	30	28,0	42	39,3
Beslenme eğitimi yapma ve yönlendirme	33	30,8	17	15,9	57	53,3
Göbek çevresi ölçümü	12	11,2	26	24,3	69	64,5
Vücut kitle endeksi hesaplama	10	9,3	11	10,3	86	80,4
<b>BOŞALTIM</b>						
Mesane-bağırsak alışkanlıkları ve sorunların değerlendirilmesi	49	45,8	31	29,0	27	25,2
<b>AKTİVİTE ve EGZERSİZ</b>						
Yaşam bulguları ölümü ve takibi	102	95,3	5	4,7	0	0
Egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesi	38	35,5	29	27,1	40	37,4
Uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirme	33	30,8	34	31,8	40	37,4
<b>UYKU ve DİNLENME</b>						
Uyku alışkanlığının değerlendirilmesi	92	86,0	9	8,4	6	5,6
Uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma	66	61,7	20	18,7	21	19,6
<b>CİNSELLİK ve ÜREME</b>						
Hastanın cinsel sağlığının, varsa problemlerinin değerlendirilmesi	9	8,4	13	12,1	85	79,5
Kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servikal smear aldırma durumunun değerlendirilmesi	6	5,6	11	10,3	90	84,1
Erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi	6	5,6	8	7,5	93	86,9

Tablo 5’de; hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktivitelere yönelik müdahalede bulunma durumlarının dağılımına bakıldığında;

Sağlığı algılama ve sağlık yönetimi alt boyutunda yer alan aktivitelerden; hastanın herhangi bir ilaç, yiyecek ve maddeye alerjisinin olup olmadığının değerlendirilmesi (%82,3), EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibini (% 80,3) her zaman yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bununla beraber, hastanın düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi (%79,4), ağız-diş sağlığı problemi olup olmadığının değerlendirilmesi (%55,1), sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma (%47,7) aktivitelerini ise hiçbir zaman yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Beslenme ile ilgili müdahalelere bakıldığında; hastanın hijyenik özelliklerinin değerlendirilmesi (%83,2) her zaman yaptıklarını ifade ettikleri aktivitedir. Hiçbir zaman yapmadıklarını belirttikleri aktiviteler ise; vücut kitle endeksi hesaplanması (%80,4), göbek çevresi ölçümü (%64,5), hastaya beslenme eğitimi yapma ve diyetisyene yönlendirme (%53,3), boy-kilo ölçümü ve takibidir (%39,3).

Boşaltım alt boyutunda yer alan; mesane-bağırsak alışkanlıkları ve sorunlarının değerlendirilmesini % 25,2’si hiçbir zaman yapmadığını belirtmiştir.

Aktivite ve egzersiz alt boyutunda yer alan; yaşam bulguları ölçümü ve takibini % 95,3’ü her zaman yaptığını, hastanın egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesi ve hastayı durumuna uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirmeyi % 37,4’ü hiçbir zaman yapmadığını belirtmiştir.

Uyku ve dinlenme alt boyutunda yer alan; uyku alışkanlığının değerlendirilmesini %86,0’sı her zaman yaptığını, uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunmayı % 19,6’sı hiçbir zaman yapmadığını ifade etmiştir.

Cinsellik ve üreme alt boyutunda yer alan; hastanın cinsel sağlığının, varsa cinsel sağlık problemlerinin (%79,5), kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servikal smear aldırma (%84,1) erkek hastalarda prostat muayenesi (%86,9) yaptırma durumunun değerlendirilmesi aktivitelerini hiçbir zaman yapmadıklarını belirtmişlerdir.



**Tablo 6. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktivitelerini Değerlendirme ve Müdahalede Kendini Yeterli Bulma Durumunun Dağılımı (N=107)**

FİZİK SAĞLIK AKTİVİTELERİ	Evet		Hayır	
	Yeterli	Buluyorum	Yeterli	Bulmuyorum
	n	%	n	%
<b>SAĞLIĞI ALGILAMA ve SAĞLIK YÖNETİMİ</b>				
Herhangi bir alerjisi olup olmadığının değerlendirilmesi	97	90,7	10	9,3
Ağrı ile ilgili yakınmalarının değerlendirilmesi	93	86,9	14	13,1
Bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi	93	86,9	14	13,1
Kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi	89	83,2	18	16,8
Sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlığının değerlendirilmesi	89	83,2	18	16,8
Kan-ıdrar tetkik sonuçlarının takibi	86	80,4	21	19,6
Hastanın kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkilerinin takibi	82	76,6	25	23,4
Kullandığı diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibi	81	75,7	26	24,3
EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibi	81	75,7	26	24,3
Ağrı yakınması bulunan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma	76	71,0	31	29,0
Acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesi (kardiyakve solunum arresti, hipo-hiperglisemi, hipo-hipertansiyonv.b.)	73	68,2	34	31,8
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemi olup olmadığının değerlendirilmesi	66	61,7	41	38,3
Sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma	57	53,3	50	46,7
Düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi	51	47,7	56	52,3
<b>BESLENME</b>				
Kan şekeri ölçümü ve takibi	106	99,1	1	0,9
Hastanın hijyenik alışkanlıklarının değerlendirilmesi	104	97,2	3	2,8
Hastaya vücut hijyeni ile ilgili bakım verme	104	97,2	3	2,8
Hastanın beslenme durumunun takibi	100	93,5	7	6,5
Boy-kilo ölçümü ve takibi	100	93,5	7	6,5
Göbek çevresi ölçümü	92	86,0	15	14,0
Beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi	91	85,0	16	15,0
Beslenme konusunda eğitim yapma ve yönlendirme	76	71,0	31	29,0
Vücut kitle endeksi hesaplama	73	68,2	34	31,8
<b>BOŞALTIM</b>				
Mesane-bağırsak alışkanlıkları ve sorunlarının değerlendirilmesi	86	80,4	21	19,6
<b>AKTİVİTE ve EGZERSİZ</b>				
Yaşam bulguları ölçümü ve takibi	106	99,1	1	0,9
Egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesi	87	81,3	20	18,7
Uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirme	77	72,0	30	28,0
<b>UYKU ve DİNLENME</b>				
Hastanın uyku alışkanlığının değerlendirilmesi	100	93,5	7	6,5
Uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma	83	77,6	24	22,4
<b>CİNSELLİK ve ÜREME</b>				
Hastanın cinsel sağlığının, varsa cinsel problemlerinin değerlendirilmesi	45	42,1	62	57,9
Kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma durumunun değerlendirilmesi	42	39,3	65	60,7
Erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi	33	30,8	74	69,2



Tablo 6’da, hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumunun dağılımına bakıldığında;

Sağlığı algılama ve sağlık yönetimi alt boyutunda yer alan; hastanın herhangi bir ilaç, yiyecek ve maddeye alerjisi olup olmadığının (%90), hastanın ağrı ile ilgili yakınmalarının (%86,9), bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının (%86,9), kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi (%83,2), sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlığının değerlendirilmesi (%83,2), kan-idrar sonuçlarının takibi (Akş, kolesterol, lipit, lityum, valporik asit, klozapin, prolaktin, tam kan sayımı, v.b.) (% 80,4) aktivitelerinde kendilerini yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. Kendilerini yeterli bulmadıklarını ifade ettikleri aktiviteler ise; düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi (%52,3), sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma (%46,7), ağız-diş sağlığı ile ilgili problemlerin değerlendirilmesi (%38,3) ve acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesidir (kardiyak ve solunum arresti, hipo-hiperglisemi, hipo-hipertansiyon, hipertermi v.b) (%31,8).

Beslenme ile ilgili kendini yeterli bulma durumlarına bakıldığında; kan şekeri ölçümü ve takibi (% 99,1), hastanın hijyenik özelliklerinin değerlendirilmesi ve hastaya vücut hijyeni ile ilgili bakım verme (%97,2), hastanın beslenme durumunun takibi (%93,5), boy-kilo ölçümü ve takibi (%93,5), göbek çevresi ölçümü (% 86,0), hastanın beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi (% 85,0) aktivitelerinde yeterli olduklarını buna karşılık, vücut kitle endeksi hesaplanması (%31,8), beslenme eğitimi yapmada (%29) kendilerini yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Boşaltım alt boyutunda yer alan; hastanın mesane ve bağırsak alışkanlıkları ve sorunlarının değerlendirilmesinde % 19,6’sı kendini yeterli bulmadığını ifade etmiştir.

Aktivite ve egzersiz alt boyutunda yer alan; yaşam bulguları ölçümü ve takibinde (%99,1) kendilerini yeterli bulduklarını, hastayı durumuna uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirmede (%28,0) yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Uyku ve dinlenme alt boyutunda yer alan; hastanın uyku alışkanlığının değerlendirilmesinde (%93,5) kendilerini yeterli bulduklarını, uyku sorunu olan hastaya

ilaç dışı müdahalede bulunmada ise (%22,4) kendilerini yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Cinsellik ve üreme alt boyutunda yer alan; erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi (%69,2), kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servikal smear aldırma durumunun değerlendirilmesi (%60,7), hastanın cinsel sağlığının, varsa cinsel sağlık problemlerinin değerlendirilmesi (%57,9) aktivitelerin de kendilerini yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 7. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktiviteleri İle İlgili Eğitim Gereksinimlerinin Dağılımı (N=107)**

FİZİKSEL SAĞLIK AKTİVİTELERİ	Evet		Hayır	
	Gereksinim Var	Gereksinim Yok	Gereksinim Var	Gereksinim Yok
	n	%	n	%
<b>SAĞLIĞI ALGILAMA ve SAĞLIK YÖNETİMİ</b>				
Hastanın ağrı ile ilgili yakınmalarının değerlendirilmesi	20	18,7	87	81,3
Herhangi bir alerjisi olup olmadığının değerlendirilmesi	21	19,6	86	80,4
Bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi	23	21,5	84	78,5
Sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlığının değerlendirilmesi	27	25,2	80	74,8
Ağrı yakınması bulunan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma	28	26,2	79	73,8
Kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi	30	28,0	77	72,0
Kan-ıdrar tetkik sonuçlarının takibi	31	29,0	76	71,0
EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibi	34	31,8	73	68,2
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemi olup olmadığının değerlendirilmesi	41	38,3	66	61,7
Hastanın varsa kullandığı diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibi	43	40,2	64	59,8
Hastanın kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkilerinin takibi	44	41,1	63	58,9
Düzenli göz muayenesi yaptırıp yaptırmadığının değerlendirilmesi	47	43,9	60	56,1
Acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesi(kardiyak, solunum arresti, hipo-hiperglisemi, hipo-hipertansiyon,v.b)	52	48,6	55	51,4
Sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma	52	48,6	55	51,4
<b>BESLENME</b>				
Kan şekeri ölçümü ve takibi	1	0,9	106	99,1
Hastanın hijyenik özelliklerinin değerlendirilmesi	2	1,9	105	98,1
Hastaya vücut hijyeni ile ilgili bakım verme	2	1,9	105	98,1
Boy-kilo ölçümü ve takibi	8	7,5	99	92,5
Hastanın beslenme durumunun takibi	13	12,1	94	87,9
Göbek çevresi ölçümü	16	15,0	91	85,0
Beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi	21	19,6	86	80,4
Vücut kitle endeksi hesaplama	29	27,1	78	72,9
Beslenme konusunda eğitim yapma ve yönlendirme	35	32,7	72	67,3
<b>BOŞALTIM</b>				
Mesane-bağırsak alışkanlıkları ve sorunların değerlendirilmesi	33	30,8	74	69,2
<b>AKTİVİTE ve EGZERSİZ</b>				
Yaşam bulguları ölçümü ve takibi	1	0,9	106	99,1
Egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesi	26	24,3	81	75,7
Uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirme	34	31,8	73	68,2
<b>UYKU ve DİNLENME</b>				
Hastanın uyku alışkanlığının değerlendirilmesi	12	11,2	95	88,8
Uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma	30	28,0	77	72,0
<b>CİNSELLİK ve ÜREME</b>				
Kadın hastaların meme muayenesi yaptırma ve servikal smear aldırma durumunun değerlendirilmesi	53	49,5	54	50,5
Hastanın cinsel sağlığının, varsa cinsel sağlık problemlerinin değerlendirilmesi	54	50,5	53	49,5
Erkek hastaların prostat muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi	60	56,1	47	43,9



Tablo 7’de, hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimi olup olmadığı yönünden ifadelerinin dağılımına bakıldığında;

Sağlığı algılama ve sağlık yönetimi alt boyutunda yer alan; EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibinde %31,8’i, ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemlerin değerlendirilmesinde %38,3’ü, hastanın varsa kullandığı diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibinde %40,2’si, hastanın kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkilerinin takibinde %41,1’i düzenli göz muayenesi yaptırıp yaptırmadığının değerlendirilmesinde %43,9’u, hastada acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesinde (kardiyak ve solunum arresti, hipo-hiperglisemi, hipo-hipertansiyon, hipertermi v.b.) %48,6’sı, sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapmada % 48,6’sı eğitim gereksinimi olduğunu belirtmiştir.

Beslenme alt boyutunda yer alan; vücut kitle endeksi hesaplanmasında % 27,1’i, hastaya sağlıklı beslenme eğitimi yapma ve gerekirse diyetisyene yönlendirmede % 32,7’si eğitim gereksinimi olduğunu ifade etmiştir.

Boşaltım alt boyutunda yer alan; hastanın mesane-bağırsak alışkanlıkları ve sorunlarının değerlendirilmesinde %30,8’i eğitim gereksinimi olduğunu belirtmiştir.

Aktivite ve egzersiz alt boyutunda yer alan; hastanın egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesinde %24,3’ü, hastayı durumuna uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirmede %31,8’i eğitim gereksinimi olduğunu ifade etmiştir.

Uyku ve dinlenme alt boyutunda; uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunmada % 28,0’i eğitim gereksinimi olduğunu ifade etmiştir.

Cinsellik ve üreme alt boyutunda yer alan; erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi (%56,1), hastanın cinsel sağlığının, varsa cinsel sağlık problemlerinin değerlendirilmesi (%50,5), kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servikal smear aldırma durumunun değerlendirilmesi (%49,5) aktivitelerinde eğitim gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 8. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktiviteleri Sorumlulukları Olarak Görme Durumu Puan Ortalamalarının Bireysel ve Mesleki Özelliklere Göre Dağılımı**

Bireysel ve Mesleki Özellikler	n	Ort±SS	P
<b>Yaş</b>			
18-25	40	23.00±5.72	
26-33	33	23.32±5.75	<sup>a</sup> 0.635
34 ve üzeri	34	22.00±6.33	
<b>Hemşirelikte çalışma yılı</b>			
1-5 yıl	50	23.18±6.08	
6-10 yıl	28	22.68±5.68	<sup>a</sup> 0.790
11 ve üzeri yıl	29	22.24±5.94	
<b>‡Eğitim durumu</b>			
Sağlık meslek lisesi	34	23(19,26)	
Ön lisans (Açık öğretim)	3	15(13,27)	<sup>c</sup> 0.189
Lisans	51	23(19,28)	
Yüksek lisans	19	24(21,32)	
<b>‡Yüksek lisans yapmamış</b>	<b>88</b>	<b>23(18.5,26.5)</b>	
Psikiyatri hemşireliği yüksek lisansı yapanlar	7	32(22,32)	<sup>c</sup> 0.030*
**Diğer	12	23(20.5,25.5)	
<b>‡Çalıştığı kurum</b>			
Devlet hastanesi	45	23(18,27)	
Vakıf hastanesi psikiyatri servisi	31	22(19,25)	<sup>c</sup> 0.233
Askeri hastane	21	23(21,28)	
Özel hastane	10	26.5(22,29)	
<b>Önceki çalışma deneyimi</b>			
Yok	35	24.23±6.07	<sup>a</sup> 0.079
Var	72	22.10±5.72	
<b>Hemşirelerin çalışma şekli</b>			
İş merkezli	49	22.92±5.91	<sup>a</sup> 0.838
Hasta merkezli	58	22.68±5.93	
<b>‡Hemşirelerin, fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumu</b>			
Hayır	3	13(13,26)	
Kısmen	47	23(19,28)	<sup>c</sup> 0.310
Evet	57	24(20,27)	

<sup>a</sup>Bağımsız gruplar t testi <sup>c</sup>Kruskal Wallis test <sup>d</sup>Tek yönlü varyans analizi \*p<0.05  
‡Veriler medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak raporlanmıştır. \*\*Diğer:Sağlık yönetimi 9, Cerrahi Hemşireliği 2, İç hastalıkları Hemşireliği 1.

Tablo 8’de hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumu puan ortalamalarının bireysel ve mesleki özelliklere göre dağılımı incelendiğinde;

Yaş gruplarına göre aldıkları puan ortalamaları; 18-25 yaş aralığının da  $23.00 \pm 5.72$ , 26-33 yaş aralığının da  $23.32 \pm 5.75$ , 34 ve üzeri yaş da  $22.00 \pm 6.33$  olarak bulunmuş olup, yaş gruplarına göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalışma yılına göre puan ortalamaları; 1-5 yıl arasında çalışanların  $23.18 \pm 6.08$ , 6-10 yıl arasında çalışanların  $22.68 \pm 5.68$ , 11 ve üzeri yıl çalışanların  $22.24 \pm 5.94$  olarak bulunmuş olup, çalışma yılına göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Eğitim durumuna göre aldıkları puanlar; ön lisans mezunu olanların düşük, yüksek lisans mezunu olanların yüksek puan almış oldukları bulunmuş olup, psikiyatri hemşireliği yüksek lisans yapmış olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p:0.030$ ). Farklılığı yaratan grubu belirlemek için yapılan ikili değerlendirmelere göre, psikiyatri hemşireliği alanında yüksek lisans yapmış hemşirelerin puanlarının yüksek lisans yapmamış hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır ( $p:0.007$ ). Diğer gruplar arasında fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalıştığı kuruma göre aldıkları puanlar; özel psikiyatri hastanesinde çalışanların puanı diğer kurumlarda çalışanlara göre yüksek bulunmuş olup, çalıştığı kurumlara göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Psikiyatri öncesi çalışma deneyimine göre puan ortalamaları; psikiyatriden önce çalışma deneyimi bulunan hemşirelerin puan ortalaması  $22.10 \pm 5.72$ , psikiyatriden önce çalışma deneyimi bulunmayan hemşirelerin puan ortalaması  $24.23 \pm 6.07$  bulunmuş olup, psikiyatriden önce çalışma deneyimine göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile



ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin çalışma şekline göre puan ortalamaları; iş merkezli olarak çalıştığını ifade edenlerin puan ortalaması  $22.92\pm 5.91$ , hasta merkezli olarak çalıştığını ifade edenlerin puan ortalaması  $22.68\pm 5.93$  bulunmuş olup, çalışma şekline göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin, fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumuna göre aldıkları puanlar; evet cevabı verenlerin puanları daha yüksek bulunmuş olup, hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 9. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktivitelere Yönelik Müdahalede Bulunma Durumu Puan Ortalamalarının Bireysel ve Mesleki Özelliklere Göre Dağılımı**

Bireysel ve Mesleki Özellikler	n	Ort±SS	P
<b>Yaş</b>			
18-25	40	39.98±14.15	
26-33	33	36.85±10.76	<sup>a</sup> 0.459
34 ve üzeri	34	39.97±10.21	
<b>Hemşirelikte çalışma yılı</b>			
1-5 yıl	50	39.42±14.06	
6-10 yıl	28	36.11±9.55	<sup>a</sup> 0.288
11 ve üzeri yıl	29	41±9.81	
<b>‡Eğitim durumu</b>			
Sağlık meslek lisesi	34	40(33,49)	
Ön lisans (Açık öğretim)	3	43(27,49)	<sup>a</sup> 0.765
Lisans	51	38(29,45)	
Yüksek lisans	19	41(32,48)	
<b>‡Yüksek lisans yapmamış</b>	88	38(31.5,48)	
Psikiyatri hemşireliği yüksek lisansı yapanlar	7	44(41,48)	<sup>a</sup> 0.267
**Diğer	12	35.5(26.5,45.5)	
<b>‡Çalıştığı kurum</b>			
Devlet hastanesi	45	42(32,48)	
Vakıf hastanesi psikiyatri servisi	31	37(31,46)	<sup>a</sup> 0.144
Askeri hastane	21	36(31,38)	
Özel hastane	10	45(41,51)	
<b>Önceki çalışma deneyimi</b>			
Yok	35	42.57±11.38	<sup>a</sup> 0.030*
Var	72	37.24±11.94	
<b>Hemşirelerin çalışma şekli</b>			
İş merkezli	49	37±12.82	<sup>a</sup> 0.109
Hasta merkezli	58	40.72±11	
<b>‡Hemşirelerin, fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumu</b>			
Hayır	3	27(2,30)	
Kısmen	47	38(32,48)	<sup>a</sup> 0.051
Evet	57	41(33,49)	

<sup>a</sup>Bağımsız gruplar t testi. <sup>c</sup>Kruskal Wallis test <sup>d</sup>Tek yönlü varyans analizi \*p<0.05

‡Veriler medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak raporlanmıştır.

\*\* Diğer; Sağlık yönetimi 9, Cerrahi Hemşireliği 2, İç hastalıkları Hemşireliği 1.

Tablo 9’da hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerine yönelik müdahalede bulunma durumu puan ortalamalarının bireysel ve mesleki özelliklere göre dağılımı incelendiğinde;

Yaş gruplarına göre aldıkları puan ortalamaları; 18-25 yaş aralığının da  $39.98 \pm 14.15$ , 26-33 yaş aralığının da  $36.85 \pm 10.76$ , 34 ve üzeri yaş da  $39.97 \pm 10.21$  olarak bulunmuş olup, yaş gruplarına göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerine yönelik müdahalede bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalışma yılına göre aldıkları puan ortalamaları; 1-5 yıl arasında çalışanların  $39.42 \pm 14.06$ , 6-10 yıl arasında çalışanların  $36.11 \pm 9.55$ , 11 ve üzeri yıl çalışanların  $41 \pm 9.81$  olarak bulunmuş olup, çalışma yılına göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerine yönelik müdahalede bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Eğitim durumuna göre aldıkları puanlar; lisans mezunu olanların puanları diğer okul mezunu olanlardan daha düşük bulunmuş olup, psikiyatri hemşireliği yüksek lisansı yapanların puanı yüksek lisans yapmamış ve diğer alanlarda yüksek lisans yapmış olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumuna göre; hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerine yönelik müdahalede bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalıştığı kuruma göre aldıkları puanlar; özel psikiyatri hastanesinde çalışanların puanı diğer kurumlarda çalışanlara göre yüksek bulunmuş olup, çalıştığı kurumlara göre, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerine yönelik müdahalede bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Psikiyatri öncesi çalışma deneyimine göre aldıkları puan ortalamaları; psikiyatriden önce çalışma deneyimi bulunan hemşirelerin puan ortalaması  $37.24 \pm 11.94$ , psikiyatriden önce çalışma deneyimi bulunmayan hemşirelerin puan ortalaması ise,  $42.57 \pm 11.38$  bulunmuş olup, psikiyatriden önce çalışma deneyimine göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerine yönelik müdahalede bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p: 0.030$ ).

Hemşirelerin çalışma şekline göre aldıkları puan ortalamaları; iş merkezli olarak çalıştığını ifade edenlerin puan ortalaması  $37 \pm 12.82$ , hasta merkezli olarak çalıştığını



ifade edenlerin puan ortalaması  $40.72 \pm 11$  bulunmuş olup, çalışma şekline göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerine yönelik müdahalede bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Hemşirelerin, fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumuna göre aldıkları puanlar; evet cevabı verenlerin puanları daha yüksek bulunmuş olup, hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerine yönelik müdahalede bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 10. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktivitelerini Değerlendirme ve Müdahalede Kendini Yeterli Bulma Durumu Puan Ortalamalarının Bireysel ve Mesleki Özelliklere Göre Dağılımı**

Bireysel ve Mesleki Özellikler	n	Ort±SS	P
<b>Yaş</b>			
18-25	40	24.85±4.90	
26-33	33	24.82±6.25	<sup>a</sup> 0.669
34 ve üzeri	34	23.67±7.52	
<b>Hemşirelikte çalışma yılı</b>			
1-5 yıl	50	24.9±5.44	
6-10 yıl	28	23.79±6.74	<sup>a</sup> 0.750
11 ve üzeri yıl	29	24.41±6.99	
<b>‡Eğitim durumu</b>			
Sağlık meslek lisesi	34	25.5(21,30)	
Ön lisans (Açık öğretim)	3	28(19,30)	<sup>c</sup> 0.801
Lisans	51	25(21,28)	
Yüksek lisans	19	27(22,31)	
<b>‡Yüksek lisans yapmamış</b>	88	25(21,29)	
Psikiyatri hemşireliği yüksek lisansı yapanlar	7	31(23,32)	<sup>c</sup> 0.479
**Diğer	12	25(21,29)	
<b>‡Çalıştığı kurum</b>			
Devlet hastanesi	45	24(18,29)	
Vakıf hastanesi psikiyatri servisi	31	27(23,30)	<sup>c</sup> 0.351
Askeri hastane	21	23(22,29)	
Özel hastane	10	26(24,30)	
<b>Önceki çalışma deneyimi</b>			
Yok	35	24.89±7.39	<sup>a</sup> 0.636
Var	72	24.28±5.57	
<b>Hemşirelerin çalışma şekli</b>			
İş merkezli	49	24.2±6.45	<sup>a</sup> 0.667
Hasta merkezli	58	24.72±6.02	
<b>‡Hemşirelerin, fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumu</b>			
Hayır	3	24(19,27)	
Kısmen	47	24(21,30)	<sup>c</sup> 0.510
Evet	57	26(21,29)	

<sup>a</sup>Bağımsız gruplar t testi <sup>c</sup>Kruskal Wallis test <sup>d</sup>Tek yönlü varyans analizi \*p<0.05

‡Veriler medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak raporlanmıştır.

\*\* Diğer:Sağlık yönetimi 9, Cerrahi Hemşireliği 2, İç hastalıkları Hemşireliği 1.

Tablo 10’da hemşirelerin, hastaların fizik sağlık aktivitelerini değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumu puan ortalamalarının bireysel ve mesleki özelliklere göre dağılımı incelendiğinde;

Yaş gruplarına göre aldıkları puan ortalamaları; 18-25 yaş aralığının da  $24.85 \pm 4.90$ , 26-33 yaş aralığının da  $24.82 \pm 6.25$ , 34 ve üzeri yaş da  $23.67 \pm 7.52$  olarak bulunmuş olup, yaş gruplarına göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalışma yılına göre aldıkları puan ortalamaları; 1-5 yıl arasında çalışanların  $24.9 \pm 5.44$ , 6-10 yıl arasında çalışanların  $23.79 \pm 6.74$ , 11 ve üzeri yıl çalışanların  $24.41 \pm 6.99$  olarak bulunmuş olup, çalışma yılına göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Eğitim durumuna göre aldıkları puanlar; lisans mezunu olanların puanları diğer okul mezunu olanlardan daha düşük bulunmuş olup, psikiyatri hemşireliği yüksek lisansı yapanların puanı yüksek lisans yapmamış ve diğer alanlarda yüksek lisans yapmış olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumuna göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalıştığı kuruma göre aldıkları puanlar; vakıf hastanesi psikiyatri servisinde çalışanların puanı diğer kurumlarda çalışanlara göre yüksek bulunmuş olup, çalıştığı kurumlara göre, hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Psikiyatri öncesi çalışma deneyimine göre aldıkları puan ortalamaları; psikiyatriden önce çalışma deneyimi bulunan hemşirelerin puan ortalaması  $24.28 \pm 5.57$ , psikiyatriden önce çalışma deneyimi bulunmayan hemşirelerin puan ortalaması  $24.89 \pm 7.39$  bulunmuş olup, psikiyatriden önce çalışma deneyimine göre hemşirelerin,



hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve mşdahalede kendini yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin alışma şekline gşe aldıkları puan ortalamaları; iş merkezli olarak çalıştığını ifade edenlerin puan ortalaması  $24.2\pm 6.45$ , hasta merkezli olarak çalıştığını ifade edenlerin puan ortalaması  $24.72\pm 6.02$  bulunmuş olup, çalışma şekline gşe hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve mşdahalede kendini yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin, fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumuna gşe aldıkları puanlar; evet cevabı verenlerin puanları daha yşksek bulunmuş olup, hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve mşdahalede kendini yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 11. Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktiviteleri İle İlgili Eğitim Gereksinimleri Puan Ortalamalarının Bireysel ve Mesleki Özelliklere Göre Dağılımı**

Bireysel ve Mesleki Özellikler	n	Ort±SS	P
<b>Yaş</b>			
18-25	40	8.50±6.71	
26-33	33	8.00±7.52	<sup>a</sup> 0.727
34 ve üzeri	34	9.42±8.04	
<b>Hemşirelikte çalışma yılı</b>			
1-5 yıl	50	8.84±7.02	
6-10 yıl	28	8.18±7.65	<sup>a</sup> 0.930
11 ve üzeri yıl	29	8.69±7.84	
<b>‡Eğitim durumu</b>			
Sağlık meslek lisesi	34	5.5(2,13)	
Ön lisans (Açı öğretim)	3	13(0,22)	<sup>c</sup> 0.828
Lisans	51	8(2,13)	
Yüksek lisans	19	9(4,11)	
<b>‡Yüksek lisans yapmamış</b>	<b>88</b>	<b>7(2,13)</b>	
Psikiyatri hemşireliği yüksek lisansı yapanlar	7	11(1,22)	<sup>c</sup> 0.705
**Diğer	12	7,5(4.5,10)	
<b>‡Çalıştığı kurum</b>			
Devlet hastanesi	45	9(5,14)	
Vakıf hastanesi psikiyatri servisi	31	5(2,8)	<sup>c</sup> 0.186
Askeri hastane	21	7(4,10)	
Özel hastane	10	5(0,19)	
<b>Önceki çalışma deneyimi</b>			
Yok	35	6.74±5.96	<sup>a</sup> 0.064
Var	72	9.54±7.81	
<b>Hemşirelerin çalışma şekli</b>			
İş merkezli	49	9.92±7.84	<sup>a</sup> 0.088
Hasta merkezli	58	7.49±6.76	
<b>‡Hemşirelerin, fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumu</b>			
Hayır	3	13(5,18)	
Kısmen	47	8(1,12)	<sup>c</sup> 0.612
Evet	57	6(4,11)	

<sup>a</sup>Bağımsız gruplar t testi. <sup>c</sup>Kruskal Wallis test <sup>a</sup>Tek yönlü varyans analizi \*p<0.05

‡Veriler medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak raporlanmıştır.

\*\* Diğer:Sağlık yönetimi 9, Cerrahi Hemşireliği 2, İç hastalıkları Hemşireliği 1.

Tablo 11’de hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimleri puan ortalamalarının bireysel ve mesleki özelliklere göre dağılımı incelendiğinde;

Yaş gruplarına göre aldıkları puan ortalamaları, 18-25 yaş aralığı da  $8.50 \pm 6.71$ , 26-33 yaş aralığı da  $8.00 \pm 7.52$ , 34 ve üzeri yaş da  $9.42 \pm 8.04$  olarak bulunmuş olup, yaş gruplarına göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalışma yılına göre aldıkları puan ortalamaları; 1-5 yıl arasında çalışanların  $8.84 \pm 7.02$ , 6-10 yıl arasında çalışanların  $8.18 \pm 7.65$ , 11 ve üzeri yıl çalışanların  $8.69 \pm 7.84$  olarak bulunmuş olup, çalışma yılına göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Eğitim durumuna göre aldıkları puanlar; ön lisans mezunu olanların puanları diğer okul mezunu olanlardan daha yüksek bulunmuş olup, psikiyatri hemşireliği yüksek lisans yapanların puanı yüksek lisans yapmamış ve diğer alanlarda yüksek lisans yapmış olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumuna göre, hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Çalıştığı kuruma göre aldıkları puanlar, devlet hastanesinde çalışanların puanı diğer kurumlarda çalışanlara göre yüksek bulunmuş olup, çalıştığı kurumlara göre, hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Psikiyatri öncesi çalışma deneyimine göre aldıkları puan ortalamaları; psikiyatriden önce çalışma deneyimi bulunan hemşirelerin puan ortalaması  $6.74 \pm 5.96$ , psikiyatriden önce çalışma deneyimi bulunmayan hemşirelerin puan ortalaması  $9.54 \pm 7.81$  bulunmuş olup, psikiyatriden önce çalışma deneyimine göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).



Hemşirelerin çalışma şekline göre aldıkları puan ortalamaları; iş merkezli olarak çalıştığını ifade edenlerin puan ortalaması  $9.92 \pm 7.84$ , hasta merkezli olarak çalıştığını ifade edenlerin puan ortalaması  $7.49 \pm 6.76$  bulunmuş olup, çalışma şekline göre hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Hemşirelerin, fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumuna göre aldıkları puanlar; hayır cevabı verenlerin puanları daha yüksek bulunmuş olup, hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu ile ilgili özellikleri; sorumlulukları kapsamında görme, klinik çalışmaları sırasında hastaların fiziksel sağlığına yönelik girişimde bulunma, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili girişimlerde kendini yeterli bulma durumları ve eğitim gereksinimlerini belirleme ile bireysel ve mesleki özellikleri yönünden bu değişkenlerde fark olup olmadığının karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

## **Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktivitelerini Sorumlulukları Kapsamında Görme, Hastaların Fiziksel Sağlığına Yönelik Uygulamada Bulunma, Hastaların Fiziksel Sağlık Aktivitelerine Müdahalede Kendini Yeterli Bulma ve Eğitim Gereksinimi Duyma Durumunun Tartışılması:**

Ruhsal hastalığı olan bireylerde, ruhsal durumunun yanısıra fiziksel sağlıklarında önemli derecede etkilenmektedir ve birçok sistemi etkileyen sağlık sorunları ve hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Bu durum, psikiyatri hastalarının ruhsal sorunlarının yanısıra fiziksel sağlık durumlarında değerlendirilip ele alınmasını gerektirmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin, hastaların fiziksel sağlık sorunlarının erken dönemde ele alınarak müdahale edilmesinde önemli rolleri bulunmaktadır. Hardy (2012), Happell (2013), hemşirelerin hastaların fiziksel sağlığına yöneldiklerinde, hastaların bu sorunlarının önemli derecede azalacağını vurgulamaktadır (Hardy and Thomas, 2012; Happell et al., 2013).

Bu çalışmada, psikiyatride çalışan hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığına yönelik aktivitelerden özellikle; hastanın yaşam bulgusu ve kan şekeri ölçümü ve takibi, beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi ve beslenme durumunun takibi, hijyenik özelliklerin değerlendirilmesi ve hastaya vücut hijyeni bakımı verme, hastanın uyku alışkanlığının, alerjisinin, ağrı ile ilgili yakınmalarının, kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi aktivitelerini en fazla sorumlulukları içinde gördükleri, uygulamada daha çok bu aktiviteleri yaptıkları, bu aktiviteleri değerlendirme ve müdahalede kendilerini yeterli buldukları belirlenmiştir. Ayrıca, hastanın kronik fiziksel hastalığı (%28,0), bulaşıcı hastalığı (%21,5), alerjisi (%19,6) olup olmadığının ve ağrı ile ilgili yakınmalarının (%18,7) değerlendirilmesi aktivitelerinde yaklaşık olarak dörtte birinin eğitim gereksinimi olduğu görülmektedir. Bu bulgular değerlendirildiğinde, hastaneden hastaneye geçişle beraber bunların rutin uygulamalar içinde yer alan aktiviteler olduğu görülmektedir. Hemşirelerin, bu aktiviteleri sorumlulukları olarak algılaması ve yerine getirmesi; bu aktivitelerin kurumun rutin uygulaması olması ve doktor istemlerinde yer almasına bağlı olabilir. Aynı zamanda, hemşirelerin en az sorumlulukları kapsamında gördükleri, uygulamada hiç bir zaman yapmadıkları, değerlendirme ve müdahalede kendilerini yeterli bulmadıkları ve eğitim gereksinimi



olduğunu ifade ettikleri aktiviteler ise; hastanın cinsel sağlığının değerlendirilmesi, kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma, erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma, düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun, ağız, diş sağlığının değerlendirilmesi, vücut kitle endeksi hesaplanması, göbek çevresi ölçümü, hastalara sigara, alkol, madde bırakma eğitimi ve beslenme eğitimi yapmadır.

Göbek çevresi ölçümü, vücut kitle endeksinin hesaplanması, kilo ölçümü ve takibinin yapılması psikiyatri hastalarında önemlidir. Psikiyatri hastaları, kullanmış oldukları ilaçların yan etkileri, sağlıksız yaşam davranışları ve düzensiz inaktif hayatlarının olmasından dolayı obezite, abdominal obezite, insülin direnci, diyabet, metabolik sendrom ve kalp damar hastalıkları yönünden risk taşımaktadırlar (Holt and Peveler, 2010; Pendlebury and Holt, 2010). Bu riskin azaltılmasında, psikiyatri hemşirelerinin hastalara yaşam davranışı değişikliklerini destekleyerek müdahale etmeleri, psikotrop ilaç kullanan hastaları yakından takip etmeleri ve Liverpool Yan Etkileri Değerlendirme Ölçeği gibi araçlar kullanmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Holt and Peveler, 2010). Özellikle, psikozun ilk aşamasında olan ve antipsikotik ilaç kullanmaya yeni başlayan hastalarla ilgilenen psikiyatri hemşirelerinin, hastaların bu kritik ve hassas dönemlerinde fiziki sağlık alanı değerlendirme ve bakımı ile ilgili sorumlulukları mevcuttur ( Bradshaw and Pedley, 2012). Literatürde; ruhsal hastalığı olan bireylerde, rutin olarak kilo takibinin yapılması, vücut kitle endeksi hesaplanması, göbek çevresi ölçümü, insülin direnci ve diyabet taramasının yapılması gerektiği yazılıdır (Robson and Gray, 2006).

Bu çalışmada; göbek çevresi ölçümünü hemşirelerin %45,8'inin sorumlulukları içinde görmediği, %64,5'inin uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %86,0'sının kendini yeterli bulduğu ve %85,0'inin eğitime gereksinim duymadığı belirlenmiştir. Göbek çevresi ölçümünde, hemşirelerin büyük çoğunluğunun kendilerini yeterli bulduklarını ve eğitime gereksinim duymadığını ifade etmiş olmasına rağmen, yarısına yakını sorumluluk olarak görmediğini, yarısından fazlası da uygulamada hiçbir zaman yapmadığını belirtmiştir. Göbek çevresi ölçümünün, hemşirelerin yapmış oldukları rutin uygulamalar içerisinde yer almamasından dolayı hemşirelerin sorumlulukları içinde görmediği ve uygulamada da yapmadığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin, hastalarda vücut kitle endeksi hesaplanmasını %57,0'sinin sorumlulukları içinde görmediği, %80,4'ünün uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %31,8'inin kendini yeterli bulmadığı ve %27,1'inin eğitime gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Vücut kitle endeksi hesaplanması veri toplama formlarında ve rutin uygulamalarda yer almadığından yapılmıyor olabilir.

Bu çalışmada, hemşirelerin hastalarda boy-kilo ölçümü ve takibini %23,4'ünün sorumlulukları içinde görmediği, %39,3'ünün uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %93,5'inin kendini yeterli bulduğu ve %92,5'inin eğitime gereksinim duymadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin yarısından fazlası kilo ölçümü ve takibini sorumlulukları olarak gördüğünü belirtse de dörtte biri sorumluluğu olarak görmediğini, uygulamada ise, yaklaşık %40'ı hiçbir zaman yapmadığını belirtmiştir. Bu durum, hemşirelerin kilo ölçümü yaptıklarını ancak, obezite ve metabolik sendrom yönünden kilo takibi yapmadıklarını gösterebilir. Kilo ölçümünü büyük çoğunluğunun sorumlulukları içinde görmesi, bazı hastanelerin veri toplama formlarında kilo ölçümünün rutin olarak yer almasından kaynaklanıyor olabilir. Aksu'nun yaptığı çalışmada; hemşire ve sağlık memurlarında metabolik sendrom kriterlerini bilme yönünde bilgi eksikliği olduğu bulunmuştur (Aksu, 2009). Buna göre; hemşirelerin, psikiyatri hastalarında göbek çevresi ölçümü, vücut kitle endeksinin hesaplanması ve kilo takibinin yapılması konularında hizmetiçi eğitimlerle desteklenmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Cinsellik, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, insan yaşamının dinamik bir parçası ve sağlık durumunda önemli bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır ( World Health Organization, 2006). Cinsellik, bireyin yaşantısından ve yaşantısında meydana gelen değişimlerden kolaylıkla etkilenmektedir. Cinsel yaşamda meydana gelen değişimler de bireyi psikolojik, fizyolojik, sosyolojik olarak etkilemektedir ( Tuğut ve Gölbaşı, 2013).

Cinsellik ve cinsel sağlık problemleri, diğer alanlarda olduğu gibi psikiyatride de standart değerlendirmeler içinde yer almayan, uygulamalarda da ihmal edilen aktivitelerdir. Cinsellik, genellikle toplumda kültürel olarak çok fazla ifade edilmeyen, mahrem olan bir konudur. Hastalar, bu konuda yalnız bırakılmakta, sorunları çok az ya da hiç ele alınmamaktadır. Oysa, hastalıklarının özelliğine ve kullanmış oldukları psikotrop ilaçların yan etkilerine bağlı olarak; cinsel istekte artma, azalma, empotans, cinsel isteksizlik, amenore, memelerden süt gelmesi, vaginal enfeksiyon, idrar yolu



enfeksiyonları, idrar inkontinansı gibi sorunlar görülebilmektedir (Dickson and Glazer, 1999; Halbreich and Kahn 2003; Rylance et al.,2012). Ayrıca, hastaların birçoğunun evli olması aile içi sıkıntı yaşamasına neden olabilir ve hastalar cinsellikle ilgili sıkıntılarını ifade edemeyebilir. Literatürde, hemşirelerin hasta bakımında cinsel konuları ele almada güçlük yaşamalarının nedeni olarak; cinsellikle ilgili danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadıklarına inanmaları, cinsellikle ilgili konuşurken utanmaları, cinselliği önemsememeleri, cinsellikle ilgili konularda konuşurken anksiyete yaşamaları, iş yoğunluğu, zaman azlığı (Steinke et al.,1996; Yıldız, H., 2002; Güvel ve ark., 2005; Algier, L., Kav, S., 2008; Pınar, G., 2010; Verschuren et al., 2010), cinselliği değerlendirme becerilerinin yetersiz olduğu, cinsel fonksiyona yönelik uygun hemşirelik girişimlerini bilmemeleri gösterilmektedir (Doherty et al., 2010; Saunamaki et al., 2010). Quinn et al.(2011); psikiyatri hemşirelerinin, cinsellikle ilgili konuları hastalarla rahat konuşamadıklarını belirtmiştir. Howard and Gamble'nin (2011) yaptıkları çalışmada; hemşireler, hastaların cinsel sağlığının değerlendirilmesinde doktorların daha çok role sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada; hemşirelerin hastanın cinsel sağlığının ve problemlerinin değerlendirilmesini %71,0'inin sorumlulukları içinde görmediği, %79,5'inin bu uygulamayı hiçbir zaman yapmadığı, %57,9'unun kendini yeterli bulmadığı ve %50,5'inin eğitime gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Cinsellik ve cinsel sağlık problemlerini hemşirelerin sorumluluğu olarak algılamaması ve uygulamada hiçbir zaman yapmamasının nedeni; cinsellik ve cinsel sağlığın rutin değerlendirme de yer almaması ve hemşirelerin kendilerini bu konuda yetersiz görmesinden, hazır hissetmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmaya katılanların yarısının, kendini yeterli bulmadığını ve eğitim gereksinimi olduğunu ifade etmesi bu konuda yetersizliklerinin farkında olmasını göstermesi açısından önemlidir. Literatürde de, psikiyatri hemşirelerinin cinsel sağlık değerlendirmesi konularında kendilerini yetersiz buldukları yazılıdır (Howard et al., 2011; Quin et al., 2011).

Meme muayenesinin yapılması, servi kal smear alınması ve incelenmesi, prostat muayenesinin yapılması gibi kanser tarama testleri rutin psikiyatrik uygulamaların içinde yer almalı ve önemle üzerinde durulmalıdır. Psikiyatri hastaları, hastalıklarının kronikleşme eğiliminin yüksek olması, yaşlarının ilerlemesi ve sağlıksız yaşam



davranışlarına bağlı olarak kanser açısından riskli gruplar içinde yer almakta olup, kanser taramalarının yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmada, kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma durumunun değerlendirilmesini hemşirelerin %71,0'ünün sorumlulukları içinde görmediği, %84,1'inin uygulamada hiçbir zaman yapmadığı %60,7'sinin kendini yeterli bulmadığı ve %49,5'inin eğitime gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu göz önüne alınırsa, hemşirelerin bu taramaları kendilerinde de yapmadıkları düşünülebilir. Literatürde, hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumunun araştırıldığı çalışmada; çalışmaya katılan hemşirelerin %68'inin (N=100) kendi kendine meme muayenesi yapmadığı ve hemşirelerin bu konuda inançlarının geliştirilmesine gereksinim olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karayurt ve ark., 2008). Başka bir çalışmada, hemşirelerin, kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi ve servi kal smear gibi tarama testlerini yeterince önemsemedikleri, yapmadıkları ve bilgi eksiklikleri vurgulanmaktadır (Özdemir ve Bilgili, 2010). Diğer bir çalışmada ise; hemşirelerin (n=117) kendi kendine meme muayenesi sonuçları diğer kadın sağlık çalışanlarına (uzman doktor n=28, asistan doktor n=32, hizmetli n=23) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş ancak, meme ultrasonu, ve mamografi (%53), servi kal smear testini (%61,5) hiç yaptırmadıkları belirlenmiştir (Özçam ve ark., 2014).

Hemşirelerin, erkek hastalarda prostat muayenesini yaptırma durumunun değerlendirilmesini %79,4'ünün sorumlulukları içinde görmediği, %86,9'unun uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %60,7'sinin kendini yeterli bulmadığı ve %56,1'inin eğitim gereksinimi olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada; 40 yaş üzeri erkeklerin %88,6'sının (N=70) prostat muayenesi yaptırmadığı, %78,6'sının prostat muayenesini utandırıcı bulduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kahraman, 2015). Normal, sağlıklı popülasyon da, prostat muayenesi yaptırma oranı düşük ise, şizofreni, psikoz gibi ruhsal hastalığı olan bireylerde prostat muayenesi yaptırma oranının daha düşük olacağı tahmin edilmektedir.

Bu alana yönelik olarak öncelikle, hemşirelerin, kanser tarama testlerinin hayat kurtarıcı olduğuna inanmaları ve kendilerinde de uygulamaları gerekmektedir. Hemşirelerin, tedavi edici hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerini de topluma aktarma ve uygulama görevi vardır. Psikiyatride çalışan hemşirelere, hastaların

kanser tarama testlerini yaptırma durumunu değerlendirmelerinin önemi vurgulanmalıdır.

Göz muayenesini yaptırma durumunun değerlendirilmesini, hemşirelerin %73,8'inin sorumlulukları içinde görmediği, %79,4'ünün uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %52,3'ünün kendini yeterli bulmadığı ve %43,9'unun eğitime gereksinimi olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Hastalar da, yaşlanmaya ve kullanmış oldukları psikotrop ilaçların yan etkilerine bağlı olarak bulanık görme, göz yaşı sekresyonunun azalması, katarakt gibi şikayetler görülmektedir (Shahzad et al., 2002). Day et al. (1995), Uzun ve arkadaşlarının (1997) yapmış oldukları çalışmalarda, bulanık görmenin psikotrop ilaç tedavisi alan hastalarda en sık rastlanılan şikayetlerden biri olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve Buzlu, 2012). Hemşirelerin kullanmış oldukları veri formlarında göz sağlığı ile ilgili olarak sadece gözlerde lens olup olmadığı, gözlük kullanıp kullanmadığı, protez göz olup olmadığı bilgileri yer almakta, görme ile ilgili şikayetlere ve göz hastalıklarına yönelik bilgiler yer almamaktadır. Bu aktivite, hemşirelerin rutinde yapmış oldukları uygulamalar içinde yoktur. Bundan dolayı sorumlulukları içinde görmüyor ve yapmıyor olabilirler. Çalışmaya katılanların yarısının kendini yeterli bulmaması ve yarısına yakınının eğitim istemesi hemşirelerin bu konuda güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmada hemşirelerin, genellikle veri formlarında yer alan ve order edilen aktiviteleri sorumlulukları içinde gördükleri ve yaptıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte, bağımsız olarak, invazif yapılabilecek girişimlerden; mesane-bağırsak alışkanlıkları ve sorunlarının değerlendirilmesi (%20,6'sının sorumlulukları içinde görmediği, %25,2'sinin uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %19,6'sının kendini yeterli bulmadığı, %30,8'inin eğitim gereksinimi olduğu), ağrı yakınması olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma (%24,3'ünün sorumlulukları içinde görmediği, %23,4'ünün uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %29,0'unun kendini yeterli bulmadığı, %26,2'sinin eğitim gereksinimi olduğu), uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma (%20,6'sının sorumlulukları içinde görmediği, %19,6'sının uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %28,0'inin kendini yeterli bulmadığı, %28,0'inin eğitim gereksinimi olduğu), hastanın egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesi (%36,4'ünün sorumlulukları içinde görmediği, %37,4'ünün uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %18,7'sinin kendini yeterli bulmadığı,



%24,3'ünün eğitim gereksinimi olduğu) ve hastayı durumuna uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirme (%33,6'sının sorumlulukları içinde görmediği, %37,4'ünün uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %28,0'inin kendini yeterli bulmadığı, %31,8'inin eğitim gereksinimi olduğu) aktivitelerini; hemşirelerin yaklaşık olarak dörtte birinin sorumlulukları içinde görmediği, uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, kendini yeterli bulmadığı ve eğitim gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Bu durum hemşirelerin dörtte birinin, bağımsız olarak yapabilecekleri, bilgi ve beceri gerektiren aktiviteleri ötelediklerini göstermekte olup, önemli bir eksiklik olarak değerlendirilebilir. Hemşirelerin, bu konulara yönelik hizmet içi eğitimlerle desteklenmelerinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin %53,3'ünün sigara, alkol, madde bırakma eğitimi yapmayı sorumlulukları içinde görmediği, %55,1'inin uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %46,7'sinin kendini yeterli bulmadığı, %48,6'sının eğitime gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, hastaya beslenme eğitimi yapmayı %34,6'sının sorumlulukları içinde görmediği, %53,3'ünün uygulamada hiçbir zaman yapmadığı, %29,0'unun kendini yeterli bulmadığı ve %32,7'sinin eğitime gereksinim duyduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Ruhsal hastalığı olan bireyler, yaşamış oldukları gerginliği azaltmak, stresle baş edebilmek ya da içinde buldukları sıkıntılı durumlardan geçici olarak kaçabilmek için sigara, alkol ve madde kullanma eğilimi yüksek olan hastalardır (Şimsek 2010). Aynı zamanda bu hastalarda, iştahlarının az veya çok olması, düzenli olarak yemek yememeleri, kalorili yiyecekleri daha çok tüketmeleri gibi nedenlerden dolayı beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi ve beslenme durumunun takibi kadar beslenme eğitimi yapma da önemlidir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, fiziksel sorun ve hastalıklara karşı egzersiz, diyet, beslenme eğitimi yapma, sigara, alkol ve madde bırakma eğitimi yapma gibi müdahale programları ile sağlıklı yaşam davranışının geliştirilmesinden sorumludur (Kayar, Erginer ve Parlak Günüşen, 2013). Hemşirelerin, rutinde kullanmış oldukları veri formlarında sigara, alkol, madde bırakma ve beslenme eğitimi olmasına rağmen hemşirelerin bunları daha az sorumluluğu olarak algıladığını ve uygulama da daha az yaptığını ifade etmesi önemlidir. Bu durum, hemşirelerin fiziksel sağlıkla ilgili konuları görevleri kapsamında yeterince



algılamadıklarını, eğitim ve danışmanlık rollerinde yetersiz kaldıklarını ve eğitim ihtiyaçları olduğunu gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun, hastaların hijyenik özelliklerini değerlendirme ve hastaya vücut hijyeni bakımı vermeyi sorumlulukları kapsamında gördükleri ve yaptıkları belirlenmiştir. Ancak, ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemi olup olmadığının değerlendirmesini %39,3'ünün sorumlulukları içinde görmediği, %55,1'inin uygulama da hiçbir zaman yapmadığı, %38,3'ünün kendini yeterli bulmadığı, %38,3'ünün eğitime gereksinim duyduğu görülmektedir. Rylance et al.(2012)'nin yapmış oldukları çalışmada; hastaların diş ağrılarının olduğu, ağız ve diş bakımlarının kötü olduğu ve bu konuda hemşire ya da doktor tarafından bir şey yapılmadığı bulunmuştur. Ağız ve diş sağlığı hemşirelerin öteledikleri bir aktivitedir. Literatürde, ruh sağlığı alanında çalışan psikiyatri hemşirelerinin eğitim programların da ağız hijyeni bilgileri ve uygulamalarının da yer alması gerektiğinden, hemşirelere yönelik ağız-diş sağlığı teşvik ve eğitim programlarının, hastalara yönelik olan programlar kadar önemli olduğundan bahsedilmektedir (Gürbüz ve ark., 2011). Hemşirelerin, ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemleri sorumlulukları olarak görmemeleri ve yapmamaları; rutinde yapmış oldukları uygulamalarda ve veri toplama formlarında yer almamasından dolayı olabilir. Ayrıca, %40,'a yakınının kendini yeterli bulmadığını ve eğitim gereksinimi olduğunu belirtmesi, psikiyatri hemşirelerinin bu alana yönelik bilgilendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada, hastanın kullandığı psikotrop ilaç ve yan etkilerinin takibini hemşirelerin %88,8'inin sorumlulukları içinde gördüğü, %77,6'sının uygulamada her zaman yaptığı, %76,6'sının kendini yeterli bulduğu, %41,1'inin eğitime gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hastanın kullandığı diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibini hemşirelerin %84,1'inin sorumlulukları içinde gördüğü, %73,8'inin uygulamada her zaman yaptığı, %75,7'sinin kendini yeterli bulduğu, %40,2'sinin eğitime gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları içinde tıbbi tedavilerin hasta üzerindeki etki ve yan etkilerini izlemek ve kayıt etmek bulunmaktadır. Psikiyatri hemşiresinin tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma ve yakından takip etme sorumlulukları içinde yer almaktadır (Hemşire Yönetmeliği, 2010). Hastanın ilacı tolere edip edemediği, hastada hangi yan etkilerin

görüldüğü, hasta ve ailesini ilaçlar ve yan etkileri hakkında bilgilendirmesi yine sorumlulukları içinde yer almaktadır. Bunun için, psikiyatri hemşirelerinin psikotrop ilaçlar, ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olması gerekir (Dikeç, 2014). Ünsal ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, psikiyatride çalışan hemşirelerin %76,8'inin temel girişim olarak psikofarmakolojik tedavi yaptıkları bulunmuştur. Hemşireler, girişim olarak daha çok psikofarmakolojik tedavi yaptıkları için sorumlulukları içerisinde görenlerin, uygulamada yapanların ve eğitim gereksinimi olduğunu belirtenlerin oranı yüksek çıkmış olabilir.

Çalışmada hemşirelerin; hastada acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesini (kardiyak ve solunum arresti, hipo-hiperglisemi, hipo-hipertansiyon, hipertermi v.b) %80,4'ünün sorumlulukları içinde gördüğü, %69,2'sinin uygulama da her zaman yaptığı, %31,8'inin kendini yeterli bulmadığı ve %48,6'sının eğitime gereksinim duyduğunu ifade ettiği belirlenmiştir. Literatürde, psikiyatri hemşirelerinin hastada her hangi bir problem gözlemlendiğinde direk doktora haber verdikleri, hastanın EKG'ye ihtiyacı olup olmadığını nasıl anlayacaklarını ve EKG'yi okumasını bilmedikleri, diyabet hakkında eğitim ihtiyaçları olduğu yazılıdır (Rylance et al., 2012). Hastada, acil bir durum geliştiğinde (hipo tansiyon, hipoglisemi, hipertermi vb.) bazen ilk müdahaleyi hemşire yapmaktadır. %30'unun kendini yeterli bulmadığını ve yarısına yakınının eğitim gereksinimi olduğunu ifade etmesi, psikiyatrik acil dışındaki acil durumlar için (kardiyak-solunum arresti, hipo-hipertansiyon, hipo-hiperglisemi, hipertermi, vb.) bilgilerin sık aralıklarla güncellenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibini hemşirelerin %82,2'sinin sorumlulukları içinde gördüğü, %80,3'ünün uygulamada her zaman yaptığı, %75,7'sinin kendini yeterli bulduğu ve %31,8'inin eğitime gereksinim duyduğu belirlenmiştir. EKT, TMU gibi somatik tedaviler, psikiyatride en sık başvuru alan tedavilerdir. EKT öncesi hastanın hazırlanması, yaşam bulgularının alınması ve EKT sonrası hastanın takibinde hemşirelerin rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Hemşire Yönetmeliği, 2010). EKT'de hemşirelik girişimleri; hasta ve hasta ailelerine eğitim, denetleme, destekleme, koordine etme, psikososyal yaklaşımlar ve bakım verme olarak sınıflandırılabilir. EKT yönetiminde hemşirelik bakımı; tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. EKT'nin

başarıya ulaşmasında, psikiyatri hemşirelerinin yeterli bilgiye sahip olmasının önemi vurgulanmaktadır (Dönmez ve Yılmaz, 2011). Sorumlulukları içinde görenlerin ve uygulamada sürekli yapanların oranının yüksek olması; EKT ve TMU tedavilerinin psikiyatride sık uygulanan tedaviler olması ve hemşirelerin de tedavinin içinde yer almasından kaynaklanıyor olabilir.



## **Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığını Sorumlulukları Olarak Görme, Müdahalede Bulunma, Kendini Yeterli Bulma ve Eğitim Gereksinimlerinin Bireysel ve Mesleki Özellikler Yönünden Tartışılması.**

Tablo 8’de; Psikiyatri hemşireliği yüksek lisansı yapanlarda, fiziksel sağlık aktivitelerini sorumlulukları olarak görme durumunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p:0.030$ ;  $p<0.05$ ). Psikiyatri hemşireliği yüksek lisansı yapanlarda hastaların fiziksel sağlık aktivitelerini sorumlulukları olarak görme bilincinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Psikiyatri alanında çalışan sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin, ön lisans ve lisans mezunu hemşirelere göre, iş tecrübelerinin fazla olduğu fakat, mesleki bilgilerinin yetersiz olduğu, bunun için hizmet içi eğitim, kurs, seminerlere katılmalarının ve desteklenmelerinin gerektiği belirtilmektedir (Çam, Arabacı, Yıldırım, Beşer, 2010). Günümüzdeki çalışmalar; hemşirelik lisans eğitiminin de yetersiz kaldığını ve psikiyatri hemşireliği yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin gerekli olduğunu göstermektedir. Yüksek lisans ve doktora mezunu psikiyatri hemşirelerinin alanlarda çalışmasının, hasta bakımına yönelik uygulamaların gelişmesine, hemşirelerin meslekle ilgili otonomi kazanmalarına ve hastalara verilen bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Tablo 9’da; hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktivitelere müdahalede bulunma durumunun, psikiyatri öncesi çalışma deneyimine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p:0.030$ ;  $p<0.05$ ). Çalışma deneyimi bulunan hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olması beklenirken, daha önce çalışma deneyimi olmayan hemşirelerin puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu durum, yeni mezun olmalarından, bilgilerinin yeni ve güncel olmasından kaynaklanıyor olabilir. Hemşirelerin psikiyatri öncesi çalışma deneyiminin bulunmasının, fiziksel sağlık aktivitelerine yönelik müdahalede bulunma durumunu etkilemediği söylenebilir.

Tablo 10’da; hemşirelerin, fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumu puanları yaş, hemşirelikte çalışma yılı, eğitim durumu, yüksek lisans yapma durumu, çalıştığı kurum, psikiyatri öncesi çalışma

deneyimi, hemşirelerin çalışma şekli ve hemşirelerin fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumuna göre yüksek çıkmış olsa da, istatiksels olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ). Hemşirelerin, fiziksel sağlık aktivitelerini değerlendirme ve müdahalede kendini yeterli bulma durumunu bireysel ve mesleki özelliklerin etkilemediği söylenbilir.

Tablo 11’de; hemşirelerin, fiziksel sağlık aktiviteleri ile ilgili eğitim gereksinimi puanları düşük çıkmıştır. Eğitim gereksinimi puanı, psikiyatri hemşireliği yüksek lisans yapanlarda yüksek çıkmış olsa da, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $P>0.05$ ). Literatürde de; psikiyatri hemşirelerinin fiziksel sağlık ile ilgili eğitim gereksinimleri konusuna ilgilerinin az olduğu vurgulanmaktadır (Happell et al., 2011)

## 6. SONUÇLAR

Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumuna hemşirelerin yaklaşımları ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Hemşirelerin yaş ortalaması  $29,23 \pm 6,73$  olup, %37,4'ü 18-25 yaş grubundadır.

Hemşirelikte çalışma yılı ortalaması  $8,15 \pm 6,77$  olup, minimum 1 yıl, maksimum 35 yıldır.

Hemşirelerin %47,6'sı lisans mezunudur. Yüksek lisans yapanların %6,5'i psikiyatri hemşireliğinde yapmıştır.

Hemşirelerin %42,1'i devlet hastanesinde çalışmakta olup, %87,0'si klinik hemşiresidir.

Hemşirelerin %43,9'u 1-5 yıldır psikiyatri kliniğinde çalışmakta olup, %67,3'ünün psikiyatri öncesi çalışma deneyimi vardır.

Hemşirelerin %53,3'ü hasta merkezli çalıştığını, %35,5'i çalışma saatleri içinde ortalama 11-15 hastaya bakım verdiğini ifade etmiştir.

Hemşirelerin %53,3'ü rutin olarak fiziksel sağlık değerlendirmesi yaptığını, %85,0'i bu konuda herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir.

Araştırmada hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili en fazla sorumlulukları olarak gördükleri aktiviteler; hastanın yaşam bulguları ölçümü ve takibi (%100), kan şekeri ölçümü ve takibi (%96,3), hastanın beslenme durumunun takibi (%94,4), uyku alışkanlığının değerlendirilmesi (%92,5), hastanın hijyenik özelliklerin değerlendirilmesi (%93,5), hastaya vücut hijyeni bakımı verme (%89,7), hastanın alerjisinin değerlendirilmesi (%88,8), kullandığı psikotrop (%88,8) ve diğer (%84,1) ilaçların ve yan etkilerinin takibi, hastanın ağrı ile ilgili yakınmalarının (%84,1), beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi (%84,1), EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibi (%82,2), hastanın kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının (%80,4) ve acil müdahale gerektiren (kardiyak-solunum arresti, hipo-hiperglisemi, hipo-hipertansiyon, hipertermivb.)(%80,4) durumların değerlendirilmesidir.



Buna karşılık, sorumlulukları içinde görmedikleri aktiviteler ise; en fazla erkek hastalarda prostat muayenesi (%79,4), kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma (%73,8) durumunun, hastanın cinsel sağlığının (%71,0), düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun (%73,8) değerlendirilmesi, vücut kitle endeksi hesaplanması (%57,0), hastalara sigara, alkol, madde bırakma eğitimi yapma (%53,3) ve göbek çevresi ölçümüdür (%45,8).

Hemşirelerin, uygulamaları sırasında her zaman yaptıklarını ifade ettikleri fiziksel aktiviteler; yaşam bulguları ölçümü ve takibi (%95,3), hastanın uyku alışkanlığının (%86,0), hijyenik özelliklerinin (%83,2), alerjisinin (%83,2) değerlendirilmesi, EKT, TMU yapılan hastanın takibi (%80,3), hastanın beslenme durumunun takibi (%78,5), kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkilerinin takibi (%77,6), bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi (%76,7), kan şekeri ölçümü ve takibi (%76,6), sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlığının değerlendirilmesi (%74,8), kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi (%73,9), kullandığı diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibi (%73,8), hastaya vücut hijyeni bakımı verme (%72,9) olarak belirlenmiştir. Buna karşılık hiçbir zaman yapmadıklarını ifade ettikleri aktiviteler ise; erkek hastalarda prostat muayenesi (%86,9), kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma (%84,1) durumunun, hastanın cinsel sağlığının değerlendirilmesi (%79,5), vücut kitle endeksi hesaplanması (%80,4), düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi (%79,4), göbek çevresi ölçümü (%64,5), ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesi (%55,1), beslenme eğitimi yapma (%53,3), sigara, alkol, madde bırakma eğitimi yapma (%47,7), boy-kilo ölçümü ve takibi (%39,3), egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesi ve egzersiz fiziksel aktivite yapmaya yönlendirme (%37,4).

Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığını değerlendirme ve müdahalede bulunmada kendilerini yeterli bulduğu aktiviteler sırasıyla; hastanın yaşam bulguları ve kan şekeri ölçümü ve takibi (%99,1), hastanın hijyenik özelliklerinin değerlendirilmesi ve vücut hijyeni bakımı verme (%97,2), boy-kilo ölçümü ve beslenme durumunun takibi (%93,5), hastanın uyku alışkanlığının (%93,5), alerjisinin (%90,7), ağrı yakınmalarının ve bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının (%86,9) değerlendirilmesi,

göbek çevresi ölçümü (%86,0), beslenme alışkanlığının (%85,0), kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının (%83,2), sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlığının (%83,2), egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun (%81,3), mesane-bağırsak alışkanlıkları ve sorunlarının (%80,4) değerlendirilmesidir. Bununla birlikte yeterli olmadıklarını düşündükleri aktiviteler ise; erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma (%69,2), kadın hastalarda meme muayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma durumunun (%60,7), hastanın cinsel sağlığının (%57,9), düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun (%52,3) değerlendirilmesi, sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma (%46,7), ağız ve diş sağlığı problemlerinin değerlendirilmesi (%38,3), hastada acil müdahale gerektiren durumların (kardiyak-solunum aresti, hipo-hipertansiyon, hipo-hiperglisemi, hipertermi vb.) değerlendirilmesi (%31,8), vücut kitle endeksi hesaplanmasıdır (%31,8).

Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığına yönelik en fazla eğitim ihtiyacı olduğunu belirttiği konular ise; erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma (%56,1), hastanın cinsel sağlığının değerlendirilmesi (%50,5), kadın hastalarda meme mayenesi yaptırma ve servi kal smear aldırma durumunun değerlendirilmesi (%49,5), sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma (%48,6), hastada acil müdahale gerektiren durumların (kardiyak-solunum aresti, hipo-hipertansiyon, hipo-hiperglisemi, hipertermi vb.) (%48,6), düzenli göz muayenesi yaptırma durumunun (%43,9) değerlendirilmesi, hastanın kullandığı psikotrop (%41,1) ve diğer ilaçların (%40,2) etki ve yan etkilerinin takibi, ağız-diş sağlığı ile ilgili problemlerinin değerlendirilmesidir (%38,3).

Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumlarında, hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri yönünden; yaş, çalışma yılı, çalıştığı kurum, psikiyatriden önceki çalışma deneyimi, hemşirelerin iş ya da hasta merkezli çalışma ve hemşirelerin fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Sadece psikiyatri hemşireliği yüksek lisansı yapanlarda, fiziksel sağlık aktivitelerini sorumlulukları olarak görme durumunda olumlu yönde fark belirlenmiştir ( $p:0.030$ ;  $p<0.05$ ).



## 7.ÖNERİLER

Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumuna hemşirelerin yaklaşımları ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Kilo, göbek çevresi ölçümü ve takibi, vücut kitle endeksi hesaplanması ve beslenme eğitimi yapma, göz sağlığının, ağız-diş sağlığının ve kanser tarama testlerinin değerlendirilmesi başta olmak üzere psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere, fiziksel sağlık konularında eğitim verilmesi, kurs ve sertifika programlarının düzenlenmesi ve belirli aralıklarla resertifisyona tabi tutulması,

Psikiyatri alanında yüksek lisans yapan hemşirelerde fiziksel sağlık aktivitelerini sorumlulukları olarak görme bilincinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle psikiyatri hemşireliği uzmanlığı önemli olup, kurumlarda psikiyatri yüksek lisans eğitimi olan hemşirelere ağırlık verilmesi,

Hemşirelerin, hastaların cinsel sağlığına ve cinsel problemlerine ilgisiz olmalarından dolayı cinsel sağlık ve problemlere yaklaşımlarını etkileyen durumların araştırılması ve bu alana yönelik eğitim programlarının düzenlenerek bu konuda bilinçlendirilmeleri,

Kliniklerde hemşirelere, hastaların fiziksel sağlık sorunlarını tespit etmede ve önleme de kolaylaştırıcı, yol gösterici rehberlerinin geliştirilmesi,

Kronik psikiyatri hastalarında; fiziksel sağlık sorunları daha fazla öne çıkacağından, kronik hastaların izlendiği toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelere de bu eğitimlerin verilerek bilinçlendirilmesi,

Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığına hemşirelerin müdahalelerinin etkinliğini ortaya çıkaracak karşılaştırmalı, deneysel çalışmaların ve gözlem araştırmalarının yapılması.



## 8. KAYNAKLAR

- Abend, S., Silka, VR. Medical care of patients with developmental disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*. 1999; 2: 170-7.
- Abou-Saleh, MT., Janca, A. The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Acta Neuropsychiatrica*. 2004; 16: 3-8.
- Açıl, A.A. Şizofrenik hastalarda fiziksel egzersizin ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas, Türkiye. Yüksek Lisans Tezi, 2006.*
- Açıkgöz, A.Çehrel, R., Ellidokuz, H. Kadımların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları İle Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011; cilt 25, sayı 3: 145-154.
- Addington, J.El-Guelbaly, N., Campbell, W., Hodgins, DC., Addington, D. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 1998; 155 (7): 974-976.
- Addington, J., Mansley, C., Addington, D. Weight gain in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2003; 48 (4): 272-276.
- Aksu, H. Bipolar Bozukluk Tanısı İle İzlenen Hastalarda Görülebilen Metabolik Sendroma İlişkin, Ruh Sağlığı Çalışanlarının Farkındalığı ve Diğer Etkenlerle İlişkisi. *Psikiyatri Asistanlığı Uzmanlık Tezi. T.C. Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Psikiyatri Kliniği İstanbul, Türkiye. Uzmanlık Tezi, 2009.*
- Akiskal, HS., Bourgeois, ML., Angst, J., et.al. Re- evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59 (Suppl 1) : S5-30.
- Al Jurdi, RK., Burruss, JW. Prevalence of hepatitis C in psychiatric institutions. *P sychosomatics*, 2003; 44 : 439 – 440.
- Allebeck, P. Schizophrenia: A life shortening disease. *Schizophrenia Bulletin*, 1989; 15 (1), 81-89.
- Allison, DB., Fontaine, KR., Heo, M.,et.al. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. *J CLIN Psychiatry*, 1999; 60: 215-220.
- Algier, L., Kav, S. Nurses' Approach To Sexuality-Related Issues In Patients Receiving Cancer Treatments. *Turk J Cancer* 2008; 38(3):135-141.
- Alvarez-Jimenez, M., Hetrick, SE., Gonzalez-Blanch, C. et al. Non-pharmacological management of anti psychotic-induced weight gain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 2008; 193, 101-107.
- Ananth, J., Vanderwater, S., Kamal, M., Bridsky, A., Gamal, R., Miller, M. Missed diagnosis of substance abuse in psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1989; 40:297-9.
- Angst,F., Stassen, HH., Clayton, PJ., Angst, J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*, 2002; 68(2-3):167-181.
- Archie, S.,Wilson, JH., Osborne, S., Hobbs, H., Mcniven, J. Pilot study: access to fitness facility and exercise levels in olanzapine-treated patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2003; 48: 628-632.
- Arslan,M.,Atmaca,A.,Ayvaz,G.,Başkal,N.,Beyhan,,Bolu,E.veark.Türkiyeendokrinolojivemetabolizmader neğimetaboliksendromçalışmagrubu.[http://turkendokrin.org/files/pdf/metabolik\\_sendrom.pdf](http://turkendokrin.org/files/pdf/metabolik_sendrom.pdf). *Metabolik Sendrom Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2009. Erişim tarihi: 04.03.2016.*
- Australian Institute of Health and Welfare (2010). *Australia's Health 2010*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Ateş,M.A., Durmaz, O. Şizofeni ve metabolik sendrom. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı*,2010; 3(2):67-68.

Barnett, JH., Werners, U., Sandra, M., Secher, KE., Hill, RB., Masson, K., Pernet, DE., Kirkbride, JB., Graham, K., Murray, ED., Bullmore, T., Jones, PB. Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 2007; 190 (6) 515-520.

Basson, BR., Kinon, BJ., Taylor, CC., Szymanski, KA., Gilmore, JA., Tollefson, GD. Factors influencing acute weight change in patients with schizophrenia treated with olanzapine, haloperidol, or risperidone. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2001; 62 (4): 231-238.

Banham, L., Gilbody, S. Smoking cessation in severe mental illness: What works? *Addiction*, 2010; 105, 1176-1189.

Basu, R., Brar, JS., Chengappa, KN., et al. The prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizoaffective disorder-bipolar subtype. *Bipolar Disord*, 2004; 6: 314-318.

Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. Erişim: 10.05.2015.

Bazemore, PH., Gitlin, DF., Soreff, S. Treatment of psychiatric hospital patients transferred to emergency departments. *Psychosomatics*. 2005; 46(1):65-70.

Birmingham, SL., Cohen, A., Hague, J., Porsonage, M. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-2009. *Mental Health in Family Medicine* 2010; 7:71-84.

Berren, MR., Santiago, JM., Zent, MR., Carbone, CP. Health care utilization by persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 1999; 50: 559-561.

Beyer, J., Kuchibhatla, M., Gersing, K., Krishnan, KR. Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population. *Neuropsychopharmacology*, 2005; 30: 401-404.

Black, DW., Winokur, G., Bell, S., et al. Complicated mania. Comorbidity and immediate outcome in the treatment of mania. *Arch Gen Psychiatry*, 1988; 45:232-236.

Blythe, J., White, J., 2012. Feature Article; Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21: 193-201.

Brugha, TS., Wing, JK., Smith, BL. Physical Health of the long term mentally ill in the community: is there unmet need? *British Journal of Psychiatry*, 1989; 155: 777-781.

Brunero, S., Lamont, S., Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2009; 18: 144-150.

Bosch, J., Van Dyke, C., Smith, SM., Poulton, S. Role of medical conditions in the exacerbation of self injurious behavior: an exploratory study. *Mental Retardation*, 1997; 35: 124-30.

Bohmer, C.J., Taminiau, JA., Klinkenberg-Knol, EC., Meuwissen, SG. The prevalence of constipation in institutionalized people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2001; 45: 212-18.

Bonfioli, E., Berti, L., Goss, C., Muraro, F., Burti, L. Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry*, 2012; 12-78.

Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Jones, J., Van Der Merwe, M., Jeffery, D. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues in Mental Health Nursing* 2009; 30(4):260-71.

Bradshaw, T., Pedley, R. Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21:266-273.

Bradshaw, T., Lovell, K., Bee, P., Mairs, H. Why do adults with schizophrenia have poorer physical health than the rest of the population? *Mental Health Practice*, 2005; 9 (4): 28-30.

Brown, S. Excess mortality of Schizophrenia: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 1997; 171 (12): 502-508.

Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., Thompson, C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 1999; 29 (3): 697-701.

Brown, S., Inskip, H., Barraclough, B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 2000; 177: 212-217.



Brown, S., Smith, E. Can a brief health promotion intervention delivered by mental health key workers improve clients' physical health: A randomised controlled trial. *Journal of Mental Health*, 2009;18 (5): 372-378.

Brown, C., Goetz, J., Hamera, E. Weight loss intervention for people with serious mental illness: a randomized controlled trial of the RENEW program. *Psychiatric Services*, 2011; 62: 800-802.

Burns, T., Cohen, A. Item of service payments for general practitioner care of severely mentally ill persons: does the money matter? *British Journal of General Practice*, 1998; 48: 1415-1416.

Butterfield, MI., Bosworth, HB., Meador, KG., Stechuchak, KM., Essock, SM., Osher, FC., et al. Gender differences in hepatitis C infection and risks among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 2003; 54: 848-853.

Carr, EG., Owen-DeSchryer, JS. Physical illness, pain, and problem behavior in minimally verbal people with Developmental Disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2007; 37: 413-24.

Carr, E., Smith, C., Giacin, T., Whelan, B., Pancari, J. Menstrual discomfort as a biological setting event for severe problem behavior: assessment and intervention. *American Journal on Mental Retardation*, 2003; 2: 117-33.

Carney, CP., Yates, WR., Goerdt, CJ., Doebbeling, BN. Psychiatrists' and internists' knowledge and attitudes about delivery of clinical preventive medical services. *Psychiatr Serv*. 1998 ;49(12):1594-600.

Carney, CP., Jones, LE. Medical comorbidity in women and men with bipolar disorder: a population-based controlled study. *Psychosom Med*, 2006; 68:684-691.

Carney, C.P., Jones, L., Woolson, R.F. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *Journal of General Internal Medicine*, 2006; 21:1133-1137.

Carrier, N., West, GE., Ouellet, D. Cognitively impaired residents' risk of malnutrition is influenced by foodservice factors in long-term care. *Journal of Nutrition for the Elderly* 2006; 25(3-4) :73-87.

Casey, DE., Hanson, TE. In: Meyer, JM., Nasrallah, HA.(Eds.). *Medical Illness and Schizophrenia*. American Psychiatric Publishing, 2003.

Casey, DE. Dyslipidemia and atypical antipsychotic drugs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004; 65 (Suppl. 18):27-35.

Casey, DE., Hansen, TE. Excessive mortality and morbidity, associated with schizophrenia. Meyer, JM., Nasrallah, HA. (Eds.), *Medical Illness and Schizophrenia*, second ed., Washington, American Psychiatric Pub, 2009; p:17-35.

Chuang, HT., Atkinson, M. AIDS knowledge and high-risk behaviour in the chronic mentally ill. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1996; 41:269-272.

Cimpean, D., Torrey, WC., Green, AI. Schizophrenia and co-occurring general medical illness. *Psychiatr Ann*, 2005; 35:71-81.

Citrome, L., Yeomans, D. Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being? *Journal of Psychopharmacology*. 2005; 19,6: 102-109.

Citrome, L., Jaffe, A., Levine, J. Incidence prevalence, and surveillance for diabetes in New York State Psychiatric Hospitals, (1997-2004). *Psychiatric Services*, 2006; 57:1132-1139.

Charman, P., Simmons, RK., Forouhi, NG. et al. Incidence of type 2 diabetes using proposed hba1c diagnostic criteria in the european prospective investigation of cancer-norfolk cohort implications for preventive strategies. *Diabetes Care*, 2010; 34:950-966.

Charlot, L., Abend, S., Ravin, P., Mastis, K., Hunt, A., Deutsch, C. Non-Psychiatric health problems among psychiatric inpatients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2011; volume:55, part:2, pp:199-209.

Cohen, A., Phelan, M. The physical health of patients with mental illness: a neglected area. *Mental Health Promotion Update*, 2001; issue 2: 15-16, Dept of Health.

Cohen, ME., Dembling, B., Schorling, JB. The association between schizophrenia and cancer: a population-based mortality study. *Schizophrenia Research*, 2002; 57:139-146.



Cohn,T.,Prud'homme,D.,Streiner,D.,Kameh,H.,Remington,G. Characterizingcoy heart disease risk in chronic schizophrenia:high prevalence of the metabolic syndrome. Can .J.Psychiatry,2004; 49:753-760.

Cohn, T. Obesity and schizophrenia. JM Meyer, HA Nasrallah (Eds.), Medical İllness and Schizoprenia, second ed., Washington, American Psychiatric Pub, 2009, p: 61-90.

Cole, DP., Thase, ME., Mallinger, AG.,et al. Slower treatment response in bipolar depression predicted by lower pretreatment thyroid function. Am J Psychiatry, 2002; 159: 116-121.

Coodin, S. Body mass index in persons with schizophrenia. Can J Psychiatry, 2001; 46: 549-555.

Cournos, F., Guido, JR., Coomaraswamy, S., Meyer-Bahlburg, H., Sugden, R., Horwath, E. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. Am J Psychiatry,1994;151:228-232.

Cournos, F., McKinnon, M.A., Sullivan, G. Schizophrenia and comorbid human Immunodeficiency Virus or Hepatitis C Virus. Journal of Clinical Psychiatry, 2005; 66 (Suppl.6): 27-33.

Cotter, VT. Restraint free care in oider aduıts with dementia. Keio Journal of Medicine 2005; 54(2):80-4.

Cooper, SA., Morrison, J., Melville, C., Finlayson, J., Allan, L., Martin, G. et al. Improving the health of people with Intellectual Disabilities: outcomes of a health screening programme after 1 year. Journal of Intellectual Disability Research, 2006; 50: 667-77.

Cowling, WR. The global presence of holistic nursing. Journal of Holistic Nursing, 2011; 29:89-90.

Current Opinion Psychiatry,2007; cilt vol;3 sayı, no:2, sayfa no: 101-150.

Çam, O., Baysan Arabacı, L.,Yıldırım, S., Gördeles Beşer, N. Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13:1.

Çam, O., Engin, E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 2014; Sayfa:6 .İstanbul Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi 1. Baskı.

Çetin, M. Antipsikotik tedavinin hormonal yan etkileri. Senpozyum Dizisi,2008; 66:61-69.

Çoşkun, S., Tuna Öztürk, A. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; Cilt:3,Sayı:3.

Çöçelli, LP., Bacaksız, BD.,Ovayolu,N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Derleme, Gaziantep TıpDergisi, 2008; 14:53-58.

Daumit, GL., Goldberg, RW., Anthony, C. et al. Physical activity patterns in adults with severe mental illness. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2005; 193 (10): 641- 646.

Davidson, PW., Janicki, LP., Houser, K., Henderson, CM., Cain, NN. Age and metal health associations between behavioral disorders and health status among older adults with ID. Journal of Intellectual Disability Research, 2003; 47:424-30.

Dean, J., Todd, G., Morrow, H., Sheldon, K. 'Mum, I used to be good looking look at me now': The physical health needs of adults with mental health problems: The perspectives of users, carers and front-line staff. International Journal of Mental Health Promotion, 2001; 3 (4):16-24.

Department of Health (1999). Effective care coordination in mental health services: Modernising the care programmeapproachpolicybookley.[Cited07.02.2017].Availablefrom:URL:[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4057270.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4057270.pdf)

Department of Health, 2004. Department of Health, London. Supporting the physical health needs of peoplewithseverementalillness.[Cited07.02.2017].Availablefrom:URL:[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4138290.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4138290.pdf).

Department of Health (2006). Choosing health: Supporting the physical health needs of people with severementalillness.[Cited07.02.2017].Availablefrom:URL:[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4138290.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4138290.pdf).

De Carle, AJ., Kohn, R. Risk factors for falling in a psychogeriatric unit. International Journal of Geriatric Psychiatry 2001 ; 16(8) : 762-7.

De Hert, M., Peuskens, B., Van Winkel, R. et al. Body weight and self-esteem in patients with schizophrenia evaluated with B-WISE. Schizophrenia Research, 2006; 88: 222-226.



- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D.M., Newcomer, J.W., Uwakwe, R., Asai, I., Moller, H.J., Gautam, S., Detraux, J., Correll, C.U. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 2011; 10: 138–151.
- De Leon, J. Polydipsia: A study in a long-term psychiatric unit *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 2003; 253(1) :37-9.
- Demir, M., Ünsar, S. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. 2008.
- Demirgöz Bal, M. Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücü Planlama Yaklaşımları. *Journal of Health and Nursing Management*, 2014; Number: 3, Volume:1.
- Dickson, R.A., Glazer, W.M. Neuroleptic-induced hyperprolactinaemia. *Schizophrenia Research*, 1999; 35: s 75-s86.
- Dikeç, G., Kutlu, Y. Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireleri Dergisi*, 2014; 5(3):143-148.
- Dilbaz, N., Güz, H. Sosyal anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. R Tükel, T Alkın, (Eds.), *Anksiyete Bozuklukları*, Ankara, Pozitif Matbaacılık, 2006, s.197-201.
- Dinwiddie, S.H., Shicker, L., Newman, T. Prevalence of hepatitis C among psychiatric patients in the public sector. *Am J Psychiatry*, 2003; 160: 172-174.
- Dixon, L., Postrado, L., Delahanty, J., et. al. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Dis*, 1999; 187:496-502.
- Doğan, O. *Psikiyatrik Epidemiyoloji*, Sivas, 2011; S 130.
- Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A.W., McGee, H.M. Cardiac Rehabilitation Staff Views About Discussing Sexual Issues With Coronary Heart Disease Patients: A National Survey In Ireland, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5 May. 2010.
- Doran, C.M. *Prescribing Mental Health Medication. The Practitioners Guide*. Routledge, New York, 2003.
- Dönmez, Ç.F., Mualla Yılmaz. *Elektrokonvülsif Tedavi ve Hemşirelik Bakımı*. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2(2):80-89.
- Druss, B.G., Von Esenwein, S.A., Compton, M.T. A randomized trial of medical care management for community mental health settings: The primary care access, referral, and evaluation (pcare) study. *Am J Psychiatry*, 2010; 167:151-159.
- Dworkin, R.H. Pain insensitivity in schizophrenia: neglected phenomena and some implications. *Schizophrenia Bulletin* 1994; 20: 235–248.
- Edward, K., Rasmussen, B., Munro, L. Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2010; 24(1):46-53.
- Elias, A.N., Hofflich, H. Abnormalities in glucose metabolism in patients with schizophrenia treated with atypical antipsychotic medications. *Am J Med*, 2008; 121: 98-104.
- Elmslie, J.L., Silverstone, J.T., Mann, J.I., et al. Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients. *J Clin Psychiatry*, 2000; 61: 179-184.
- Elmslie, J.L., Mann, J.I., Silverstone, J.T., et al. Determinants of overweight and obesity in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 2001; 62: 486-491.
- Engin, E. *Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Öfke Düzeyleri İle İş Motivasyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. *Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi*. 2004; Sayfa: 135 2004.
- Ertem, M., İnandı, T., Çan, C. ve ark. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2012:288292. [cited 2016] Available from: [http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/Turkiye\\_Saglik\\_Raporu\\_2012.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf).
- Evans, D.L., Charney, D.S. Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Biol Psychiatry*, 2003; 54: 177-180.

- Evans, DL., Charney, DS., Lewis, L., et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*, 2005; 58: 175-189.
- Fagiolini, A., Kupfer, DJ., Houck, PR., et al. Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*, 2003; 160: 112-117.
- Fagiolini, A., Kupfer, DJ., Rucci, P., et al. Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*, 2004; 65: 509-514.
- Fagiolini, A., Frank, E., Scott, JA., et al. Metabolic syndrome in bipolar disorder: findings from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians. *Bipolar Disord*, 2005; 7: 424-430.
- Fasmer, OB. The prevalence of migraine in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Cephalalgia*, 2001; 21: 894-899.
- Faulkner, GE., Gorczynski, PF., Cohn, TA. Psychiatric illness and obesity: Recognizing the "obesogenic" nature of an inpatient psychiatric setting. *Psychiatric Services* 2009; 60(4):538-41.
- Fenn, HH., Bauer, MS., Alshuler, L. et al. Medical comorbidity and health-related quality of life in bipolar disorder across the adult age span. *J Affect Disord* 2005; 86: 47-60.
- Filik, R., Sipos, A., Kehoe, PG., Burns, T., Cooper, SJ., Stevens, H., Laugharne, R., Young, G., Perrington, S., Mckendrick, J., Stephenson, D., Harrison, G. The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006; 113:298-305.
- Fisher, WH., Barreira, PJ., Geller, JL., White, AW., Lincoln, AK., Sudders, M. Long-stay patients in state psychiatric hospitals at the end of the 20th century *Psychiatric Services* 2001; 52(8):1051-6.
- Foley, D., Morley, KI. Systematic review of early cardio-metabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 2011; 68 (6): 609-616.
- Friedlander, AH., Marder, SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *Journal of American Dental Association*, 2002; 133:603-610.
- Frost, M. The Medical Care of Psychiatric Inpatients: Suggestions for Improvement. *The Internet Journal of Healthcare Administration*. 2006; Volume 4 Number 2.
- Gardner, W., Whalen, J. Discussion: a multimodal analytic model for evaluating the effects of medical problems on nonspecific behavioral symptoms in persons with developmental disabilities. *Behavioral Interventions*, 1996; 11:147-61.
- George, TP., Ziedonis, DM., Feingold, A. et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 2000; 157: 1835-1842.
- George, TP., Vessichio, JC., Tremine, A. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 2002; 52: 53-61.
- Gitlin, M. Lithium and the kidney: an updated review. *Drug Saf*, 1999; 20: 231-243.
- Gray, H., Hardy, S., Anderson, KH. Physical health and serious mental illness: If we don't do something about it, who will? *International Journal of Mental Health Nursing*, 2009; 18: 299-300.
- Greening, J. Physical health of patients in rehabilitation and recovery: a survey of case note records. *Psychiatric Bulletin*, 2005; 29: 210-212.
- Griebing, TL. Urinary tract infection in men. In: *Urologic Diseases in America* DHHS, PHS, NIH, NIDDK, 2007; pp: 621-45.
- Griffiths, M., Kidd, SA., Pike, S., Chan, J. The tobacco addiction recovery program: initial outcome findings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2010; 24:239-246.
- Grundy, SM., Cleeman, II., Daniels, SR., et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112: 2735-2752.
- Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 21) :10-15.
- Gordon, M. *Assess Notes: Nursing Assessment Diagnostic Reasoning*, 2008.



Gough, S., Peveler, R. Diabetes and its prevention: pragmatic solutions for people with schizophrenia. *Br J Psychiatry suppl.* 2004; 47: S 106-11.

Gournay, K. Setting clinical standards for care in schizophrenia. *Nursing Times*, 1996; 92 (7): 36-37.

Gunsett R., Mulick J., Fernald W., Martin J. Brief report: indications for medical screening prior to behavioral programming for severely and profoundly mentally retarded clients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1989; 19: 167-72.

Gültekin, B.K. Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry* 2010; 2(4): 583-594.

Günüşen, N. Psikiyatri Uygulama Alanında Göz Ardı Edilen Bir Boyut Olarak Fiziksel Sağlık Sorunları. IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği kongresi, 2016; 6-9 Kasım 2016, Sözel Bildiri.

Gürbüz, Ö., Altınbaş, K., Kurt, E. Psikiyatrik Hastalarda Ağız Sağlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(4): 628-646.

Güvel, S., Çulha, F., Yaşar, F., Volkan, Ş., Boyam, F., Peşkirioğlu, L. Hemşirelerde Kadın Cinsel Fonksiyonları Konusunda Bilgi Düzeyinin Sorgulanması. *Androl Bült.* 2005; (20): 82-84.

Hahn, HC., Segal, SP. Failure to seek health care among the mentally ill. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75(1): 54-62.

Halbreich, U., Palter, S. Accelerated osteoporosis in psychiatric patients: possible pathophysiology processes. *Schizophrenia Bulletin*, 1996; 22 (3): 447-454.

Halbreich, U., Kahn, LS. Hyperprolactinemia and schizophrenia: mechanisms and clinical aspects. *Journal of Psychiatric Practice*, 2003; 9 (5): 344-351.

Hamblet, C. Obstacles to defining the role of the mental health nurse. *Nursing Standard*, 2000; 14 (51): 34-37.

Hansen, SS., Munk-Jorgensen, P., Guldbæk, B., Solgald, T., Laussuz, KS., Albrechtsen, N. et al. Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 102: 432-38.

Happell, B., Platania-Phung, C., Scott, D. Placing physical activity in mental health care: a leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2011; 20: 310-318.

Happell, B., Davies, C., Scott, D. Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21(3): 236-247.

Happell, B., Platania-Phung, C., Scott, D. Physical health care for people with mental illness: Training needs for nurses. *Nurse Education Today*, 2013; 33: 396-401.

Hardy, S., Gray, R. Adapting the severe mental illness physical Health Improvement Profile for use in primary care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010; 19: 350-355.

Hardy, S., White, J., Deane, K., Gray, R. Educating healthcare professionals to act on the physical health needs of people with serious mental illness: A systematic search for evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011; 18 (8): 721-727.

Hardy, S., Thomas, B. Mental and physical health comorbidity: Political imperatives and practice implications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21(3): 289-298.

Harada, N., Higuchi, K., Mori, T. Assessment of nosocomial transmission of tuberculosis in a psychiatric hospital using a whole blood interferon-gamma assay. *Japanese Journal of Infectious Diseases* 2008; 61 (5): 415-8.

Harris, E.C., Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 1998; 173: 11-53.

Harter, MC., Conway, KP., Merikangas, KR. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2003; 253: 313-320.

Heiskanen, T., Niskanen, L., Lyytikäinen, R. et al. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 2003; 64: 575-579.

Henning, MP., Krüger, C., Fletcher, L. Syphilis sero-positivity in recently admitted and long-term psychiatric in-patients: Prevalence and diagnostic profile. Poster presentation. 6th Biennial National Congress of the South African Society of Psychiatrists (SASOP), East London, South Africa, 16-20 October 2010.

Hennekens, CH., Hennekens, AR., Hollar, D., Casey, DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*, 2005; 150:1115-1121.

Henderson, DC., Miley, K. Glucose intolerance and diabetes in patients with schizophrenia. JM Meyer, HA Nasrallah (Eds.), *Medical Illness and Schizophrenia*, second ed., Washington, American Psychiatric Pub., 2009; p:91-115.

Herman, HE., Baldwin, JA., Christie, DA. Record- linkage study of mortality general hospital discharge in patients diagnosed as schizophrenic. *Psychol Med*, 1983; 13: 581-593.

Himelhoch, S., McCarty, J., Ganoczy, D., Medoff, D., Dixon, L., Blow, F. Understanding associations between serious mental illness and HIV among patients in the VA health system. *Psychiatr Serv*, 2007; 58: 1165-1172.

Himelhoch, S., Leith, J., Goldberg, R., Kreyenbuhl, J. & Medoff, D. Care and management of cardiovascular risk factors among individuals with schizophrenia and type 2 diabetes who smoke. *General Hospital Psychiatry*, 2008; 31: 30-32.

Hirschfeld, RM., Calabrese, JR., Weisman, NM., et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*, 2003; 64: 53-59.

Holt, RIG., Peveler, RC., Byrne, CD. Schizophrenia, the metabolic syndrome and diabetes. *Diabetic Medicine*, 2004;21:515-523.

Holt, R., Peveler, R. Diabetes and cardiovascular risk in severe mental illness: A missed opportunity and challenge for the future. *Practice Diabetes International*, 2010; 27 (2): 79-84.

Howard, L., Gamble, C. Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011;18:105-112.

Honkonen, T., Karlsson, H., Koivisto, AM. et.al. Schizophrenic patients in different treatment settings during the era of deinstitutionalization : three-year follow-up of three discharge cohorts in Finland. *Austr NZ J. Psychiat*, 2003; 37:160-168.

Hughes, J.R., Hatsukami, D.K., Mitchell, J.E., et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1986;143:993-997.

Hurowitz, JC. Meeting the medical needs of adults in public psychiatric facilities. *Health Aff (Millwood)* 1989;8:77-83.

Hummer, M., Huber, J. Hyperprolactinaemia and antipsychotic therapy in schizophrenia. *Current Medical Research Opinion*, 2004; 20 (2):189-197.

Işık, E. Güncel Şizofreni. İstanbul, Format Matbaacılık, 2006.

Jeste, DV., Gadsjo, JA., Lindamer, LA., Lacro, JP. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1996; 22 (3):413-430.

Jemal, A., Bray, F., Center, MM. et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61(2):69-90.

Jin, H., Meyer, JM., Jeste, DV. Atypical antipsychotics and glucose dysregulation: a systematic review. *Schizophrenia Research*, 2004; 71:195-212.

Judd, LL., Akiskal, HS., Schettler, PT., Coryell, W., Endicott, J., Maser, JD., Soloman, DA., Leon, AC., Keller, MB. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60(3): 261-9.

Johannessen, L., Strudsholm, U., Foldager, L., Munk-Jorgensen, P. Increased risk of hypertension in patients with bipolar disorder and patients with anxiety compared to background population and patients with schizophrenia. *J Affect Disord*, 2007; 7: 77-81.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations 2004, 2005. Erişim tarihi:07.07.2016.

Joukamaa, M., Heliovaara, M., Knecht P. et al. Mental disorders and causespecific mortality. *Br J Psychiatry* 2001; 179:498-502.



Jones, DR., Macias, C., Barreira, PJ., Fisher, WA., Hargeaves, WA., Harding, CM. Prevalence, severity and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2004; 55: 1250-7.

Jordan, S., Tunncliffe, C., Sykes, A. Minimizing side-effects: the clinical impact of nurse-administered 'side-effect' checklists. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 37:155-165.

Kahraman, F. 40 Yaş Üzeri Bireylerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç ve Tutumları. *Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, 2015.

Kalichman, SC., Johnson, JR., Kelly, JA., Bulto, M. Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally ill adults. *Am J Psychiatry*.1994; 151(2):221-7.

Kalichman, SC., Sikkema, KJ., Kelly, JA., Bulto, M. Use of a brief behavioral skills intervention to prevent HIV infection among chronic mentally ill adults. *Psychiatric Services*. 1995; 46: 275-280.

Kahn, R., Buse, J., Ferrannini, E., Stern, M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*, 2005; 28: 2289-2304.

Kaptanoğlu, C., Yenilmez, Ç., Ayrancı, Ü. Temel sağlık hizmetlerinde en sık görülen ruhsal bozukluklar ve fiziksel belirtiler 5US Yayınları; 2002.

Karayurt, Ö., Coşkun, A., Cerit, K. Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008; Cilt:4, Sayı:1.

Karakuş, G., Evlice, Y.E., Tamam, L. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Cukurova University Faculty of Medicine)* 2012; 37(1):37-48.

Karagözoğlu, Ş. Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2008; 3: 41-50.

Karşıdağ, Ç., Aksoy,UM., Yüksel, G., Alpay,N., Uysal, A. Yataklı Tedavi Hizmeti Sunan Psikiyatri Kliniklerinde Ek Tanılar. *Klinik Psikiyatri*, 2013; 16: 47-52.

Kayar Erginer, D., Partlak Günüşen,N. Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Durumu: İhmal Edilen Bir Alan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*2013, 6(3 ) 159-164.

Kelly, JA., Murphy, DA., Bahn, GR., Koob, JJ., Morgan, MG., Kalichman, SG., Stevenson, LY. AIDS/HIV risk behaviour among the chronic mentally ill. *Am J Psychiatry* 1992; 149:886-889.

Kelly, JA., Murphy, DA., Sikkema, KJ., Somlai, AM., Mulry, GW., Fernandez, MI., Miller, JG., Stevenson LY. Predictors of high and low levels of HIV risk behavior among adults with chronic mental illness. *Psychiatr Serv*. 1995;46(8):813-8.

Kelly, C., McCreadie, R. G. Smoking habits, current symptoms and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *The American Journal of Psychiatry*, 1999; 156 (11):1751-1757.

Kennedy, CH., Meyer, KA. Sleep deprivation, allergy symptoms, and negatively reinforced problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1996; 29: 133-5.

Kennedy, C., Juarez, AP., Greenslade, K., Harvey, MT., Tally, B. Children with severe developmental disabilities and behavioral disorders have increased special healthcare needs. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2007;49:926-30.

Khamker, N., Moola, NM., Moola, JL. et al. Profile of mortality of patients admitted to Weskoppies Psychiatric Hospital in South Africa over a 5-year period (2001-2005). *Afr J Psychiatry*, 2010; 13: 211-217.

Kısa, C., Cebeci, S., Uysal, Z., Aydemir, Ç. ve Göka, E. Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında fiziksel hastalık sıklığı. *New Symposium Journal*, 2008; 46(2):66-69.

Killian, R., Becker, T., Krüger, K., Schmid, S. ve Frasch, K. Health behavior in psychiatric inpatients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006; 114(4):242-248.



- Killion, J.G., Kerr, K., Lawrence, C. Myocarditis and cardiomyopathy associated with clozapine. *Lancet* 1999; 354:1841-1845.
- Kilbourne, AM., Cornelius, JR., Han, X. et al. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2004; 6: 368-373.
- Kilbourne, AM., Cornelius, JR., Han, X. et al. General medical conditions in older patients with serious mental illness. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005; 13: 250-254.
- Kirby, S., Hart, D., Cross, D., Mitchell, G. *Mental Health Nursing: Competencies for Practice*, 2004.
- Klinkenberg, WD., Caslyn, RJ., Morse, GA., Yonker, RD., Mc Cudden, S., Ketema, F., Constantine, NT. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis b, and hepatitis c among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 2003; volume: 44, issue 4, pages:293-302.
- Koren, D., Seidman, LJ., Poyurovsky, M., Goldsmith, M., Viksman, P., Zichel, S., Klein, E. The neuropsychological basis of insight in first episode schizophrenia: a pilot metacognitive study. 2004, volume 70, issues 2-3, pages 195-202.
- Köroğlu, E., Güleç, C., Şenol, S. *Psikiyatri Temel Kitabı*. HYB Basım Yayın, Ankara, 2007; S 547.
- Kozma, C., Mason, S. Survey of nursing and medical profile prior to deinstitutionalization of a population with profound mental retardation. *Clinical Nursing Research*, 2003; 12:8-22.
- Krishnan, KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med*, 2005; 67: 1-8.
- Kublay, G., Kamışlı, S., Karatay, G., Terzioğlu, F. *Sigara ve Ruh Sağlığı Kitabı*. 2008, sayfa: 7-25.
- Kupfer, DJ. The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA*, 2005; 293: 252-2530.
- Krüger, C., Rosema, D. Risk factors for violence among long-term psychiatric inpatients: A comparison between violent and nonviolent patients *African Journal of Psychiatry* 2010; 13(5) :366-375.
- Lambert, TJR., Velakoulis, D., Pantelis, C. Medical comorbidity in schizophrenia. *MJA* 2003; 178 (Suppl 5) :S 67-S 70.
- Lamberti, JS., Crilly, JF., Maharaj, K., et al. Prevalence of diabetes mellitus among outpatients with severe mental disorders receiving atypical antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 702-706.
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D., McCormick, D. & Bor, D. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284:2606-2610.
- Lawn, S.J., Pols, R.G., Barber, J.G. Smoking and quitting: a qualitative study with community living psychiatric clients. *Social Science Medicine*, 2002; 54: 93-104.
- Lawrence, D., Mitrou, F., Zubrick, S. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*, 2009; 9:285.
- Lawrence, D., Kisely, S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology*, 2010; 24 (11):61-68.
- Lehman, AF., Myers, CP., Corti, E. Thompson JW. Prevalence and patterns of dual diagnosis among psychiatric inpatients. *Comp Psychiatry*. 1994; 35:106-112.
- Leitner, M., Barr, W., Hobby, L. (2008). Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: A systematic review. [Cited 28 Oct 2016]. Available from: URL: <http://www.psychiatryweb.mywebhome.nl/pw>.
- Lester, H., Campbell, S. Developing quality and outcome framework (QOF) indicators and the concept of 'QOFability'. *Quality in Primary Care*, 2010; 18 (2):103-109.
- Leung, MW., Xiong, GL., Leamon, MH. et al. General medical hospital admissions from a public inpatient psychiatric health facility: A review of medical complications over 30 months. *Psychosomatics*, 2010; 51:498-502.
- Levinson Miller, C., Druss, BG., Dombrowski, EA., Rosenheck, RA. Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. *Psychiatr Serv* 2003; 54:1158-1160.

Lewis, S. W., Barnes, T. R. E., Davies, L. et al. Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second-generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2006; 32: 715–723.

Lichtermann, D., Ekelund, J., Pukkala, E., Tanskanen, Lonnqvist, J. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. *Archives of General Psychiatry*, 2001; 58 (6), 573–578.

Lieberman, J. A., Stroup, S., McEvoy, J. P. et al. For the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 2005; 353:1209–1223.

Lieberman, Robert Paul, MD. Recovery From Disability: Manuel of Psychiatric Rehabilitation. Yetiyitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing Inc, Washington DC, 2008'den çeviri: Yıldız, M. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011; S 143-152.

Low, NC., Du Fort, GG., Cervantes, P. Prevalence, clinical correlates, and treatment of migraine in bipolar disorder. *Headache*, 2003; 43: 940-949

Ludwick, JJ. Oosthuizen PP Screening for and monitoring of cardio-metabolic risk factors in outpatients with severe mental illness in a primary care setting. *African Journal of Psychiatry* 2009; 2(4);287-92.

Luty, J., Kelly, C., McCreddie, R. G. Smoking habits, body mass index and risk of heart disease: Prospective 21/2-year follow-up of first episode schizophrenic patients. *Journal of Substance Use*, 2002; 7 (1):15–18.

Mackin, P., Bishop, D., Watkinson, H., Gallagher, P., Ferrier, IN. Metabolic disease and cardiovascular risk in people treated with antipsychotics in the community. *British Journal of Psychiatry*, 2007; 191:23–9.

Marder, SR., Essock, SM., Miller, AL. et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 2004; 161 (8):1334–1349.

Maricle, RA., Hofman, WF., Bloom, JD., et al. The prevalence and significance of medical illness among chronically mentally ill outpatients. *Community Ment Health J*, 1987; 23:81-90.

Matthews, T., Weston, N., Baxter, H., Felce, D., Kerr M. A general practice-based prevalence study of epilepsy among adults with intellectual disabilities and of its association with psychiatric disorder, behaviour disturbance and carer stress. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2008; 52:163–73.

Martin, H., Slyk, MP., Deymann, S., Cornacchione, MJ. Safety profile assessment of risperidone and olanzapine in long-term care patients with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 2003; 4 (4) ; 83-8.

McCreddie, R. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 2003; 183:534–539.

McCreddie, R., Stevens, H., Henderson, J., Hall, D., McCaul, R., Filik, R., Young, G., Sutch, G., Kanagaratnam, G., Perrington, S., McKendrick, J., Stephenson, D., Burns, T., The dental Health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004; 110:306–310.

Muir-Cochrane, E. Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006; 13: 447–452.

McCloughen, A., Foster, K. Weight gain associated with taking psychotropic medication: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2011; 20: 202– 222.

Mc Cullough, LB., Coverdale, J., Bayer, T., Chernenok, FA. Ethically justified guidelines for family planning interventions to prevent pregnancy in female patients with chronic mental illness. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:19-25.

McElroy, SL., Frye, MA., Suppes, T., et al. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 2002; 63: 207-213.

McEvoy, JP., Meyer, JM., Goff, DC., Nasrallah, HA., Davis, SM., Sullivan, L., et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res*, 2005; 80: 19-32.

McElroy, S., Allison, D., Bray, G. Obesity and mental disorders. New York: Taylor and Francis; 2006.



- McEvoy, JP., Lieberman, JA., Perkins, D. et al. Efficacy and Tolerability of olanzapine, quetiapine, and risperidone in the treatment of early psychosis: A randomized, double-blind 52-week comparison. *The American Journal of Psychiatry*, 2007; 164, 1050–1060.
- Mc Kinnon, K., Cournos, F., Sugden, R., Guide, JR., Herman, R. The relative contributions of psychiatric symptoms and AIDS knowledge to HIV risk behaviours among people with severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1996; 57:506-513.
- McIntyre, RS., McCann, SM., Kennedy, SH. Antipsychotic metabolic effects: weight gain, diabetes mellitus, and lipid abnormalities. *Can J Psychiatry*, 2001; 46: 273-281.
- McIntyre, RS., Mancini, DA., Parikh, S., Kennedy, SH. Lithium revisited. *Can J Psychiatry*, 2001; 46: 322-327.
- McIntyre, RS., Konarski, JZ., Misener, VL., Kennedy, SH. Bipolar disorder and diabetes mellitus: epidemiology, etiology, and treatment implications. *Ann Clin Psychiatry*, 2005; 17: 83-93.
- McIntyre, RS., Konarski, JZ., Wilkins, K., et al. Obesity in bipolar disorder and major depressive disorder: results from a national community health survey on mental health and well being. *Can J Psychiatry*, 2006; 51: 274-280.
- McIntyre, RS., Konarski, JZ., Soczynska, JK., et al. Medical comorbidity in bipolar disorder: implications for functional outcomes and health service utilization. *Psychiatr Serv*, 2006; 57: 1140-1144.
- McLaughlin, T., Geissler, EC., Wan, GJ. Comorbidities and associated treatment charges in patients with anxiety disorders. *Pharmacotherapy*, 2003; 23: 1251-1256.
- Meiklejohn, C., Sanders, K., Butler, S. Physical health care in medium secure services. *Nursing Standard*, 2003, 17(17):33-37.
- Messinger-Rapport, BJ., Morley, JE., Thomas, DR., Gammack, JK. Intensive session; New approaches to medical issues in longterm care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2007; 8(7):421-33.
- Meyer, J., Wirshing, WC. Prevalence of the Metabolic Syndrome in Veterans with Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*:2006 - Volume 12 - Issue 1 - pp 5-10.
- Mitchell, AJ., Malone, D. Physical health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:432-437.
- Mitchell, AJ., Malone, D., Carney Doebbeling, C. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: Systematic review of comparative studies. *The British Journal of Psychiatry*, 2009; 194:491–499.
- Mitchell, AJ., Lord, O. Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *Journal of Psychopharmacology*, 2010; 24:69–80.
- Minden, SL. Mood disorders in multiple sclerosis: diagnosis and treatment. *J Neurovirol*, 2000; 6 (Suppl 2): S 160-S 167.
- Morriss, R., Mohammed, FA. Metabolism, lifestyle and bipolar affective disorder. *J Psychopharmacol*, 2005; 19 ( 6 Suppl ): 94-101.
- Moghaddam, BM, Katon, W. Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: A review. *Psychiatric Services*, 2009; 60:147-156.
- Molloy, C., Manning-Courtney, P. Prevalence of chronic gastrointestinal symptoms in children with autism and autistic spectrum disorders. *Autism*, 2003; 7: 165– 71
- Musselman, DL., Evans, DL., Nemeroff, CB. The relation-ship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 1998; 55: 580-592.
- Mukundan, A., Faulkner, G., Cohn, T., Remington, G. Antipsychotic switching for people with schizophrenia who have neuroleptic-induced weight or metabolic problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010; (12):pub2.
- Nakagawa, A., Sato, T., Endo, Y., Watanabe, K., ,Kashima, H., Grunebaum, MF. Prospective study of falls in long-term inpatients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia Research* 2006; 88(1-3):283-5.



Nair, A., Parr, H., Whitelock, H., Hanspal, R.S. Prevention of falls in hospital inpatients. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2005; 98(1) :45.

Nash, P. Physical care skills: A training needs analysis of inpatient and community mental health nurses. *Mental Health Practice*, 2005; 9 (4):20-23.

Nash, P. Mental health nurses' diabetes care skills – a training needs analysis. *British Journal of Nursing*, 2009;18 (10):626-630.

National Institute of Clinical Excellence, 2002. *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care*. National Institute for Clinical Excellence, London.

Nice (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2006). *Bipolar Disorder: The Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care*. London.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Schizophrenia core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. [Cited 22.7.2016]. Available from: URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43608/43608.pdf>.

Newcomer, J., Haupt, D.W., Fucetola, R., Melson, A.K., Schweiger, J.A., Cooper, B.P., Selke, G. Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 2002;59:337-345.

Newcomer, J.W. Second – generation ( atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs*, 2005; 19( Suppl.1 ): 1-93.

Nikolov, R.N., Bearss, K.E., Lettinga, J., Erickson, C., Rodowski, M., Aman, M.G. et al. Gastrointestinal symptoms in a sample of children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2008; 39:405-13.

Nielsen, J., Toft, E. The spectrum of cardiovascular disease in patients with schizophrenia. JM Meyer, HA Nasrallah (Eds.), *Medical Illness and Schizophrenia*, second ed., Washington, American Psychiatric Pub., 2009; p:169-202.

Ohlsen, R.I., Peacock, G., Smith, S. Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005; 12(5):614-619.

Onur, E., Monkul, S., Akın, T. Panik bozukluğunun fenomenolojisi. R Tükel, T Akın (Eds.), *Anksiyete Bozuklukları*, Ankara, Pozitif Matbaacılık, 2006, s.55-58.

Olsson, R.H.Jr., Wambold, S., Brock, B., Waugh, D., Sprague, H. Visual spatial abilities and fall risk: An assessment tool for individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 2005; 31 (9) :45-51.

O'Reilly M. Functional analysis of episodic selfinjury correlated with recurrent otitis media. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 1997; 30:165-7.

Osby, U., Brandt, L., Correia, N., et al. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry*, 2001; 58: 844-850.

Osborn, D., Nazareth, I., Wright, C., King, M. Impact of a nurse-led intervention to improve screening for cardiovascular risk factors in people with severe mental illness. Phase- two cluster randomised feasibility trial of community mental health teams. *BioMed Central*, 2010; 10 (61):1-13.

Öyekçin, D.G. Bir grup şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastasında metabolik sendrom sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009; 10(1):26-33.

Öz, F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. *Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti . Ankara. Yenilenmiş 2. Baskı*. 2010; Sayfa:14.

Özbaş, D., Buzlu, S. Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hemşireliği Dersine ve Psikiyatri Hemşirelerinin Rollerine İlişkin Düşünceleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14:1.

Özçam, H., Çimen, G., Uzunçakmak, C., Aydın, S., Özcan, T., Boran, B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Med j* 2014; 15:154-60.

Özdemir, Ö., Bilgili, N. Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kansellerinin Erken Tanısındaki Bilgi ve Uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(6).

- Öztürk, O., Uluşahin, A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I,II. 12. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2014.
- Park, T., Usher, K., Foster, K. Description of a healthy lifestyle intervention for people with serious mental illness taking second-generation antipsychotics. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2011; 20: 428–437.
- Patja, K., Molsa, P., Livanainen, M. Cause-specific mortality of people with intellectual disability in a population based, 35 year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2001; 45, 40.
- Paton, C., Esop, R., Young, C., Taylor, D. Obesity, dyslipidaemias and smoking in an inpatient population treated with antipsychotic drugs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004; 110 (4):299–305.
- Peet, M. Diet, diabetes and schizophrenia: review and hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 2004; 184 (Suppl. 47): s102–s105.
- Petersen, PE. The world oral health report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO global oral health program. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(suppl 1):3–23.
- Pendlebury, J., Holt, R. Managing diabetes in people with severe mental illness. *Journal of Diabetes Nursing*, 2010; 14 (9):328–339.
- Phelan, M., Stradins, L., Morrison, S. Physical health of people with severe mental illness. *British Medical Journal*, 2001; 322:443–444.
- Phelan, M., Stradins, L., Amin, D. et al. The physical health check: A tool for mental health workers. *Journal of Mental Health*, 2004; 13 (3): 277–284.
- Pınar, G. Kanser Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyon ve Danışmanlığa İlişkin Hemşirelik Yaklaşımları. *Güllhane Tıp Dergisi* 2010; 52:241–247.
- Pirl, WE., Greer, JA., Weissgarber, C., Liverant, G., Safren, SA. Screening for infectious diseases among patients in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 2005; 56(12) :1614–6.
- Placentino, A., RiHosi, L., Papa, E., Foresti, G., Materzanini, A., Rossi, G. et al. Clinical characteristics in long-term care psychiatric patients; A descriptive study *World Journal of Biological Psychiatry* 2009; 10: 58–64.
- Quinn, C., Happell, B., Browne, G. Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2011; 20: 21–28.
- Quinn, C., Happell, B. Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21, 154–162.
- Reaven, GM., Banting, Lecture. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988; 37: 1595–1607.
- Reeves, S. A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2001; Volume 8, Issue 6.
- Reischel, UA, Shih, RD. Evaluation and management of psychotic patients in the emergency department. *Hosp Physician* 1999;35:26–38.
- Richards, J., Smith, DJ., Harvey, CA., Pantelis, C. Characteristics of the new longstay population in an inner Melbourne acute psychiatric hospital. *Aust N Z J Psychiatry*, 1997; 31:488–495.
- Roberts, C., Yoder, PJ., Kennedy, CH. Descriptive analysis of epileptic seizures and problem behavior in adults with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 2005; 110:405–12.
- Roberts, L., Roalfe, A., Lester, H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: A comparative study. *Family Practice*, 2006; 24: 34–40.
- Robertson, R., Bucknall, AB., Welsby, PD., Roberts, JJ., Inglis, JM., Peutherer, JF, Brett, RP. Epidemic of AIDS related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug abusers. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;292:527.
- Robson, D., Gray, R. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 2007; 44:457–466.



Robson, D., Haddad, M. Mental health nurses' attitudes towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness: The development of a measurement tool. *International Journal of Nursing Studies*, 2012; 49:72-83.

Robson, D., Haddad, M., Gray, R., Gournay, K. Mental health nursing and physical health care: A cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012.

Rosenberg, SD., Goodman, LA., Osher, FC., Swartz, MS., Essock, SM., Butterfield, MI., et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health*, 2001; 91: 31-37.

Rothbard, AB., Blank, MB., Staab, JP., TenHave, T., Young, DS., Berry, SD. et al. Previously undetected metabolic syndromes and infectious diseases among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 2009; 60(4):534-7.

Ruigomez, A., Rodriguez, LAG., Dev, VJ., Arellano, F., Raniwala, J. Are schizophrenia or antipsychotic drugs a risk factor for cataracts? *Epidemiology*, 2000; 11:620-623.

Russo, J., Trujillo, CA., Wingerson, D. et al. The MOS 36- Item Short Form Health Survey: reliability, validity, and preliminary findings in schizophrenic outpatients. *Med Care* 1998; 36: 752-756.

Ryan, M.C., Thakore, J.H. Physical consequences of schizophrenia and its treatment: the metabolic syndrome. *Life Sciences*, 2001; 71 (3):239-257.

Rylance, R., Harrison, J., Chapman, H. Who Assesses The Physical Health Of Inpatients? Date of acceptance , 2012 ; Volume 16 : Number 2., *Mental Health Practice*.

Ryu, Y., Mizuno, M., Sakuma, K. et al. Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. *Aust N Z J Psychiatry*, 2006; 40:462-470.

Rybakowski, JK., Wykretowicz, A., Heymann-Szlachcinska, A., Wysocki, H. Impairment of endothelial function in unipolar and bipolar depression. *Biol Psychiatry*, 2006; 60: 889-891.

Ryan, R., Sunada, K. Medical evaluation of persons with mental retardation referred for psychiatric assessment. *General Hospital Psychiatry*, 1997; 19:274-80.

Sadock, BJ. Kaplan Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri, 2016; syf:585-685.

Sabancıoğulları, S., E.TA, E., Kelleci, M., Doğan, S. Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşireler Tarafından Yapılan Hasta Bakım Planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA Tanılarına Göre Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(3):117-122.

Saha, S., Chant, D., McGrath, J. A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1123-1131.

Sagman D., Lee, B., Chandresena, R. et al. A Canadian naturalistic study of a communitybased cohort treated for bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, 2010; 24:1-10.

Salokangas, RKR., Stengard, E., Honkonen, T., Koivisto, AM., S.Sairaalasta yhteiskuntaan. A fol low-up study of effects on life and treatment situation in schizophrenia patients discharged from mental hospital. Helsinki: STAKES; 2000. Raportteja 248.

Salokangas, RKR., Honkonen, T., Stengard, E., Hietala, J. Body mass index and functioning in long-term schizophrenia: Results of the DSP project. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists* 2007; 22(5) :313-8.

Saks, A., Gruman, J. Organisational socialisation and positive organisational behaviours, implications for theory, research, and practice. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 2010; 28:14-26.

Sansone, RA., Wiederman, MW., Sansone, LA., Monteith, D. Obesity and borderline personality symptomatology: Comparison of a psychiatric versus primary care sample. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders* 2001; 25(2):299-300.

Shahzad, S., Suleman, MI., Shahab, H., Mazour, I., Kaur, A., Rudzinskiy, Lippmann. Cataract occurrence with antipsychotic drugs. *Psychosomatics*, 2002; 43:354-359.

Sharaca, J., McCrone, P., Sabes Figueras, R., Csipke, E., Wood, A. and Wykes, T. Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatient wards: a literature review, *Int J Nurs Stud.* 2010; 47(7): 909–917.

Saunamaki, N., Andersson, M., Engstrom, M. Discussing Sexuality With Patients: Nurses' Attitudes and Beliefs. *J. Adv. Nur.* 2010; 66(6):1308–1316.

Shuel, F., White, J., Jones, M., Gray, R. Using the serious mental illness health improvement profile [HIP] to identify physical problems in a cohort of community patients: A pragmatic case series evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 2010; 47:136–145.

Shourie, S., Conlgrave, K.M., Proude, E.M., Haber, P.S. Detection of and intervention for excessive alcohol and tobacco use among adult hospital in-patients. *Drug and Alcohol Review* 2007; 26(2): 127-33.

Simon, G.E., Von Korff, M., Saunders, K. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63: 824-8.

Simonelli-Munoz, A.J., Fortea, M.I., Salorio, P., Gallego-Gomez, J.I., Sanchez-Bautista, S., Balanza, S. Dietary habits of patients with schizophrenia: A self-reported questionnaire survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21(3): 220-228.

Singh, I., Sandhu, S., Kaur, B. (2010). Secondary sexual dysfunction and antipsychotic. [Cited 22.07.2016]. Available from: URL: [http://priory.com/psychiatry/sexual\\_side\\_effects.htm](http://priory.com/psychiatry/sexual_side_effects.htm).

Smith, S., Yeomans, D., Bushe, C.J.P. et al. A wellbeing programme in severe mental illness. Baseline findings in a UK cohort. *International Journal of Clinical Practice*, 2007a; 61:1971–1978.30.

Smith, S., Yeomans, D., Bushe, C.J.P. et al. A wellbeing programme in severe mental illness. Reducing risk for physical ill-health: A post-programme service evaluation at 2 years. *European Psychiatry*, 2007b; 22: 413–418.

Sokal, J., Messias, E., Dickerson, F.B. et al. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 421-427.

Steinke, E., Patterson-Midgley, P. Sexual Counseling Following Acute Myocardial Infarction. *Clinical Nursing Research* 1996; 5(4):462-472.

Strassnig, M., Miewald, J., Keshavan, M. & Ganguli, R. Weight gain in newly diagnosed first-episode psychosis patients and healthy comparisons: One-year analysis. *Schizophrenia Research*, 2007; 93:90–98.

Strudsholm, U., Johannessen, L., Foldager, L., Munk-Jorgensen, P. Increased risk for pulmonary embolism in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2005; 7: 77-81.

Strain, J. Consultation - liaison psychiatry. *Comprehensive textbook of psychiatry*. BJ Sadock, 2000; WA Sadock (Ed), 2. Cilt, 7. Baskı, Baltimore, Williams and Wilkins, s.1876-1887.

Suarez, R.E., Barnett, B.J. *Handbook of medicine in psychiatry*. P Manu (Ed), American Psychiatric Publishing, 2008.

Suppes, T., Dennehy, E.B., Hirschfeld, R.M., et al. The Texas implementation of medication algorithms: update to the algorithms for treatment of bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*, 2005; 66: 870-886.

Şahin, S. Kanserde Erken Tanı ve Tarama Programları. *Ege Tıp Dergisi* 2015; 54 Ek Sayı/ Supplement 41-45.

Şimşek, N. Madde Kullanımı Bozukluğu Olan Birey ve Ailesinin Hemşirelik Bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1(2) :96-99.

Tabibian, J.H., Wirshing, D.A., Pierre, J.M., Guzik, L.H., Kisicki, M.D., Danovitch, I., Mena, S.J., Wirshing, W.C. Hepatitis B and C Among Veterans on a Psychiatric Ward. *Digestive Diseases and Sciences*. 2008, Volume 53, Issue 6, pp 1693–1698.

Tanığ, Y. *Psikiyatri Hemşireliğinin Uluslararası Boyutlarda İncelenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Doktora Tezi, 1996.

Tanrıverdi, D. *Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Psikoeğitimin Bakım Yüklerine Etkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2008.

Taylor, D., Paton, C., Kerwin, R., 2005. *The South London and Maudsley NHS Trust and Oxleas NHS Trust 2005-2006 Prescribing Guidelines*, eighth ed. Taylor ve Francis. London.



Taylor, V., Macqueen, G. Associations between bipolar disorder and metabolic syndrome: a review: *J Clin Psychiatry*, 2006; 67: 1034-1041.

The Sainsbury Centre for Mental Health (2004). *Acute Care 2004: A national survey of adult psychiatric wards in England*. [Cited 21 Feb 2016]. Available from: URL: [http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Acute\\_care\\_2004.Pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Acute_care_2004.Pdf).

Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K. et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: A population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 2009; 374:620-627.

Tosh, G., Clifton, A., Mala, S., Bachner, M. *Physical health care monitoring for people with serious mental illness (Review)*, 2010.

Toalson, P., Hardy, T., Kabinoff, G. The Metabolic Syndrome in Patients With Severe Mental Illnesses *Prim Care Companion J.Clin Psychiatry*, 2004; 6(4):152-158.

Tuğut, N., Gölbaşı, Z. Cinselliğin Değerlendirilmesinde Plissit Modeli'nin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 2(4).

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: Toplum Ruh Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erişim 10.05.2015, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>.

Uğur, M. A tipik antipsikotik ilaçlar ve psikozlu hastalarda ortaya çıkan metabolik sendrom. *Senpozyum Dizisi*, 2008; 66:51-59.

Usher, K., Foster, K., Park, T. The metabolic syndrome and schizophrenia: The latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006; 13:730-734.

Uppal, G., McMurrin, M. Recorded incidents in a high-secure hospital: A descriptive analysis. *Criminal Behaviour Mental Health* 2009; 19(4):265-76.

Ünsal, G., Karaca, S., Arnik, M., Öz, C., Aşık, E., Kızılkaya, M., Duran, S., Aydın, S., Türk, D., Şıpkın, S. *Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerine İlişkin Görüşleri*. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt:4, Sayı:2*, 2014.

Vassallo, M., Vignaraja, R., Sharma, J.C., Briggs, R., Allen, S.C. Predictors for falls among hospital inpatients with impaired mobility *Journal of the Royal Society of Medicine* 2004; 97:266-9.

Veerland, B., Minsky, S., Menza, M., Rigassio, R.D., Roemhold-Hamm, B., Stern, R. A programme for managing weight gain associated with atypical antipsychotics. *Psychiatric Services*, 2003; 54: 1155-1157.

Verschuren, J.E.A., Enzlin, P., Dijkstra, P.U., Geertzen, J.H.B., Dekker, R. Chronic Disease and Sexuality: A Generic Conceptual Framework. *J. Sex. Res.* 2010; 47(2):153-170.

Victorian Mental Health Services, 1995. *Improved Access Through Coordinated Client Care 94/0285*. Victorian Government Department of Health and community Services, Melbourne.

Vinogradova, Y., Coupland, C., Hippisley-Cox, J., Whyte, S., Penny, C. Effects of severe mental illness on survival of people with diabetes. *The British Journal of Psychiatry*, 2010; 197:272-277.

Viron, M.J., Stern, T.A. The impact of serious mental illness on health and healthcare. *Psychosomatics*, 2010; 51:458-465.

Volavka, J., Conci, A., Czobor, P., Douyon, R., O'Donnell, J., Ventura, F. HIV seroprevalence and risk behaviors in psychiatric in-patients. *Psychiatr Res.* 1991; 39:109-114.

Wand, T. Real mental health promotion requires a reorientation of nursing education, practice and research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011; 18: 131-138.

Ward, D. Improving physical health care in a mental health trust. *Nursing Times*, 2005; 7:32-33.

Wang, P.W., Sachs, G.S., Zarate, C.A., et al. Overweight and obesity in bipolar disorders. *J Psychiatr Res*, 2006; 40: 762-764.

Wainberg, M.L., Cournos, F., McKinnon, K., Crosland, Guimaraes, M.D. HIV and hepatitis C in patients with schizophrenia. *JM Meyer, HA Nasrallah (Eds.), Medical Illness and Schizophrenia*, second ed., Washington, American Psychiatric Pub., 2009, p.247-274.

Weiser ,P.,Becker,T.,Losert,C.,Alptekin,K.,Berti,L.,Burti,L. et al. European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities.(HELPS):background ,aims and methods.BMC Public Health,2009;9:315.

Weintraub, D., Spurlock, M. Change in the rate of restraint use and falls on a psychogeriatric inpatient unit: Impact of the health care financing administration's new restraint and seclusion standards for hospitals. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology* 2002; 15(2):91-4.

Weiner, E., Ball, MP., Summerfelt, A., Gold, J., Buchanan, R.W. Effects of sustained release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 2001;158:635-637.

Wells, KB., Golding, JM., Burnam, MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry*,1988; 145: 976-981.

Werneke, U., Taylor, D., Sanders, T.A.B., Wessley, S. Behavioural management of antipsychotic weight gain: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*2003; 108: 252-259.

West, R., McNeill, A., Raw, M. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 2000; 55, 987-999.

Wirshing, DA., Meyer, JM. *Medical Illness and Schizophrenia*. American Psychiatric Publishing, 2003.

Wohlheiter, K., Dixon, L. Assessment of co-occurring disorders. KT Mueser, DV Jeste (Eds.), *Clinical Handbook of Schizophrenia*, New York, Guilford Press, 2008, p:125-134.

WFMH (World Federation for Mental Health) (2010). Mental health and chronic physical illnesses: The need for continued and integrated care. [Cited 2016]. Available from: URL: <http://www.wfmh.org/2010DOCS/WMHDAY2010.pdf>.

Wright, C., Osborn, D., Nazareth, I., King, M. Prevention of coronary heart disease in people with severe mental illnesses: A qualitative study of patient and professionals' preferences for care. *BMCPsychiatry*,2006.6.Availablefrom:URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1459150/pdf/1471-244X-6-16.pdf>.

Wright, AA., Baohui Zhang, B., Ray, A., Mack, JW., Trice, E.,Balboni, Tracy, Mitchell, SL., Jackson, VA., Block, SD., Maciejewski, PK., Prigerson, HG. Associations Between End-of-Life Discussions, PatientMental Health, Medical Care Near Death, and Caregiver Bereavement Adjustment, 2008 American Medical Association, 2008; Vol 300, No. 14.

Wirshing, D.A., Meyer, J.M.In: Meyer, J.M., Nasrallah, H.A. (Eds.), *Medical Illness and Schizophrenia*. American Psychiatric Publishing, 2003.

Wirshing, D., Smith, R.A., Erickson, Z., Mena, S.J., Wirshing, W. A wellness class for inpatients with psychotic disorders. *Journal of Psychiatric Practice*,2006; 12 (1):24-29.

White, J., Gray, R., Jones, M. The development of the serious mental illness physical Health Improvement Profile. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,2009; 16: 493-498.

Woo, B., Daly, J., Allen, E., Jeste, D., Sewell D. Unrecognized medical disorders in older psychiatric inpatients in a senior behavioral health unit in a university hospital. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 2003; 16:121-5.

World Health Organization. The World Health Report 2001.Mental Health: New Understanding. New Hope.BurdenofMentalHealthandBehavioralDisorders.2001;ChapterErişim:18.04.2015,[www.who.int/whr/2001](http://www.who.int/whr/2001).World Health Organization. WHO Basic documents, 143rd ed. Geneva ,World Health Organization ,2001.

World Health Organization. The World Health Report 2003.Mental Health: New Understanding. New Hope.BurdenofMentalHealthandBehavioralDisorders.2003;ChapterErişim:18.04.2015,[www.who.int/whr/2001](http://www.who.int/whr/2001).World Health Organization. WHO Basic documents, 143rd ed. Geneva ,World Health Organization ,2003.

World Health Organization- WHO 2006. *Defining Sexual Health: Report Of A Technical Consultation on Sexual Health*. Geneva.

Young, A. Review: The legal duty of care for nurses and other health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 2009; 18: 3071-3078.



Yıldız H. Sağlığın Bozulduğu Durumlarda Hemşirelerin Cinsel Sağlığa Yaklaşımları. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi 2002; 12(49):81-90.

Yılmaz, S., Buzlu, S. Antipsikotik İlaç Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. İ.Ü.F.N.Hemş.Derg.2012; cilt 20-sayı2:93-103.

Yüksel,N.,Sayın,A. Antipsikotiklere bağlı metabolik yan etkiler. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2006; 9(1):5-16

<https://www.rethink.org/living-with-mental-illness/wellbeing-physical-health/lgbt.RETHINK.ulaşım>  
tarihi: 06.03.2016.

<http://cins.ankara.edu.tr/> erişim tarihi:25.12.2016).

## EKLER

### EK-1: GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME ve OLUR (RIZA) FORMU

Çalışmakta olduğunuz birimde yatmakta olan psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı ile ilgili görüşlerinizi, müdahalelerinizi, kendinizi yeterli bulma durumunuzu ve eğitim ihtiyacınızı belirlemeye yönelik tarafımdan yapılacak bir çalışmaya davet edilmektesiniz.

Bu çalışmanın amacı; psikiyatri kliniklerinde yatan psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık alanları ile ilgili, psikiyatri hemşirelerinin görüşlerinin, uygulamalarının ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesidir.

Araştırma kapsamında, sizin sosyodemografik özelliklerinizi, mesleki bilgilerinizi ve psikiyatri hemşiresi olarak hastaların fiziksel sağlık alanlarını değerlendirme görüşlerinizi, fiziksel sağlık alanı ile ilgili uygulamalarınızı ve fiziksel sağlık alanı ile ilgili hangi alanlarda eğitime ihtiyacınız olduğunu değerlendirecek olan "Kişisel Bilgi Formu", "Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığı İle İlgili Aktiviteleri Sorumlulukları Olarak Görme Durumunu ve Müdahalede Bulunma Durumlarını Belirleme Formu", "Hemşirelerin, Hastaların Fiziksel Sağlığını Değerlendirme ve Müdahalede Bulunmada Kendini Yeterli Bulma Durumunu ve Eğitim Gereksinimlerini Belirleme Formu"nu cevaplamanız istenecektir. Katılımcıların bütün soruları eksiksiz doldurmaları, sonuçların güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorsunuz. Katılmayı tercih ederseniz, fikrinizi değiştirdiğinizde araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Ancak yasal gereklerin yerine getirilebilmesi için, kimliğinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri tarafından bakılabilir. Bu belgeyi imzalayarak buna izin vermektedir.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almanız mümkündür. Bunun için psikiyatri Hemşiresi Dilek Sarı ile doğrudan görüşebilirsiniz ya da (0216) 542 20 20 / 3771 no'lu telefondan ulaşabilirsiniz. Teşekkür ederim.

Dilek Sarı/ Psikiyatri Hemşiresi

Prof.Dr.SelmaDoğan

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Vereceğim bilgilerin bilimsel amaçla kullanılacağını anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.**

Gönüllü (hemşirenin) adı soyadı

Tarih

imza

.....

..../...../.....



## EK-2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Cinsiyet Kadın ( ) Erkek ( )

Yaş.....

Medeni durum Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( ) Boşanmış ( )

Eğitim durumu :

( )Sağlık Meslek Lisesi ( ) Ön Lisans (örgün) ( ) Ön Lisans (Açık öğretim)

( )Lisans

( )Yüksek Lisans Uzmanlık alanı:.....

( )Diğer

Hemşirelikte çalışma yılı.....

Çalıştığı kurum

( ) Ruh sağlığı hastanesi ( ) Üniversite hastanesi psikiyatri kliniği

( ) Devlet hastanesi psikiyatri kliniği ( ) Özel psikiyatri hastanesi

( ) Diğer.....

Psikiyatri kliniğindeki göreviniz

( )Klinik hemşiresi ( )Klinik sorumlu hemşiresi ( )Diğer.....

Psikiyatriden önce hemşire olarak çalışma deneyiminiz

( )Yok

( )Var: Lütfen çalıştığınız birimleri ve görevinizi yazınız.....

Psikiyatri kliniğinde çalışma yılınız?

( ) 0-11 ay ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11-15 yıl ( ) 16-20 yıl ( ) 20 ve üzeri

Çalışma saatleri içerisinde hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı

( )1-5 hasta ( )6-10 hasta ( )11-15 hasta ( )16-20 hasta ( )21 ve üzeri hasta

Klinikte hemşirelerin çalışma şekli: ( ) İş merkezli ( ) Hasta merkezli ( ) Diğer

**Çalıştığı kliniğin özelliği**

Psikoz erkek kliniği

Psikoz kadın kliniği

Alkol ve madde bağımlılığı kliniği

Anksiyete bozuklukları kliniği

Karma klinik

Diğer.....

**Klinikte hemşireler tarafından hastaların fiziksel sağlık değerlendirilmesi yapılıyor mu?**

Evet, rutin olarak yapılıyor  Hayır, yapılmıyor  Kısmen yapılıyor  Diğer

**Hastaların fiziksel sağlığını değerlendirme ve fiziksel bakımı ile ilgili herhangi bir eğitim (kurs, sertifika, v.b) alma durumunuz**

Evet ,açıklayınız:.....

Hayır

Diğer



### EK-3: FİZİKSEL SAĞLIK AKTİVİTELERİ LİSTESİ

<b>SAĞLIĞI ALGILAMA ve SAĞLIK YÖNETİMİ</b>
Sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlığının değerlendirilmesi Sigara, alkol ve madde kullanan hastaya bırakma eğitimi yapma Hastanın kronik fiziksel bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi Bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi Herhangi bir ilaç, yiyecek ve maddeye alerjisi olup olmadığının değerlendirilmesi Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemi olup olmadığının değerlendirilmesi Düzenli göz muayenesi yaptırıp yaptırmadığının değerlendirilmesi Hastanın ağrı ile ilgili yakınmalarının değerlendirilmesi Ağrı yakınması bulunan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma Kan-ıdrar tetkik sonuçlarının takibi Hastada acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesi Hastanın kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkilerinin takibi Hastanın varsa kullandığı diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibi EKT, TMU gibi somatik tedavi uygulanan hastanın takibi.
<b>BESLENME</b>
Boy-kilo ölçümü ve takibi Göbek çevresi ölçümü Vücut kitle endeksi hesaplama Kan şekeri ölçümü ve takibi Beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi Hastanın beslenme durumunun takibi Hastaya sağlıklı beslenme konusunda eğitim yapma, gerekirse diyetisyene yönlendirme Hastanın hijyenik alışkanlıklarının değerlendirilmesi Hastaya vücut hijyeni ile ilgili bakım verme
<b>BOŞALTIM (1)</b>
Mesane - bağırsak alışkanlıkları ve bununla ilgili problemlerin değerlendirilmesi
<b>AKTİVİTE ve EGZERSİZ</b>
Yaşam bulguları ölçümü ve takibi Egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesi Hastayı durumuna uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirme
<b>UYKU ve DİNLENME</b>
Hastanın uyku alışkanlığının değerlendirilmesi Hastanın uyku düzeninin takibi ve uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma
<b>CİNSELLİK ve ÜREME</b>
Hastanın cinsel sağlığının, varsa cinsel sağlık problemlerinin değerlendirilmesi Kadın hastalarda meme muayenesi ve servikal smear yaptırma durumunun değerlendirilmesi Erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi

**EK-4: Hemşirelerin, Fiziksel Sağlık Aktivitelerini Sorumlulukları Olarak Görme ve Uygulama Durumlarını Belirleme Formu**

Bu form; aşağıdaki aktiviteleri sorumluluğu olarak görüp görmediğinizi ve aktivitelere yönelik müdahalede bulunma durumunuzu belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen soruları cevaplarken, Hemşirelerin, fiziksel sağlık aktivitelerini sorumlulukları olarak görme durumu seçeneğini ( )Evet, ( )Hayır olarak, Hemşirelerin, fiziksel sağlık aktivitelerine yönelik müdahalede bulunma durumu seçeneğini ( )Evet, her zaman, ( ) Evet, ara sıra, ( ) Hayır, hiçbir zaman olarak işaretleyiniz.

FİZİKSEL SAĞLIK AKTİVİTELERİ	Hemşirelerin, fiziksel sağlık aktivitelerini sorumlulukları olarak görme durumu		Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerine müdahalede bulunma durumu		
	Evet	Hayır	Evet Her zaman	Evet Ara sıra	Hayır Hiçbir zaman
Boy –Kilo ölçümü ve takibi					
Göbek çevresi ölçümü					
Vücut kitle endeksi hesaplama					
Yaşam bulguları (Ateş, Nabız, Tansiyon, Solunum) ölçümü ve takibi					
Kan şekeri ölçümü ve takibi					
Beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi					
Hastanın beslenme durumunun takibi					
Hastaya sağlıklı beslenme konusunda eğitim yapma, gerekirse diyetisyene yönlendirme					
Egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesi					
Hastayı, durumuna uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirme					
Hastanın uyku alışkanlığının değerlendirilmesi					
Hastanın uyku düzeninin takibi ve uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma					
Mesane-bağırsak alışkanlıkları ve bununla ilgili problemlerinin değerlendirilmesi					
Sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlığının değerlendirilmesi					
Sigara, alkol ve madde kullanan hastalara sigara, alkol ve maddeyi bırakma eğitimi yapma					



FİZİKSEL SAĞLIK AKTİVİTELERİ	Hemşirelerin, fiziksel sağlık aktivitelerini sorumlulukları olarak görme durumu		Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlık aktivitelerine müdahalede bulunma durumu		
	Evete	Hayır	Evete Her zaman	Evete Ara sıra	Hayır Hiçbir zaman
Hastanın kronik fiziksel bir hastalığı (hipertansiyon, diyabet, kalp-damar hastalığı, v.b.) olup olmadığının değerlendirilmesi					
Bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi					
Herhangi bir ilaç, yiyecek ve madde alerjisi olup olmadığının değerlendirilmesi					
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemi olup olmadığının değerlendirilmesi					
Düzenli göz muayenesi yaptırıp yaptırmadığının değerlendirilmesi					
Hastanın cinsel sağlığının, varsa cinsel sağlık problemlerinin değerlendirilmesi					
Kadın hastalarda meme muayenesi ve servikal smear yaptırma durumunun değerlendirilmesi					
Erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi					
Hastanın ağrı ile ilgili yakınmalarının değerlendirilmesi					
Ağrı yakınması olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma					
Kan-idrar tetkik sonuçlarının takibi (AKŞ, Kolesterol, Lipit, Lityum, Valporikasit, Klozapin, Prolaktin, Tam Kan Sayımı v.b.)					
Hastada (kardiyak ve solunum arresti, hipo-hiperglisemi hipo-hipertansiyon, hipertermi vb) acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesi					
Hastanın kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkilerinin takibi					
Hastanın varsa kullandığı, diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibi					
EKT, Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi (TMÜ) vb. somatik tedavi uygulanan hastanın takibi					
Hastanın hijyenik alışkanlıklarının (el yıkama, banyo yapma, diş fırçalama, traş olma, saç tarama, tırnak kesme, temiz giysiler giyme vb.) değerlendirilmesi					
Hastaya vücut hijyeni ( el yıkama, banyo yapma, diş fırçalama, traş olma, saç tarama, tırnak kesme, temiz giysiler giyme vb.) ile ilgili bakım verme.					

**EK-5: Hemşirelerin, Fiziksel Sağlık Aktivitelerine Müdahalede Kendini Yeterli Bulma ve Eğitim Gereksinimi Duyma Durumunu Belirleme Formu**

Bu form; aşağıdaki aktiviteler konusunda kendinizi yeterli bulma durumunuzu ve eğitim gereksiniminizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen soruları cevaplarken; **Kendimi Yeterli Buluyorum** seçeneğini ( )Evet ya da ( )Hayır şeklinde, **Eğitim Gereksinimi** seçeneğini ( )Var ya da ( )Yok şeklinde işaretleyiniz.

FİZİKSEL SAĞLIK AKTİVİTELERİ	Kendimi Yeterli Buluyorum		Eğitim Gereksinimi	
	Evet	Hayır	Var	Yok
Boy –Kilo ölçümü ve takibi				
Göbek çevresi ölçümü				
Vücut kitle endeksi hesaplama				
Yaşam bulguları (Ateş, Nabız, Tansiyon, Solunum) ölçümü ve takibi				
Kan şekeri ölçümü ve takibi				
Beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi				
Hastanın beslenme durumunun takibi				
Hastaya sağlıklı beslenme konusunda eğitim yapma, gerekirse diyetisyene yönlendirme				
Egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunun değerlendirilmesi				
Hastayı, durumuna uygun egzersiz ve fiziksel aktivite yapmaya yönlendirme				
Hastanın uyku alışkanlığının değerlendirilmesi				
Hastanın uyku düzeninin takibi ve uyku sorunu olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma				
Mesane-bağırsak alışkanlıkları ve bununla ilgili problemlerinin değerlendirilmesi				
Sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlığının değerlendirilmesi				
Sigara, alkol ve madde kullanan hastalara sigara, alkol ve maddeyi bırakma eğitimi yapma				
Hastanın kronik fiziksel bir hastalığı (hipertansiyon, diyabet, kalp-damar hastalığı, v.b.) olup olmadığının değerlendirilmesi				
Bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi				
Herhangi bir ilaç, yiyecek ve madde alerjisi olup olmadığının değerlendirilmesi				
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemi olup olmadığının değerlendirilmesi				
Düzenli göz muayenesi yaptırıp yaptırmadığının değerlendirilmesi				



FİZİKSEL SAĞLIK AKTİVİTELERİ	Kendimi Yeterli Buluyorum		Eğitim Gereksinimi	
	Evet	Hayır	Var	Yok
Hastanın cinsel sağlığının, varsa cinsel sağlık problemlerinin değerlendirilmesi				
Kadın hastalarda meme muayenesi ve servikal smear yaptırma durumunun değerlendirilmesi				
Erkek hastalarda prostat muayenesi yaptırma durumunun değerlendirilmesi				
Hastanın ağrı ile ilgili yakınmalarının değerlendirilmesi				
Ağrı yakınması olan hastaya ilaç dışı müdahalede bulunma				
Kan-idrar tetkik sonuçlarının takibi (AKŞ, Kolesterol, Lipit, Lityum, Valporikasit, Klozapin, Prolaktin, Tam Kan Sayımı v.b.)				
Hastada kardiyak ve solunum arresti, hipo-hiperglisemi hipo-hipertansiyon, hipertermi vb. acil müdahale gerektiren durumların değerlendirilmesi				
Hastanın kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkilerinin takibi				
Hastanın varsa kullandığı, diğer ilaçlar ve yan etkilerinin takibi				
EKT, Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi (TMU) vb. somatik tedavi uygulanan hastanın takibi				
Hastanın hijyenik alışkanlıklarının (el yıkama, banyo yapma, diş fırçalama, traş olma, saç tarama, tırnak kesme, temiz giysiler giyme vb.) değerlendirilmesi				
Hastaya vücut hijyeni ( el yıkama, banyo yapma, diş fırçalama, traş olma, saç tarama, tırnak kesme, temiz giysiler giyme vb.) ile ilgili bakım verme.				

EK-6, 7, 8, 9, 10,11: KURUM İZİNLERİ

EK-6



REKTÖRLÜK • FAKÜLTELER • MESLEK YÜKSEKOKULU  
Altunizade Mah. Halkın Tarkısıy Sk. No:14 PK:34462 Üsküdar / İstanbul / Türkiye  
TEL: 0090 212 500 22 22 FAX: 0090 212 500 12 20 E-POSTA: ibr@uskudar.edu.tr

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 /197

25 Kasım 15

Sayın Prof. Dr. Selma Doğan  
(Dilek Sarı)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23 Kasım 2015 tarihinde, 13 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağlığına Hemşirelerin Yaklaşımları ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cüneyt LAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

Ü.Ü. FR. 010

Revizyon No: 0105.05.2015



EK-7



Sayı : 2015 / 1853  
Konu : Araştırma İzni Hk.

26.11.2015

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na

"Ruhsal Hastalığı olan Bireylerin Fiziksel Sağlığına Hemşirelerin Yaklaşımları ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi'nde yapılmasına izin veriyorum.

Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ  
Mesul Müdür

Özel NPİSTANBUL  
Nöropsikiyatri Hastanesi  
Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ  
Dip. No: 46549  
Boşhekim & Davaniye Uzmanı

Saray Mah. Siteyolu Cad. No: 27 34768 Ümraniye - İSTANBUL Tel: 0216 633 0 633 (Pbx) Faks: 0216 634 12 50  
E-posta: bilgi@npistanbul.com • www.npistanbul.com

NP.FR.145

Revizyon No: 1 (29.05.2012)



EK-8

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.12.2015-42905



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İl Anadoluh Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-  
Konu : Anket İzin HK.

SAYIN DİLEK SARI

Fındıklı Mah. Fırat Sok. Atatürk Cad. Enesbey Apartmanı, No:15 D:4 Maltepe/İstanbul

İlgi : a) 03.12.2015 tarihli ve bila sayılı yazımız.  
b) Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 08.12.2015 tarihli ve 12494 sayılı yazısı.

İlgi (a) sayılı yazımızla "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağlığına Hemşirelerin Yaklaşımları ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu anket çalışmamızı Genel Sekreterliğimize bağlı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütme talebiniz ekte gönderilen ilgi (b) sayılı yazıya istinaden Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

İsmail ÖZTÜRK  
İdari Hizmetler Başkanı a.  
İdari Hizmetler Başkanlığı Koordinatörü

EKLER :  
Yazı Örneği (1 sayfa)

Genel Sekreterlik  
İzmirli Ahi Paşa  
25.12.2015  
Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği

4

E-Şifreli Üzeri 34752 / Anadoluh / İstanbul  
Telefon: 5387878-7707 Faks: 0216 538 78 21  
e-Posta: eminet@egun\_12@hsanmfi.gov.tr  
Evrakı Değerlendirmek İçin : http://212.156.51.42:805/cevizyon/Değerlendirme/CLC09PLU

Ayrıntılı bilgi için iribab: Emine ÖZCAVDAR



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



Evrak Taahhüt ve Sayısı: 22.12.2016-42905



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İl Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 32900231-770-  
Konu : Dilek SARI'nın Anket İzin Hk.

İSTANBUL TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ

İlgi : 04.12.2015 tarih ve 40848 sayılı yazınız.

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri, Hemşireliği Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Dilek SARI'nın "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağlıkına Hemşirelerin Yaklaşımları ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını sağlık tesisimizde yapmak istemesine dair başvurusu, 07.12.2015 tarihinde yapılan Eğitim Planlama Kurulunda değerlendirilerek uygun bulunmuştur.  
Gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Medine YAZICI GÜLEÇ  
Hastane Yöneticisi V.(Başhekim)

Sinan Ersoy Cad. No: 29 Katasker Beşiköy - İSTANBUL  
Telefon: 0216 302 59 59-212 Faks: 0216 356 04 96  
e-Posta: 2y.dutkagel@gmail.com

Ayrıntılı bilgi için lütfen: Aydan BAĞCI



Evrakı Doğrulamak İçin : <http://212.156.51.42:8055/oc/Vision/Default.aspx?NN41216>  
Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

KIT'ASI : GATA H.Paşa Eğl.Hst.K.İçi Psikiyatri Servisi  
SİNIF VE RÜTBESİ : Yük.Hemşire  
ADI SOYADI : Dilek SARI  
SİCİL NO : G-2001-106  
BABA ADI : Şükrü  
MEMLEKETİ : Kastamonu/Araç  
DOĞUM TARİHİ : 25.08.1981  
DUHULÜ : 11.07.2001  
T.C KİMLİK NO : 10127650798  
TEL NO (İŞ / GSM) : 0530 464 2742

ÖZÜ :Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel  
Sağığına Hemşirelerin Yaklaşımları ve  
Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi

#### KOMUTANLIK ÖNÜNE

Ruh Sağığı ve Hastalıkları Servis Şefliği'nde görevli Svl.Me.Yük.Hem.Dilek SARI (G-2001-106) psikiyatri hemşirelerine "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağığına Hemşirelerin Yaklaşımları ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi" Konulu Tez Çalışmasının literatür bilgileri kullanılarak hazırlanmış olan anketler uygulanarak yapılması planlanmıştır.

Bu Çalışma için Klinik Onayını arz ederim.

*Dilek SARI*

*Uygunsuzluk  
A. Karaylı*

05.11.2015

BALIKLI RUM HASTANESİ YÖNETİMİNE  
 Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikoloji  
 Hensireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezim  
 olarak belirlediğim "Ruhsal Hastalığı olan Bireylerin Fiziksel  
 Sağlıklarına Hensirelerin Yaklaşım ve Etkin Gereksinimleri  
 Belirlenmesi" isimli çalışmamın Balıklı Rum Hastanesi  
 Psikiyatri Kliniğinde çalışan hemsirelerde yapılması  
 planlanmaktadır. Araştırmamın kurumunuzda yapılması  
 sorumlu birim başkanınızın bir sürecek buluşma  
 modifiyon tarafınızca değerlendirilmesini arz ederim.

Kayıt  
 12/11/2015  
 Hastane Yönetiminde  
 Davet

BALIKLI RUM HASTANESİ	
VAKFI	
Kayıt No.	397
Gönder Tarihi	12. Suban 2015
Gönder Yeri	

Dilek SAZLI  
 Difer  
 0530 464 2942





İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU  
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
BAKIRKÖY ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME BİRDG  
29.01.2016 17:54 - 95273397 - 044 - E.2001



0501222612

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397/044  
Konu : Araştırma İzni (Dilek SARI)

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgili: 22/12/2015 tarihli ve 1951 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Dilek SARI'nın yürüteceği "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağlığına Hemşirelerin Yaklaşımları ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı anket çalışmasını Birliğimize bağlı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulamak için izin başvurusu Genel Sekreterliğimizce değerlendirilmiş olup adı geçen çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Kadriye KART YAŞAR  
Genel Sekreter

Güvenli Elektronik İmza  
E-İMZA AYDINLIK  
Mükeddes 201505  
İdari Hizmet Biriminde  
Tarih: 12/01/2016

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. 25/2 Ruh Sağlığı ve Sinir Hastanesi Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Binası 0212 409 1600/4089  
A X tılı bilgi için: suniye.goksoy@saglik.gov.tr

E-İmza elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 18946e61-f150-4d15-bd05-6b5ac6feb667 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5079 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Dilek SARI

**Doğum Yeri ve Tarihi:** Kastamonu/ Araç. 25.08.1981

**Yabancı Dili:** Orta seviyede

**İletişim (Telefon/e-posta):** 0530 464 27 42 / meralmelekdilek@hotmail.com

### Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

**Lise:** Araç Sağlık Meslek Lisesi /Hemşirelik.(1995-1999)

**Ön Lisans:** GATA Sağlık Meslek Yüksek Okulu/Hemşirelik.(1999-2001).

**Lisans:** Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Uzaktan Eğitim Merkezi Hemşirelik.(2009-2011).

**Yüksek Lisans:** Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği (2014-2017).

### Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

2001-2002:GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Acil Servis

2002-2013:GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nefroloji ve Hipertansiyon Servisi

2013:GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi

**Yayımları (SCI ve diğer) :**Kronik Böbrek Hastalarında Kreatinin Klerensi.

### Diğer konular:

Hemodiyaliz ve Periton diyaliz sertifikaları,

Yara Bakımı Sertifikası,

Yönetici Hemşire Sertifikası

Psikiyatri Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası,

Hemşirelikte Araştırma Sertifikası bulunmaktadır.

Psikiyatri Hemşireliği Derneği, Türk Nefroloji, Diyaliz ve Tranplantasyon Hemşireliği Derneği ve Psikiyatri Hemşireliği Dergisine üyelikleri bulunmaktadır.