

Pskiyatri ve Sinir Hastanesinde Yatan Hastaların Fiziksel Sağlık Durumu ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi

Zişan Pekri

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Ocak 2019
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Doç. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Prof. Dr. Besti Üstün
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Besti Üstün

2. Prof. Dr. Gülümser Kublay

3. Prof. Dr. Nimet Ovayolu

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bir psikiyatri ve sinir hastalıkları hastanesinde yatan hastaların fiziksel sağlık durumu ve etkileyen etmenlerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma, kesitsel tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın örneklemini bir psikiyatri ve sinir hastalıkları hastanesinde yatan 85 hasta oluşturmuştur. Veriler, hastanın tanımlayıcı ve hastalık özellikleri formu, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin, Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Genel Sağlık alt boyutları ve fagestrom nikotin bağımlılığı testi kullanılarak, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla, Şubat-Haziran 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Bulgular: Hastaların %78.2'sinin tanı konulmuş fiziksel hastalık öyküleri bulunmadığını, %8.2'si diyabet tanısı olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca hastaların %27.1'i uyku bozukluğu, %30'u susama ve %20'si nefes darlığı yakınmaları olduğunu, %63.7'sinin de şiddetli nikotin bağımlısı olduğu saptanmıştır. Hastaların BKİ hesaplamalarına göre, yarısı fazla kilolu ve 1. derece obez olarak saptanmıştır. Hastaların %96.6'sı yemek öncesi-sonrası ve tuvaletten sonra ellerini yıkadığını, %64.7'si yemeklerden sonra dişlerini fırçalamadığını, %71.8'inin haftada en az üç kere banyo yaptığı, %77.6'sının fiziksel aktiviteye katılmadığı belirlenmiştir. Hastaların %21.2'sinin diş hekimi ziyaretlerini en son 0-6 ay arasında gerçekleştirmiş olup, %8.2'sinin göz kontrolü için hiç doktora gitmediği saptanmıştır.

Sonuç: Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığının bozuk olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri hastalarının ruhsal sorunlarının yanında fiziksel sağlığının da izlenmesi ve sorunların ele alınması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel Sağlık, Yaşam Biçimi, Psikiyatri Hastası, Hemşirelik

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the factors in a physical health center in a psychiatric and neurological hospital.

Method: This research is a sectional descriptive study. The participants of the study involves of 85 patients staying at the psychiatric and neurologic hospital. The data was collected through using the patient's descriptive and characteristics forms, SF 36 health assessment tool, physical condition, pain, general health sub-dimension, fagestrom test for nicotine dependence, with face-to-face interview held by yhe researcher, between February-June 2018.

Results: Diagnosis of physical illness in 78.2% of patients. 8.2% of the patients were diagnosed with diabetes. It was also reported that 27.1% had sleep disturbance, 30% thirsty and 20% shortness of breath. 63.7%of the patients were heavy nicotin addicets. According to BMI calculations, half of the patients were overweight and 1st degree was obese. The lowest score on the SF-36 quality of life scale was the mental health score, while the highest score was before the area of survial. It was determined that 96.6% of the patients washed their hands before and after the washroom, 64.7% did not brush their teeth after the meals, 71.8% had bathed at least three times a week, and 77.6% did not participate in physical activity. Of the patients, 21.2% performed their dental visits for the last 0-6 months and 8.2% never went to the doctor for eye check.

Conclusion: It was determined that the physical health of patients with chronic psychiatric disorders was impaired. It has been suggested to monitor the physical health of the psychiatric patients as well as their mental health problems and address the problems.

Keywords: Physical Health, Lifestyle, Psychiatric Patient, Nursing

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitim sürecimden, tez çalışmamın oluşumunun tamamlanmasına kadar geçen süreçte, bilgi ve deneyimlerini, bilimsel desteğini benden esirgemeyen, çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. Besti Üstün'e;

Yine tez çalışmam boyunca bilgi ve desteğini her zaman aldığım Prof. Dr. Gülümser Kublay'a, Yard. Doç. Dr. Handan Sezgin'e;

Yüksek Lisan öğrenimim esnasında yardımlarını esirgemeyen, yorum ve eleştirileriyle destek veren Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanı Prof. Dr. Refia Selma Görgülü hocama;

Eğitim sürecim boyunca bana yardımcı olan, bilgi ve deneyimlerini bize aktaran tüm hocalarıma;

Veri toplama sürecimde yardımlarını esirgemeyen, Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekim, Başhemşire ve servis hemşirelerine, çalışmama katılan hastalara;

Tez jürimde yer alan, bilgi ve önerilerini esirgemeyen çok değerli hocalarıma;

İstatiksel çalışmamda bana yardımcı olan Muhammet Murat Ertaş'a;

Çalışma şiftimi eğitim sürecime göre ayarlayan, beni her daim destekleyen Başhemşirem Dr. Selma Uptan'a, sorumlu hemşirem Şahver Hepgüler'e ve tüm çalışma arkadaşlarıma;

Sınav sürecinde destek ve önerileri ile yanımda olan bu yola birlikte çıktığım çok değerli sınıf arkadaşlarım, Hemşire Melihat Buldaç'a, Hemşire Beklem Tutkulu'ya, Hemşire Leyla Toklu'ya, Hemşire Demet Çetin'e;

Her zaman yanımda olan, beni manevi yönden destekleyen, moral ve motivasyon kaynağım, yol arkadaşım Hasip Kahır'a;

Bütün eğitim- ğretim ve meslek hayatımda her zaman maddi manevi sonsuz desteklerini hissettiğim, motivasyon kaynağım çok değerli anne ve babama sonsuz teğerkkrlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR	xiv
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	5
1.3 Araştırma Soruları	5
2 GENEL BİLGİLER	7
2.1 Ruhsal Hastalık.....	7
2.2 Psikiyatride Ruhsal Hastalıkların Epidemiyolojisi.....	8
2.3 Psikiyatri Hastalarında Görülen Fiziksel Sağlık Sorunları.....	8
2.3.1 Hijyen Eksikliği İle ilgili Sorunları	10
2.3.2 Beslenme Alışkanlıkları.....	10
2.3.3 Sigara Kullanım Durumları	11
2.3.4 Alkol Kullanım Durumları.....	12
2.4 Metabolik Sendrom	12
2.5 Psikiyatri Hastalarının Sağlık Bakımı Almada Engelleri.....	14
2.6 Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Düzeyinin İyileştirilmesine Hemşirenin Rolü	16
3 GEREÇ VE YÖNTEM	20

3.1 Araştırmanın Tipi	20
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	21
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	21
3.4.1 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	21
3.4.2 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	21
3.5 Verilerin Toplaması.....	21
3.5.1 Veri Toplama Araçları	21
3.5.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	23
3.6 Verilerin Değerlendirmesi	24
3.7 Araştırma Sınırlılıkları	24
3.8 Araştırmanın Etik Yönü	25
3.9 Araştırma Takvimi	26
4 BULGULAR.....	27
5 TARTIŞMA	38
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
6.1 Sonuçlar.....	44
6.2 Öneriler.....	45
KAYNAKLAR	47
EKLER.....	61
Ek 1. Hastanın Tanımlayıcı ve Hastalık Özellikleri Veri Toplama Formu.....	62
Ek 2. Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu (Fiziksel Sağlık).....	65
Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	68
Ek 4. Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu İzni	70
Ek 5. KKTC Sağlık Bakanlığı İzni.....	71

Ek 6. Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi İzni	72
--	----

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların İfadelerine göre Bireysel Özellikleri (n=85).....	27
Tablo 2. Hastaların İfadelerine göre Hijyen Alışkanlıkları (n=85).....	28
Tablo 3. Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre Bağımlılık Durumları (n=58).....	28
Tablo 4. Hastaların Alkol Kullanım Durumları (n=85).....	29
Tablo 5. Hastaların BKİ Özellikleri (n=85).....	29
Tablo 6. Hastaların Hastalık Tanıları ve Tedavi Bilgileri (n=85).....	30
Tablo 7. Hastaların İfadelerine göre Fiziksel Hastalık Öykülerinin Dağılımı (n=85)31	
Tablo 8. Hastaların İfadelerine göre Aktivite Durumları (n=85).....	32
Tablo 9. Hastaların İfadelerine göre Semptom Yaşama Durumları (n=85).....	33
Tablo 10. Hastaların İfadelerine göre Diş ve Göz ile İlgili Sağlık Kontrollerini Yaptırma Durumu (n=85).....	34
Tablo 11. Hastaların İfadelerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı.....	35
Tablo 12. Hastaların İfadelerine göre Bireysel Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	36
Tablo 13. Hastaların İfadelerine göre Hastalık Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	37

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Araştırma Planı ve Takvimi.....	26
--	----

KISALTMALAR

BKİ	Beden Kitle İndeksi
DM	Diabetes Mellitus
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler hastalık
PCOS	Polistik Over Sendromu
PHC	Physical Health Check

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda kronik psikiyatri hastalarının artan fiziksel sağlık sorunları, uluslararası literatürde ilgi çeken bir konu haline gelmiştir. Kronik psikiyatri hastalarının genel nüfusa oranla yaşam beklentisi 25 yıla kadar azalmakta ve hastalar sıklıkla sosyal dışlanmaya neden olan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilen fiziksel sağlık problemi yaşadıkları belirtilmektedir (1). Bu koşulların çoğu değiştirilebilir olmasına rağmen bir çok sağlık bakım sisteminde kronik psikiyatri hastalarının fiziksel ihtiyaçları yeterli düzeyde karşılanmamaktadır (2). Uluslararası literatür incelendiğinde, kronik psikiyatri hastalığı olan bireyler için çeşitli izlem araçları geliştirilmiş ve yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda fiziksel sağlığı iyileştirme amacıyla sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmeye yönelik (egzersiz, diyet gibi) müdahale programları oluşturulmuştur. Buna rağmen kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı halen yeterince önem verilmeyen ve ihmal edilen bir alandır (3). Bu hastaların çoğu kardiyovasküler hastalık (KVH) veya metabolik komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir (4). Psikiyatri hastalarının genel sağlık hizmetlerine erişiminde engeller literatürde açıkça belirtilmiştir (5). Bu engellerin başında sağlık personelinin psikiyatri hastalarına yönelik bakım vermedeki isteksizliği, stigma, fiziksel yakınmaların psikosomatik olarak değerlendirilmesi ve fiziksel sorunlara yönelik rutin olarak yürütülen taramaların olmaması gelmektedir (5). Yapılan çalışmalar, kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerin, yaşam

kalitelerinin genel nüfusa göre düşük ve ölüm nedenlerinin daha çok fiziksel hastalıklar olduğunu göstermektedir (5). Rabinowitz ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında, ruhsal bozukluğa eşzamanlı fiziksel hastalık sıklığı 25 yaş altındaki hastalarda, %10.6, 25-44 yaş arasındaki hastalarda %14, 45-65 yaş arasındaki hastalarda %34.2 ve 65 yaş üstündeki hastalarda ise %61.2 olarak bildirilmiştir. Hastaların %28'inin hastâneye yatış nedeni fiziksel yakınmalar olmuş, bunların %66.1'inde de fiziksel hastalık saptanmıştır. Ekinci (2012) nin çalışmasında örneklemin %66.9'unun bir yıldan fazla süredir günde 20 adetten fazla sigara kullanımı olduğu ve DSM-IV'e göre nikotin bağımlılığı tanı kriterlerini karşıladığı, sigara kullanan olgulara ek olarak, daha yüksek oranda alkol-madde kullanımına sahip olduğu belirlenmiştir (6). Demir ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında psikiyatri hastalarının yarısından fazlasının (%51.4) somatik hastalığının olduğu; cinsiyet ile psikiyatrik komorbid tanı, somatik tanı ve somatik komorbid tanı dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı, somatik hastalığı olanların (n=73) yaş ortalamasının 39.3 yıl, somatik hastalığı olmayanlara göre yaş ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, somatik hastalığı olanların yatış süresi 32.1 gün iken somatik hastalığı olmayanların (n=69) 29.1 gün olarak belirlenmiştir (7).

Psikiyatri hastalarının yaşam beklentisini azaltan olumsuz fiziksel sağlık sorunlarının başında diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve obezite gelmektedir (8). Ayrıca kronik psikiyatri hastalarında görülen metabolik sendrom, tüm dünyada giderek yaygınlaşan ve çok fazla sayıda insanı etkileyen önemli sağlık sorunlarıdır (9). Kilo alımına bağlı hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM) ve koroner arter hastalığı (KAH) bu hastalar için önemli sağlık sorunlarıdır (4).

Şizofreni hastalarının beslenme alışkanlıklarının obezite derecesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; hastaların beslenme alışkanlıkları, ilaç tedavisi ve sosyal çevrenin etkileri incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, şizofreni hastalarının sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu görülmüştür. Alınan ilaç tedavisine bakılmaksızın zararlı beslenme alışkanlıklarının obezite ve ilişkili metabolik değişiklikler ile sonuçlandığı vurgulanmıştır (5).

Kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık problemlerinin nedenleri; tedaviye bağlı nedenler, fiziksel koşullar, olumsuz yaşam tarzı alışkanlıkları, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan negatif belirtiler ya da depresif duygu durum, fiziksel aktivitenin azalması olarak belirtilmektedir . Kronik psikiyatri hastalarının kullandığı ilaçlar fiziksel sağlık sorunlarına katkı veren önemli nedenlerden biridir. Özellikle yeni kuşak antipsikotik ilaçların kullanılmasıyla birlikte bu konunun önemi artmıştır. Yeni kuşak antipsikotik ilaçlar, daha az ekstrapiramidal sistem yan etkilerine yol açmakta ve daha az hiperprolaktinemi yaratmaktadır. Bununla birlikte bu ilaçların daha fazla metabolik soruna neden olduğu belirtilmektedir. Atipik antipsikotik ilaçlardan özellikle klozapin, insülin düzeyini arttırarak glikoz toleransında bozulmaya neden olmakta ve serum trigliserid düzeyini arttırmaktadır. Klozapin ve olanzapin serum leptin düzeylerini arttırmakta, bu da aşırı yemeye sebep olmaktadır. Antikolinergik etkiye bağlı olarak susuzluk hissi ve iştahta artma meydana gelmekte, ağız kuruluğu yapan ilaçlar yüksek kalorili sıvı alımını arttırmaktadır. Antipsikotik ilaçlar D2 (dopamin) reseptör antagonist etkileri sebebiyle prolaktin seviyesini yükseltirler. Bunun sonucu olarak da kadınlarda galaktore, adet düzensizlikleri ve erkeklerde, jinekomasti, empotans gibi komplikasyonlara yol açabilirler. Düzensiz beslenme, sedanter yaşam ve psikotrop ilaç yan etkileri, obezitenin oluşumunda rol oynayan etkenler arasında sayılabilir (9).

Ayrıca obezite horlama ve uyku apnesi, nefes darlığı ve eklem ağrılarına da yol açmaktadır. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını korumaya ve geliştirmeyi hedefleyen çalışmalar daha çok yurt dışında yapılmış ve hemşire liderliğinde yürütülmüştür. Gerek bu müdahale programları gerekse yapılan araştırma ve literatür incelemeleri bu alanda hemşirelere çok fazla sorumluluk düştüğünü göstermektedir (8). Psikiyatri hastalarında görülebilecek fiziksel problemler, daha ortaya çıkmadan egzersiz, diyet, sigarayı bırakma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması psikiyatri hemşiresinin rolleri arasındadır. Bu gibi koruyucu müdahale programları hastaların hayatta kalma şansını ve yaşam kalitesini artıracaktır. Psikiyatri hastalarının sağlık bakım hizmetlerinden uygun bir şekilde faydalanmaları, fiziksel belirtileri tanıyıp, sağlık kurumuna başvurmalarının sağlanması, erken tanı ve tedavi açısından önemlidir. Bu planlamaların yapılabilmesi için hastaların mevcut fiziksel sağlık sorunlarının belirlenmesi gerekir.

Almanya’da genel nüfus ile psikiyatri hastalarının sağlık davranışlarını karşılaştıran Kilian ve arkadaşları, sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları psikiyatri hastalarında daha yaygın bulunmuştur. Majör depresif bozukluk, şizofreni, nevrotik ve somatoform bozukluk, bipolar bozukluk tanıları alan hastalarda sigara kullanımı, alkol, madde , uyuşturucu kullanımı, düzensiz yaşam tarzı ve beden kitle indeksi’nin (BKİ) artmış olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda ise kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık sorunlarının nedeninin , olumsuz sağlık davranışları olduğu vurgulanmıştır (10). Psikiyatri hemşireleri, sorunların erken tanınmasında ve iyileştirme stratejileri sayesinde hem fiziksel sağlığın kötüleşmesini hem de kronik psikiyatri hastalarının yaşadığı erken ölümleri önlemede katkı sağlayabilirler. Ancak bu alanda yapılan çalışmalar sonucunda, hemşirelerin bu rol hakkında kararsız olduğu, kendilerini bu alanda yetersiz algıladıkları ve güven eksikliği hissettikleri

belirlenmiştir (11). Psikiyatri hemşirelerinin psikiyatri hastalarının psikososyal bakımında sahip olduğu roller kadar, hastaların fiziksel bakımı ile ilgili olarak sahip olduğu rolleri de oldukça önemlidir.

Sarı (2017)'nin yaptığı çalışmada ruh hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumuna hemşirelerin yaklaşımları ve eğitim gereksinimleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %53,3'ü rutin olarak fiziksel sağlık değerlendirmesi yaptığını, %85,0'i bu konuda herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlığı ile ilgili aktiviteleri sorumlulukları olarak görme durumlarında, hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri yönünden; yaş, çalışma yılı, çalıştığı kurum, psikiyatriden önce çalışma deneyimi, hemşirelerin iş ya da hasta merkezli çalışma ve fiziksel sağlık değerlendirmesi yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sadece psikiyatri hemşireliği yüksek lisans yapanlarda, fiziksel sağlık aktivitenin sorumlulukları olarak görme durumunda olumlu yönde fark belirlenmiştir. K.K.T.C'de bu konuyla ilgili bir çalışmaya ulaşamamıştır. Oysa Fiziksel sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik çalışmaları planlayabilmek için mevcut durumun bilinmesine gereksinim vardır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin fiziksel sağlığın önemine yönelik farkındalık ve iyileştirmeye yönelik çalışmalara katkı yapması beklenmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, bir psikiyatri ve sinir hastalıkları hastanesinde yatan hastaların fiziksel sağlık durumunu ve etkileyen etmenlerinin belirlenmesidir.

1.3 Araştırma Soruları

1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri nasıldır?
2. Hastaların ifadelerine göre hastalık ve tedavi özellikleri nasıldır?
3. Hastaların ifadelerine göre fiziksel sağlık özellikleri nasıldır?

4. Hastaların belirttikleri tanımlayıcı ve hastalık özellikleri fiziksel sağlık durumunu etkiler mi ?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Ruhsal Hastalık

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ruhsal hastalığı temel insan işlevselliğin, psikolojik, biyolojik ve gelişimsel rahatsızlığını yansıtan bireyin bilişleri, duyguları ve davranışlarının önemli düzeyde bozulmasıyla ilişkili bir sağlık durumu olarak tanımlar. Ruhsal sağlık, sadece ruhsal semptomların veya hastalıkların olması değil, genel iyi oluş durumuna ve üretkenliğine katkıda bulunan bir kaynak olarak ifade edilebilmektedir (13). Köknel'e göre ruh sağlığı, kişinin kendi kendiyile çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, denge düzen ve uyum sağlayabilmek için çaba sürdürebilmesi olarak tanımlamaktadır (14). Prillelensky ise ruh sağlığını insanın temel ihtiyaçlarının memnuniyetle karşılanması sayesinde ortaya çıkan psikolojik iyi oluş durumu olarak ifade etmektedir (15).

Joubert ve Raeburn'a göre ruh sağlığının geliştirilmesi, bireylerin ve toplumların yaşamlarını kontrol altında tutmaları ve kapasitelerinin genişletilmesi süreci olarak tanımlanabilmektedir (16).

Ruhsal hastalıklar, toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimleri, tedavi süreçlerinin uzunluğu ile toplum sağlığına yönelik sorunu temsil etmektedir. Bu kişiler toplum tarafından dışlanmakta ve bununla birlikte doğru tanı ve teşhis konulmadığı zaman ruhsal hastalıkların kronikleştiği görülmektedir (14,17).

Kronik ruhsal hastalık ile mücadele eden bireylerin duygu, düşünce ve davranış değişikliğinde görülen tutarsızlığın aşırı ve yineleyici görülmesi bireyin

verimini ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (2). Ruhsal hastalığa sahip olan bireyler, topluma, aileye maddi, manevi yük getiren bireylerdir. Bu kişiler günün çoğunluğunu ailesiyle birlikte evde geçirmektedir ve evde aileden en az bir kişinin bakımına muhtaç kişilerdir. Bu durum da bakım yükünü üstlenen kişiyi sosyal yaşam ve üretim sürecinden uzak bırakmaktadır. Her evden bakım yüküne sahip bir kişinin olduğu varsayılırsa, ruh sağlığı sorununun toplumun tamamını doğrudan ilgilendirdiği söylenebilir (18).

2.2 Psikiyatride Ruhsal Hastalıkların Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji, hastalıkların yada hastalıklarla ilgili durumların dağılımı, risk etmenleri ve seyrini inceleyen tıp dalıdır. Psikiyatrik epidemiyoloji iki yüz yılı aşkın tarihsel gelişim içinde dört farklı aşamadan geçmiştir (19).

Birinci dönemde dağılımları ve diğer özellikleri tedavi kurumlarının kayıtlarına bağlı olarak saptamaya çalışılmıştır. İkinci dönemde hastalıklar genel toplumda araştırılmaya başlamış, üçüncü dönemde ise genel toplum yada belirli nüfuslarda psikiyatrik bozukluklar uluslararası geçerliliği olan, farklı kültürlerde benzer durumları tanımlayabilecek tarama ölçekleri ve yöntemleri devreye girmiştir (19).

Dördüncü dönemde ise etkili tarama araçları ruh sağlığı sorunlarının çözümleyici araştırmalarında kullanılmaya başlanmış ve araştırmalar altta yatan etiyolojik süreci aydınlatacak çalışmalar olmuştur (20).

2.3 Psikiyatri Hastalarında Görülen Fiziksel Sağlık Sorunları

Psikiyatri hastalarında görülen fizyolojik hastalıkların morbidite ve mortalite oranları genel nüfusa göre karşılaştırıldığında daha yüksektir. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu ihmal edilen bir alandır. Fiziksel sağlık belirtilerinin ihmali, kötü beslenme tarzı, sigara, alkol, madde kullanımı, kullanılan

ilaçlara uyum problemleri, hijyen eksikliği, yaşam tarzı, çevresel etmenler psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını bozmaktadır.

Psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerinden faydalanmamaları olumsuz sağlık koşulları erken ölümlere neden olmaktadır. Olumsuz sağlık koşulları değiştirilebilmektedir. Bu konuda psikiyatri hemşireleri koruma ve erken müdahalede önemli role sahiptirler. (21)

Avusturalya’da yapılan bir çalışmada psikiyatri hastalarının sağlık bakımı almadaki engelleri incelenmiştir. Psikiyatri alanında çalışan sağlık profesyonelleri tarafından fiziksel şikâyetlerin göz ardı edilmesi, fiziksel şikâyetlerin psikosomatik olarak değerlendirilmesi, psikiyatrist olmayan hekimlerin psikiyatri hastalarına bakım vermede isteksizliği, ruh sağlığı hizmetlerinde genel sağlık kontrolleri için zaman ve kaynağın mevcut olmaması, hastaların tıbbi problemlerini açıklamadaki yetersizliği, yaşam tarzında değişiklik yapmaya ilişkin zorlukların engelleri oluşturduğu belirlenmiştir (22).

DM, KAH ve obezite kronik psikiyatri hastalarının yaşam beklentisini azaltan başlıca olumsuzluklardır (8). Kronik psikiyatri hastalarında görülen metabolik sendrom, dünyada yaygınlaşan ve çok sayıda insanı etkileyen önemli bir morbidite nedenidir (23).

Psikiyatri hastalarının kilo artışı bir sorun olarak ele alınmaktadır. Kilo artışı belli bir sürede gerçekleşmektedir. Bu nedenle kilo alım sürecinin başında saptanması önemlidir (22) .

Tedaviye bağlı nedenler, olumsuz yaşam tarzı koşulları, depresif duygu durum bozukluğu, fiziksel koşullar ve aktivitenin azalması kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık problemlerinin diğer nedenleri olarak belirtilmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan, şehirde yaşayan ve zihinsel sağlık programına katılan kişilerden oluşan bir çalışma grubunda tıbbi hastalıkların prevalansı ve önemi incelenmiştir. 100 hastanın 43'ü değerlendirmeyi tamamlayıp, %88'inin önemi az fiziksel hastalığı olduğu, %51'inin daha öncesinde tanı konulmamış en az bir fiziksel hastalığa sahip olduğu, %53'ünün tıbbi bilgiye ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Fizik muayenede %72'sinin nörolojik bulguları %86'sında nörolojik olmayan anormal bulgular bulunmuştur. %19'u hiperlipidemi, %25'i Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), %9'unda obezite varlığı saptanmıştır (24).

Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerde yapılan bir diğer çalışmada, en sık rastlanan sağlık problemlerinin beslenme ve metabolizma hastalıkları, diyabet, dolaşım sistemi hastalıkları, kas iskelet sistemi hastalıkları ve yaralanmaları olduğu bulunmuştur (25).

2.3.1 Hijyen Eksikliği ile ilgili Sorunları

Psikiyatri hastalarının öz bakımlarının yetersiz olmasının yanında, şizofreni hastalarının ağız hijyeninin kötü olmasıyla ilgili pek çok çalışma görülmektedir. Kronik psikiyatri hastalarının hastanede yatış sürelerinin uzamasıyla ağız-diş sağlığının bozulduğu görülmektedir. Diş çürükleri, periodontit ve diş kayıplarının da arttığı bilinmektedir (26,27). Yapılan çalışmalarda psikotropik ilaçların ağız sağlığını olumsuz etkiledikleri belirtilmektedir (27,28).

Psikiyatri hastalarının diş kontrollerine gitmemesi, maddi olanakların olmaması, düzensiz beslenme alışkanlıkları, ağız hijyeninin yetersizliği, ağız sağlığını olumsuz etkilemektedir (29).

2.3.2 Beslenme Alışkanlıkları

Ruhsal hastalığa sahip bireyler, sağlıksız beslenme, sık acıkma fasfood beslenme alışkanlığına sahiptirler. Sebze, meyve tüketimi azdır. Karbonhidrat

ağırlıklı besin tüketimi, şekerli, kalorisi yüksek kola, meyve suyu gibi içecekler tüketmektedirler. Psikiyatri hastalarında şeker tüketiminin fazla olması şizofreni hastalarının tedavi sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir. Omega3 yağ asitlerinden zengin besinlerin tüketimi olumlu etkilemektedir (30). Psikiyatri hastaları obezite açısından risk grubundadırlar. Psikotrop ilaç yan etkileri, düzensiz beslenme alışkanlıkları, obezite oluşumunda önemli rol oynayan etkenlerdir (23). Horlama, uyku apnesi, nefes darlığı obezitenin yol açtığı sorunlar arasında yer almaktadır (22). Şizofreni hastalarının beslenme alışkanlıklarının obeziteyle ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; hastaların beslenme alışkanlıkları, ilaç tedavisi ve sosyal çevresi incelenmiştir. Çalışma sonucunda, şizofreni hastalarının sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu görülmüştür. Alınan ilaç tedavisine bakılmaksızın zararlı beslenme alışkanlıklarının obezite ve ilişkili metabolik değişiklikler ile sonuçlandığı vurgulanmıştır (31).

2.3.3 Sigara Kullanım Durumları

Tütün, sonucunda getirdiği bir çok hastalık ve riskleriyle birlikte Dünya Sağlık Örgütü tarafından da belirtilen ruhsal ve davranışsal bozukluklara yol açan psikoaktif bir maddedir (20).

Sigara günümüzde önlenebilir, ölüme yol açan ve yaşam kalitesini düşüren nedenler arasında, özellikle erkeklerde birinci sırada yer almaktadır (32). Sigara içen bir çok kişi sigarayı bırakmak istediği halde nikotin bağımlılığı nedeni ile bırakamamaktadır (33,34). Bunun nikotinin psikofarmakolojik etkilerinin yanında genetik ve çevresel faktörlerden kaynaklı olduğu bilinmektedir (35,36). Bırakmak isteyenlerde gönüllü olarak bağımlılık düzeyinin tespit edilmesi tedavi sürecini ve bırakma başarısını olumlu kılma açısından oldukça önemlidir.

Şizofreni tanılı hastalarda sigara kullanımı, hastalığın parçasıymış gibi değerlendirildiğinden klinik çalışanları tarafından gözardı edilmektedir (37).

Psikiyatri hastalarında normalden daha fazla olan sigara kullanımı, fiziksel sağlığı tehdit etmektedir. Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerde günde 25 adetten fazla sigara içenler tiryaki olma eğilimindedirler (38).

2.3.4 Alkol Kullanım Durumları

Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaşam boyu alkol, bununla birlikte madde kullanım bozukluğu oldukça yüksektir (39).

Yasal olarak alkolün kolay elde edilebilir olması tüm toplumda olduğu gibi şizofreni tanısı almış bireylerde en sık tercih edilen maddeler arasında ilk sırada yer almaktadır (40).

2.4 Metabolik Sendrom

Metabolik sendrom, insülin direnci ile birlikte abdominal obezite, glukoz intoleransı, DM, dislipidemi, HT ve KAH gibi sistemik bozuklukların birbirini etkilediği kardiyak risk faktörlerinin kümesidir (41).

Metabolik sendrom, yaşla birlikte yaygınlaşmaktadır. Fiziksel aktivite azlığı, BKİ'nin 25'ten yüksek olması, kalıtsal şeker hastalığı özgeçmiş, KVH, HT, polistik over sendromu (PCOS), sigara-alkol kullanımı, düzensiz beslenme alışkanlığı, stres gibi nedenler metabolik sendrom (METS) gelişme riskini artırmaktadır. (42,43)

Amerika Birleşik Devletler'inde 20 yaş ve üzeri kişilerde METS %27 olarak bulunmuştur ve kadınlarda daha hızlı artmakta olduğu saptanmıştır (44).

METSAR (Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması) sonuçlarına göre 20 yaş ve üzerindeki erişkinlerde METS sıklığı %35 çıkmıştır. Bu araştırmada METS sıklığının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (kadınlarda

%41.1, erkeklerde %28.8). Elde edilen verilere göre erkeklerde bel çevresi sınırları 102 cm, kadınlarda ise 88cm'e dayanmaktadır.

Metabolik Sendromun en yaygın tanı kriterleri;

- Abdominal obezite: bel çevresi erkeklerde >94 (veya >102) cm, kadınlarda >80 (veya >88) cm
- Trigliserid yüksekliği (≥ 150 mg/dl),
- HDL kolesterol düşüklüğü (erkeklerde <40 mg/dl, kadınlarda <50 mg/dl),
- Kanşekeri yüksekliği (açlık plazma glukoza ≥ 100 mg/dl),
- Kan basıncı yüksekliği ($\geq 135/80$ mmHg)

Bu tanı kriterlerinden üçünün bulunması halinde METS kabul edilir (45).

Metabolik sendrom görülmesinde genetik özelliklerin yanında çevresel faktörlerin etkisi olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesinin düzenlenmesi öncelikli yaklaşım olmalıdır. Düzenli beslenme programları, egzersiz ile sağlıklı kilo kaybı ve DM, KVH'ların önlenmesi metabolik sendromun görülmesini azaltabilir (46).

Metabolik sendrom alanında Türkiye'de yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Gaziantep'te yapılan çalışmada, Şizofreni hastalarında METS sıklığı Uluslararası Diyabet Fedarasyonu (IDF) tanı ölçütlerine göre, %42.5 olarak tespit edilmiştir (47).

Kocaeli Üniversitesinde yapılan çalışmada ise METS IDF ölçülerine göre %41 olarak bulunmuştur. METS tanısı alan hastaların yaş ortalaması hastalık ve tedavi süresinin METS olmayan hastalara göre, daha yüksek olduğu bulunmuştur (48).

Erzurum'da psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve şizoaffektif tanısı alan hastalarda METS'i ölçen bir çalışmada, METS sıklığı ATP III (Üçüncü Erişkin

Tedavi Paneli) ölçütlerine göre %35.3 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre, hastaların yaş ortalaması, tedavi ve hastalık süresi, cinsiyet (erkek olmak), metabolik sendrom ile ilişkili bulunmuş, atipik antipsikotik kullanan hastaların %26.7'sinde, ikili tedavi gören (atipik antipsikotik ve depo antipsikotik) hastaların %33.3'ünde metabolik sendrom saptanmıştır (23).

2.5 Psikiyatri Hastalarının Sağlık Bakımı Almada Engelleri

Diğer sağlık hizmetleri gibi ruh sağlığı hizmetleri de tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler sunmaktadır. Bu hizmetlerin amaçları bireyin toplumunu, içinde yaşadığı çevresini, uyumunu, mutlu ve başarılı olmasını desteklemek, hastalıkları önlemek, toplumu oluşabilecek hastalıklardan korumak, kişileri topluma kazandırmaktır (49). Ruhsal hastalıkların birey ve ailesine, bununla birlikte topluma da yük oluşturması nedeni ile ruh sağlığı alanına önem verilmemektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilip uygulanması için planlanacak uygulama sisteminin (en iyi klinik uygulama yöntemi) en üst basamak sağlık kuruluşları ile denk olması gereklidir. Tanı ve tedaviler en üst basamak sağlık kuruluşları tarafından yapılmalı ve toplumda en sık rastlanan ruh sağlığı problemlerine kapsamlı olarak toplum taramaları yapılmaktadır. Ruh sağlığı sosyal hizmetleri vermekle yükümlü olan kuruluşların daha fazla etkili iletişim kurması, aile ve hastaların ulaşılabilir, uyumlu olmaları gerekmektedir. Bu durumda ruh sağlığı programlarının geliştirilmesine ve kesintisiz hizmet için hastaların ve toplumun korunmaya ihtiyacı vardır (50).

Ruhsal hastalığa sahip bireyler tüm dünyada büyük damgalanma ve dışlanma yaşamaktadır. Geçmiş de ruhsal hastalıkların neden ve belirtileri anlaşılmadığı için insanlar genellikle endişe içinde yaşamaktadır. Bu nedenle ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması ve toplum tarafından dışlanmasının kökeni geçmiş zamanın

derinliklerine dayanmaktadır (51,52). Damgalanma korkusuyla tedavi ve sağlık kurumuna başvurmaktan çekinmektedirler. Dışlanmada tedavi sürecinde önemli bir engel oluşturmaktadır (51). Bu durum bireylerin tedaviye uyumunda yol açtığı sorunlar dışında sosyal ilişkilerinde de ciddi problemlere yol açmaktadır (53). Barınma, iş problemleri, izolasyon ve kötü yaşam koşullarına mağruz kalabilmektedirler.

Damgalanma, yalnızca hasta bireyi değil, yakınlarının da sosyal yaşantılarını, psikolojik süreçlerini etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir (54,55). Sağlık bakımı almalarında çok büyük etki oluşturmaktadır. İçe kapanık, kendilerine güvenlerinde azalma, aile içi ilişkilerinde bozulma ve utanç duygusu yaşamaktadırlar (56).

Avusturalya'da yapılan çalışmada psikiyatri hastalarının sağlık bakımı almadaki engelleri incelenmiş ve bu engeller aşağıdaki şekilde açıklanmıştır;

1) Sağlık profesyonelleri tarafından ruh sağlığı şikâyetlerine odaklanıldığı için diğer sağlık şikâyetlerinin göz ardı edilmesi,

2) Psikiyatrist olmayan hekimler tarafından psikiyatri hastalarına kapsamlı bakım vermede isteksizlik,

3) Bakımın sürekliliği ve hasta izlemindeki eksiklik,

4) Fiziksel sorunlara yönelik taramaların rutin olarak yürütülmemesi,

5) Fiziksel şikâyetlerin psikosomatik olarak değerlendirilmesi,

6) Ruh sağlığı hizmetlerinde genel sağlık kontrolleri için zaman ve kaynağın mevcut olmaması,

7) Hastaların tıbbi problemlerini açıklamadaki yetersizliği,

8) Özellikle psikotik hastalarda bilişsel ve psikososyal yetersizlik olabilmesi, nedeniyle, fiziksel hastalık semptomlarının doğru değerlendirilememesi,

- 9) Hastalar ile sağlık personeli arasındaki irtibat ve işbirliği eksikliği,
 - 10) Bakım hizmetlerine erişim eksikliği,
 - 11) Antipsikotik ilaç kullanımı ile ilgili yüksek ağrı toleransı nedeniyle fiziksel belirtilerin farkındalığının eksikliği,
 - 12) Bakıma katılmada başarısızlık, bakımın sürekliliğinin eksikliği,
 - 13) Yaşam tarzında değişiklik yapmada zorluklar, örneğin sigaranın bırakılması, alkol alımının azaltılması,
 - 14) Hastaların temel sağlık ihtiyaçları için yetersiz bilgiye sahip olması (22).
- Psikiyatri hastalarının genel sağlık hizmetleri almasının önündeki bu engeller, fiziksel sağlığı koruma ve hastalıkları önleme çalışmaları açısından önemli bulgulardır ve bunlar değiştirilebilir koşullardır (3).

2.6 Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Düzeyinin İyileştirilmesin'de Hemşirenin Rolü

Hemşireliğin genel olarak amacı sağlığı desteklemek, sürdürmek ya da kaliteli sağlık düzeyini yükseltmektir. Psikiyatri hemşireliğinin amacı, bireyin benlik algısını geliştirmek, stresle başetmede savunma mekanizmaları geliştirmek, olumlu iletişim kurmasına yardımcı olmak, hastalık ve sakatlık durumu ile başetmesine katkı sağlamaktır. Tüm bunlar insancıl yaklaşımın yanı sıra bilimsel metodun birlikte kullanılmasını gerektirmektedir. Bu amaçların başarılmasında hemşirelik modelleri ve hemşirelik süreci yol gösterici olacaktır (44,57).

Uluslararası literatürde psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı ile ilgili çalışmaların yanı sıra, sınırlı sayıda da olsa kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik hemşire girişimli çalışmalar olduğu görölmektedir (58).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin sağlık sorunlarını tanımlamak ve yönetebilmek amacıyla hastaya bakım vermek önemlidir. Kronik psikiyatri hastalarının sağlığını geliştirmede sağlıklı davranışın olumlu etkisi vardır. Sağlıklı davranışı geliştirmeye odaklanmak kronik psikiyatri hastalarının genel sağlık durumu ve davranışlarında olumlu gelişmeler yaratmaktadır (58).

Kronik psikiyatride ruhsal ve fiziksel bakımın ayrı ele alınması bakımın sürekliliğini ve bütüncüllüğünü engeller. Bu bağlamda psikiyatri hemşirelerinin izlem araçları kullanarak fiziksel sağlık değerlendirmesini de bakıma eklemeleri gerekir (59).

Psikiyatri hemşireleri daha çok hastaya psikiyatrik açıdan bakım vermektedir, oysa fiziksel sağlığı geliştirmek de psikiyatri hemşirelerinin sorumlulukları olarak görülmektedir. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler koruyucu önlemler alma, egzersiz ve diyet gibi planlamalar ile sağlıklı yaşam davranışını geliştirmekle yükümlüdürler. Avrupa ve Avustralya gibi ülkelerde psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı önemli bir konu olarak ele alınmıştır (60).

Victoria Bakanlık Danışma Komitesi; alanında uzman olan ruh sağlığı ekibi ile hastalara sağlıklı yaşam tarzı danışmanlığı, beslenme ve egzersiz danışmanlığı gibi fiziksel sağlığı kapsayacak bakımın verilmesini önermiştir (61). Ruh sağlığı alanında hizmet veren kurumlarda, hastaların rutin sağlık taramalarının yapılması fiziksel sağlık yönünden değerlendirilmesi ve uygun tedavinin, uygun aşamalarda yapılmasını sağlayacak daha donanımlı merkezlere sevkinin sağlanması gerekir (62). Psikiyatri hemşireleri uzman kişiler olup, ruhsal hastalığa sahip bireylerin kaliteli sağlık hizmeti almalarında ve fiziksel sağlığı olumsuz etkileyen bir çok risk faktörünün azaltılmasında oldukça etkili role sahiptirler.

Hemşireler fiziksel aktivite, egzersiz, beslenme, diyet, sigara-alkol kullanımı gibi fiziksel sağlığı içerecek bir çok bakım stratejilerinin gelişmesine önemli katkı sağlamışlardır. Fiziksel sağlık problemlerini yakından gözlemleyip uygun tedavi ve müdahalenin yapılarak olumsuz fiziksel sağlık sorunlarının azalmasına yardımcı olur. Ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler, eczacı ve diğer sağlık ekipleriyle iş birliği içerisinde çalışarak halkın sağlığı, sigara, alkol, madde kötüye kullanımının önüne geçebilmektedirler.

Psikiyatri hastalarında diyabet, kalp damar hastalıkları riski giderek artmaktadır. Bu riski azaltmakta psikiyatri hemşirelerinin hastalara yaşam stili önerilerinde bulunarak değişimi desteklemeleri gerekmektedir (63). Hemşireler, fiziksel sağlığı geliştirmek için diyabet ve diyabete neden olabilecek durumlar, kan idrar tetkiklerinin analizi, kalp damar hastalıkları gibi konularda eğitim desteği almalıdırlar (64).

Bakımın bütüncüllüğü ruhsal ve fiziksel sağlık bakımının iki ayrı konu olarak ele alınmasıyla engellenir. Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri izlem araçları kullanarak rutin ve ayrıntılı fizik muayene ile bakımın devamlılığına katkı sağlayabilirler (59). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin fiziksel sağlığını değerlendirip geliştirmeye yönelik bir çok araştırmacı tarafından çeşitli araçlar geliştirilmiştir. Physical Health Check (PHC); bu alanda hastaların fiziksel sağlık bilgi ve ihtiyaçlarını değerlendirmek için Phelan et al. tarafından geliştirilmiştir. 27 madde – 4 bölümden oluşmuştur. İlk bölüm bilinen hastalık ve hastalığa bağlı kullanılan ilaç tedavisi, diyet, egzersiz , sigara kullanım durumları ile ilgili yaşam stili davranışları, ikinci bölüm var olan semptomlar, üçüncü bölüm fiziksel araştırma ve sağlık kontrollerine ilişkin soruları kapsamaktadır. Dördüncü bölüm değerlendirmeye göre

eylem planını içermektedir. Çalışanlar PHC'yi hastalar ile doldurmaktadır. Takibi yapılan hastalara 12 ayda bir rutin olarak doldurulması önerilmektedir (65).

Kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin yaşam süreleri toplum geneline göre 15-25 yıl daha kısadır (66). Ayrıca kronik ruhsal hastalığa sahip bireylere bakım verme yükünün kalp, böbrek, diyabet, akciğer hastalıkları gibi fiziksel hastalıklara verilen bakım yükünden daha fazla olduğu belirtilmektedir. Psikiyatri hemşireleri fiziksel hastalıklara karşı önlem alma, sorun saptama, egzersiz ve diyet gibi programlarla sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasından sorumludurlar.

Yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde, klinik psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında fiziksel sağlıkla ilgili görevler de tanımlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre hemşire;

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

b) Beslenme, kilo takibi, uyku takibi, konversiyon takibi, deliryum takibi, ilaç yan etki takibi, pnömoni takibi, hipomani takibi yapar.

K.K.T.C'de Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yatan hastaların fiziksel sağlık durumlarına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarına yönelik yapılacak çalışmalar psikiyatri hastalarıyla çalışan profesyonellerin farkındalığını artırması açısından önemlidir. Kendini ifade etmekte zorlanan, toplum tarafından etiketlenen ve bu nedenle sağlık hizmetlerinden faydalanma olanağı düşük olan bu hasta grubunda, fiziksel sağlık sorunlarına daha duyarlı olunmasının morbidite ve mortaliteyi azaltabileceği düşünülmektedir.

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma bir psikiyatri ve sinir hastalıkları hastanesinde yatan hastaların fiziksel sağlık durumunu ve etkileyen etmenlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, bir Psikiyatri ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 19/Şubat – 19/Haziran 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmacı tarafından Haziran 2017 tarihinde Tez Önerisi hazırlama döneminde Hastanede Klinik/Akut, Hostel ve Kronik servisleri bulunurken, Şubat 2018’de veri toplamaya başlandığı tarihte Hostel servisi Mavi/Erkek servis, Kronik servis ise Pembe/Kadın servisleri olmak üzere değişmiştir. Hastanede üç servis bulunmaktadır. Mavi ve Pembe serviste bulunan hastaların yatışları sürekli olarak yapılmakta, akut serviste bulunan hastaların ise tedavisi tamamlandıktan sonra taburcu edilmektedir.

Hastane 180 yatak kapasiteli olup, 36 Hemşire, dört çocuk psikiyatri uzmanı, iki psikiyatri uzmanı çalışmaktadır. Yatan hastaların her hangi bir fiziksel rahatsızlığı saptanmadıkça kan testi yapılmadığı belirtilmiştir.

Hastanede psikiyatri polikliniği de bulunmaktadır. Tüm hastaların birlikte vakit geçirebildiği, sigara içme alanı olarak kullanılan bahçe, bir el işi uğraşı odası, bir kantin bulunmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini Psikiyatri ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yatan hastalar oluşturmaktadır . Araştırmanın örneklemini ise, etik kurul izni alındıktan sonraki dört aylık sürede (19.02.2018 – 19.06.2018) serviste yatan araştırma formlarını, yönergelerini anlayabilme yetisi olan, iletişime açık 85 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın yapıldığı dönemde yatan hasta sayısı 106'ydı. Veri toplama sürecinde, araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uygun hastalar hemşire ile belirlenmiş ve sonrasında görüşülmüştür. Bu ön görüşme sonrasında sorulan sorulara cevap vermek istemeyen 20 hasta ve görüşmeyi uzun bulduğu için yarıda bırakan bir hasta araştırmaya dahil edilmemiştir. Sonuçta toplam 85 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, hastanın tanımlayıcı özellikleri ve hastalık özellikleridir.

3.4.2 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri hastanın fiziksel sağlık durumuna ilişkin özelliklerdir.

3.5 Verilerin Toplaması

3.5.1 Veri Toplama Araçları

Tanımlayıcı ve Hastalık Özellikleri Formu: Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (77). Bilgi formu iki bölümden oluşmaktadır. Hastanın tanıttıcı özellikleri (11 soru), hastalık bilgileri (17 soru), hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, eğitim durumu, hijyen alışkanlıkları, hastalığın süresi, hastanede yatış süresi, alkol-madde kullanım durumu, vb. sorulardan

oluşmaktadır. Veriler hastalara sorularak elde edilmiştir. Tanımlayıcı ve Hastalık Özellikleri formu EK 1’de verilmiştir.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi: Karl Fagerström tarafından geliştirilmiştir (FTND; Fagerström Test for Nicotine Dependence). Güvenirlık ve geçerlilik çalışması Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır (17). Bu ölçek altı sorudan oluşmuştur. Fageström nikotin bağımlılık testi sıklıkla nikotinin fiziksel bağımlılığını ölçmek için kullanılmıştır. Ölçekteki sorulara alınan yanıtlara göre bağımlılık düzeyi değerlendirilmiştir. Fagerström ölçeğinde yer alan sorular EK 1’de, tanımlayıcı ve hastalık özellikleri formu içerisinde verilmiştir. Sorulara verilen yanıtlara göre yedi ve üzerindeki puanlar güçlü bağımlılık belirtisi olarak değerlendirilmiştir.

SF 36 Yaşam Kalitesi Kısa Formu: Fiziksel fonksiyon (10 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması alt boyutları kullanılmıştır.

SF-36 ölçeği, yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. SF-36 kendini değerlendirme ölçeğidir. 36 maddeden oluşmaktadır ve 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır. Adı geçen madde dışında ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir.

Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanı yoktur, alt boyutları ayrı ayrı

değerlendirilmektedir. Araştırmanın amacına uygun olarak SF 36 ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Genel Sağlık alt boyutları kullanılmıştır.

Fiziksel Fonksiyon; yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel yetenekleri yerine getirmede kısıtlılık düşük puan, en zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirilme yüksek puan olarak değerlendirilmektedir.

Ağrı; aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı düşük puan, ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması yüksek puan olarak değerlendirilmektedir.

Genel Sağlık Algısı; sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma düşük puan, sağlığın mükemmel olduğuna inanma yüksek puan olarak değerlendirilmektedir. SF-36 Sağlıklı Yaşam Biçimi ölçeği veri toplama formu EK 2'de sunulmuştur.

3.5.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Başhekim ile görüşülüp gerekli izin ve bilgiler alınmıştır. Daha sonra başhemşire ile servisler gezilip, yatan hasta listeleri alınmıştır. Hastaların dosyalarındaki, hastalık bilgileri ve ilaç bilgilerine ulaşılammıştır. Var olan tanılar ve hasta isim listesi dikkate alınarak, iletişime açık bireylerle görüşme yapılarak veriler toplanmıştır. Tüm veriler hastalardan elde edilmiştir. Araştırmaya katılacak olan bireylere, araştıma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözel olarak izin alınmış ve araştırma için onayı alınan 85 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Veriler araştırmacı tarafından haftanın iki günü (Pazartesi-Cuma) serviste yatan hastalarla yüz yüze görüşme ve mülakat şeklinde, televizyon odası ya da bahçede toplanmıştır.

Literatür bilgisine dayanılarak hazırlanan Tanımlayıcı Özellikler ve Hastalık Özellikleri formu, görüşme yoluyla soru cevap şeklinde doldurulmuştur. Hastaların fiziksel sağlık durumlarını ölçmek için SF 36 Kısa Formu kullanılmış, araştırmacı

tarafından ölçekteki maddeler tek tek soru cevap şeklinde sorularak doldurulmuştur. Hastaların genel sağlık kontrollerini yaptırma durumları hastalara sorulmuş, hastalardan alınan bilgiler ile değerlendirilme yapılmıştır. Ek olarak fiziksel bir tanıya sahip olup olmadıkları hastalara sorulmuş, kullandıkları ilaçlarla ilgili hemşire ve doktorlardan bilgi alınamamıştır. Hastaların labaratuvar analizleri hakkında bilgi alınamamıştır.

Hastaların kilo, kan basıncı, ateş ölçümü için hastanenin araç-gereçleri kullanılmıştır. Kan basıncı ölçümleri yaklaşık 10 dakikalık dinlenme sonrasında oturur pozisyonda değerlendirilmiştir. Aynı şekilde nabız ve ateş ölçümü de ardından değerlendirilmiştir. Bel çevresi ölçümü için, mezura araştırmacı tarafından getirilip kişi ayakta, göbek deliği hizasından ölçülerek kaydedilmiştir.

Beden kitle indeksi kg/cm^2 formülüyle hesaplanmış, sonucu DSÖ sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir.

3.6 Verilerin Değerlendirmesi

Araştırma verileri SPSS (21) Windows Software Paket Programı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

Araştırmada tanımlayıcı istatistik ve ikili grupların karşılaştırılmasında t testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırıldığında varyans analizi yapılmıştır.

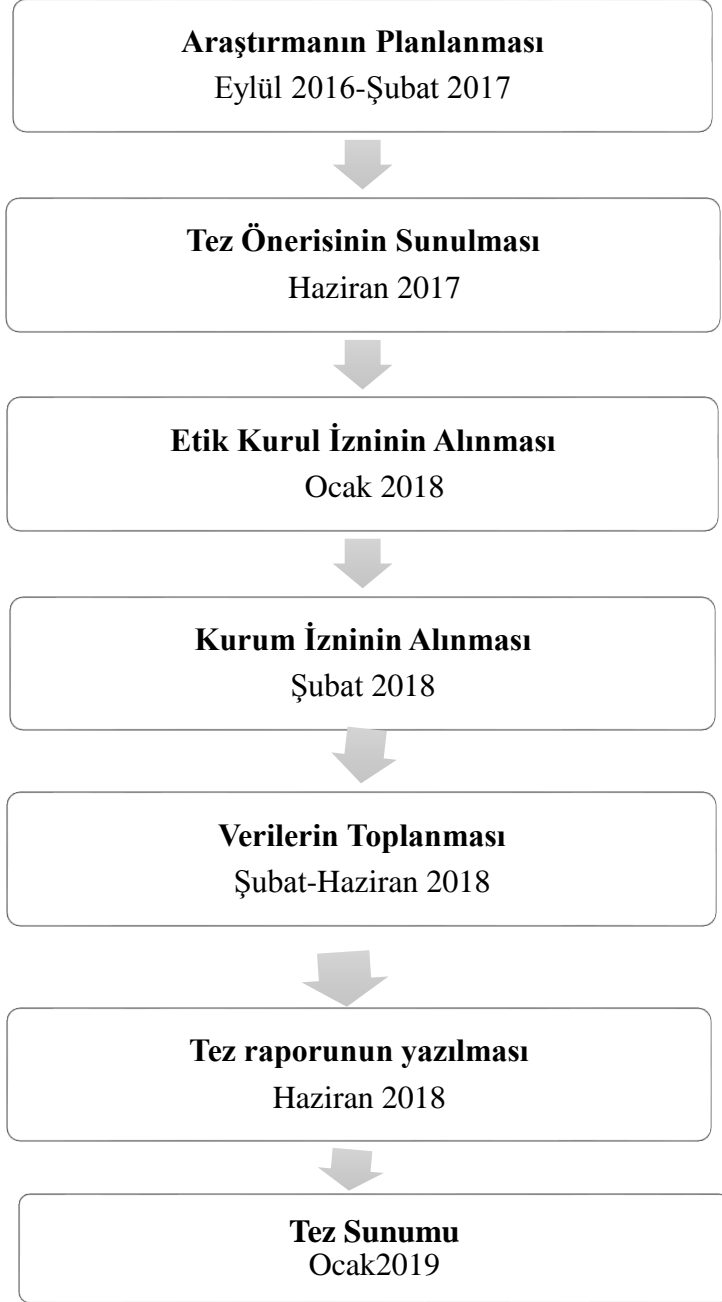
3.7 Araştırma Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları yalnızca Psikiyatri ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde, 19 şubat-19 Haziran 2018 tarihleri arasında örnekleme oluşturan ve serviste yatan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara genellenebilir. Veriler, hastaların ifadelerine temellenmiştir.

3.8 Araştırmanın Etik Yönu

Araştımda Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu (EK 4), Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi'nden (EK 5) ve araştırmaya dahil edilen hastalardan gönüllük esas alınarak yazılı onam alınmıştır (EK 3).

3.9 Araştırma Takvimi



Şekil 1. Araştırma Planı ve Takvimi

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 1. Hastaların İfadelerine göre Bireysel Özellikleri (n=85)

Tanıttıcı Özellikler	N	%
Yaş		
17-35 yaş	21	24.7
36-60 yaş	44	51.8
60 yaş üstü	20	23.5
Cinsiyet		
Kadın	32	37.6
Erkek	53	62.4
Medeni Durum		
Evli	13	15.3
Bekâr	72	84.7
Çocuk Sayısı		
Yok	57	67.1
1-2	19	22.3
3 ve üzeri	9	10.6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	18	21.1
Çalışmıyor	67	78.9
Eğitim Durumu		
İlkokul	41	48.2
Ortaokul	17	20.0
Lise	13	15.2
Lisans ve Lisansüstü	14	17.6
Sağlık Sigortası Durumu		
Evet	80	94.1
Hayır	5	5.9

Tablo 1'de hastaların tanıttıcı özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Hastaların %51.8'i 36-60 yaş grubunda, %62.4'ü erkek, %84.7'si bekâr, %67.1'inin çocuğu yok, %78.9'u çalışmıyor, %48.2'si ilkokul mezunu ve %94.1'inin sağlık sigortası bulunmaktadır.

Tablo 2. Hastaların İfadelerine göre Hijyen Alışkanlıkları (n=85)

Hastaların Hijyen Alışkanlıkları	n	%
Ellerini yıkama.		
Yıkarım	77	90.6
Yıkamam	8	9.4
Yemeklerden sonra dişlerimi fırçalama.		
Evet	28	32.9
Hayır	55	64.7
Bazen	2	2.4
Haftada en az 3 kez banyo yapma.		
Evet	61	71.8
Hayır	24	28.2

Tablo 2'de hastaların hijyen alışkanlıkları görülmektedir. Hastaların %90.6'sı ellerini yıkarken, %64.7'si yemeklerden sonra dişlerini fırçalamamaktadır. Hastaların %71.8'i haftada en az 3 kere banyo yapmaktadır.

Tablo 3. Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre Bağımlılık Durumları (n=58)

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	N	%
Hafif Nikotin Bağımlısı	7	12.1
Orta Nikotin Bağımlısı	14	24.1
Şiddetli Nikotin Bağımlısı	37	63.7

Tablo 3'te Hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre bağımlılık durumu incelendiğinde; hastaların %63.7'sinin şiddetli nikotin bağımlısı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Hastaların Alkol Kullanım Durumları (n=85)

Alkol Kullanımı	N	%
Hiç kullanmam	57	67.1
Her gün düzenli olarak	8	9.4
Haftada 1 kez	4	4.7
Ayda 1 kez	6	7.1
Bıraktım	10	11.7

Tablo 4'te hastaların alkol kullanım durumları görülmektedir. Hastaların %67.1'si hiç alkol kullanmamaktadır.

Tablo 5. Hastaların BKİ Özellikleri (n=85)

BKİ Özellikleri	N	%
BKİ		
15-25 arası	33	38.8
26-35 arası	44	51.7
35 üstü	8	9.4

Tablo 5'te hastaların BKİ özellikleri görülmektedir. Hastaların %51.7'sinin beden kitle indeksi 26-35 arasındadır.

Tablo 6. Hastaların Hastalık Tanıları ve Tedavi Bilgileri (n=85)

Hastalık Tanıları ve Tedavi Bilgileri	N	%	Ort
Psikiyatrik Tanı			
Şizofreni	30	35.3	
Alkol ve Madde Bağımlılığı	19	22.4	
BTA	10	11.7	
Mental Retarde	12	14.1	
Bipolar	6	7.1	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	1.2	
Psikoz	3	3.6	
Somatizasyon	2	2.4	
Depresyon	2	2.4	
Hastalığın Başlama Yaşı			
0-17 yaş	8	9.4	11.5
18-36 yaş	51	60.0	26.7
37-60 yaş	12	14.1	44.5
60 yaş üstü	14	16.5	65.0
Hastalığın Süresi			
1-10 yıl	29	34.1	5.1
11-20 yıl	20	23.5	15.4
21-30 yıl	18	21.2	26.2
31-40 yıl	18	21.2	32.4
Hastaneye Yatış Sayısı			
1	9	10.6	
2	16	18.8	
3	7	8.2	
4 ve üzeri	53	62.4	

Tablo 6’da hastaların hastalık tanıları ve tedavi bilgileri yer almaktadır. Hastaların %18.3’ünün şizofreni, %11.7’sinin alkol bağımlısı, %8.2’sinin madde bağımlısı olduğu saptanmıştır. Hastalığın başlama yaşına bakıldığında, hastaların %60’ında hastalık 18-36 yaş arasında başlamıştır. Hastaların %34.1’inde hastalık süresi 1-10 yıldır. Hastaların %62.4’ünün hastaneye yatış sayısı 4 ve üzeridir.

Tablo 7. Hastaların ifadelerine göre Fiziksel Hastalık Öykülerinin Dağılımı (n=85)

Hastaların Hastalık Tanı Konulmuş Fiziksel Hastalık Öyküleri	n	%
Fiziksel Hastalık Öyküsü		
Var	18	21.2
Yok	67	78.2
Hastaların Belirttiği Tanılar		
Diyabet+Hipertansiyon	5	5.9
Kalp damar hastalığı	1	1.2
Diyabet	7	8.2
Kronik Bronşit	1	1.2
Diyabet+Hipertansiyon+Kolesterol yüksekliği	1	1.2
Anoreksiya	1	1.2
Talasamia	1	1.2
Kolesterol yüksekliği	1	1.2
Yok	67	78.2
Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumları		
Var	25	29.4
Yok	60	70.6

Tablo 7'de hastaların ifadelerine göre hastalık öyküleri görülmektedir. Hastaların %78.2'sinin tanısı konulmuş fiziksel hastalık öyküleri bulunmaktadır. Hastaların %8.2'sine diyabet tanısı konulmuştur ve %70.6'sı daha önce herhangi bir ameliyat geçirmemiştir.

Tablo 8. Hastaların İfadelerine göre Aktivite Durumlarının Dağılımı (n=85)

Herhangi Bir Aktiviteye Katılma Durumu	N	%
Evet	19	22.4
Hayır	66	77.6
Hastaların Katıldığı Aktiviteler		
Günaydın toplantıları	17	89.4
Hastanede yapılan aktiviteler	1	5.3
Resim çizme + müzik terapisi	1	5.3

Tablo 8’de hastaların aktivite durumları yer almaktadır. Hastaların %77.6’sı fiziksel aktiviteye katılmamaktadır. Fiziksel aktivitelere katılan hastaların %89.4’ü günaydın toplantılarına katılmaktadır.

Tablo 9. Hastaların İfadelerine göre Semptom Yaşama Durumları (n=85)

Semptomlar	N	%
Susama arttı		
Evet	26	30.6
Hayır	59	69.4
İdrara çıkma ile ilgili sorun		
Evet	2	2.4
Hayır	83	97.6
Nefes darlığı		
Evet	17	20.0
Hayır	67	80.0
Beklenmedik kilo artışı		
Evet	1	1.2
Hayır	84	98.8
Beklenmedik kilo kaybı		
Evet	4	4.7
Hayır	81	95.3
Uyku sorunları		
Evet	23	27.1
Hayır	62	62.9
Kabızlık		
Evet	6	7.1
Hayır	79	92.9
Cinsel isteksizlik		
Evet	1	1.2
Hayır	84	98.8
Göğüs ağrısı		
Evet	2	2.4
Hayır	83	97.6
Ayakta his kaybı		
Evet	0	0
Hayır	85	100

Tablo 9’da hastaların semptom yaşama durumları yer almaktadır. hastalarda en çok sırasıyla (%27.1) uyku bozukluğu, susama (%30) ve nefes darlığı (%20) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Hastaların İfadelerine göre Diş ve Göz İle İlgili Sağlık Kontrollerini Yaptırma Durumu (n=85)

Hastaların Genel Sağlık Kontrollerini Yaptırma Durumu	n	%
Diş hekimini en son ziyaret ettiği zaman		
0-6 ay arası	18	21.2
6 ay – 1 yıl arası	3	3.5
1 yıl önce	5	5.9
2 yıl önce	6	7.1
3 yıl önce	4	4.7
4 yıl önce	1	1.2
5 yıl ve daha önce	9	10.6
Hiç gitmedim	3	3.5
Hatırlamıyorum	36	42.4
Göz kontrollerini en son yaptırdığı zaman		
1-2 ay önce	2	2.4
3-6 ay önce	4	4.7
1-2 yıl önce	6	7.1
3-4 yıl önce	2	2.4
Çocukluk yaşlarında	2	2.4
Hiç gitmedim	7	8.2
Hatırlamıyorum	62	72.9

Tablo 10’da hastaların genel sağlık kontrollerini yapma durumları yer almaktadır. Hastaların %21.2’sinin diş hekimi ziyaretlerini en son 0-6 ay arasında gerçekleştirdiği, %8.2’sinin göz kontrolleri için doktora hiç gitmediği saptanmıştır. Her iki grupta da hatırlamayanların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Hastaların İfadelerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

SF-36 Alt Boyutları	Ort ±SS	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon	6.60±1.89	4	8
Ağrı	2.40±0.96	2	7
Genel Sağlık Algısı	15.74±2.31	11	25

Tablo 11’de Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlarının dağılımı görülmektedir. SF-36 ölçeği fiziksel fonksiyon puanları 4 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama 6.60±1.89; ağrı puanları 2 ile 7 arasında değişmekte olup, ortalama 2.40±0.96; genel sağlık puanları 11 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 15.74±2.31’dir.

Tablo 12. Hastaların İfadelerine göre Bireysel Özellikleri İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

Tanıtcı Özellikler	Fiziksel Fonksiyon Ort±SS	Ağrı Ort±SS	Genel Sağlık Algısı Ort±SS
Yaş			
17-35	1.74±0.58	4.64±1.83	3.36±0.79
36-60	1.59±0.50	3.84±1.74	3.23±1.05
60+	1.68±0.45	4.11±1.63	3.32±1.11
Cinsiyet			
Kadın	1.66±0.48	3.35±1.35	3.59±1.12
Erkek	1.64±0.48	2.71±1.10	4.64±1.04
Aktivite			
Evet	1.87±0.68	3.97±1.58	3.35±2.04
Hayır	1.07±0.73	2.21±1.77	4.08±2.24
Alkol Kullanma			
Hiç	1.39±0.48	3.65±1.83	4.08±1.02
Her gün	1.00±0.27	3.32±1.85	4.70±1.35
Haftada bir	2.10±1.08	4.13±1.47	3.65±1.09
Ayda bir	2.92±1.12	3.25±1.32	3.39±1.15
Bırakmış	2.89±1.19	3.14±1.23	3.43±1.13
Fargeström			
Hafif	1.86±0.84	4.62±1.39	4.62±1.19
Orta	3.59±1.50	5.84±1.98	4.35±1.25
Şiddetli	3.47±1.45	4.11±1.36	4.42±1.41

Tablo 12’te tanımlayıcı istatistiksel yöntemler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, parametrik test varsayımlarının karşılandığı durumlarda, iki bağımsız grup için bağımsız gruplarda t-testi ve bağımsız ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında varyans analizi kullanılmıştır. Hastaların bireysel özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık algısı karşılaştırıldığında; aldıkları puan ortalamaları arasında görülen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$)

Tablo 13. Hastaların İfadelerine göre Hastalık Özellikleri İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

Tanıttıcı Özellikler	Fiziksel Fonksiyon Ort±SS	Ağrı Ort±SS	Genel Sağlık Algısı Ort±SS
Hastalığın Başlama Yaşı			
0-17 yaş	4.40±2.57	7.13±2.95	3.83±1.77
18-36 yaş	5.05±2.22	7.94±2.68	4.55±1.33
37-60 yaş	4.69±1.25	3.59±1.12	1.92±0.73
60 yaş üstü	5.20±1.71	4.64±1.04	2.20±0.96
Hastalık Süresi			
1-10 yıl	4.72±2,68	7.35±2.92	2.01±0.99
11-20 yıl	4.83±2.40	8.17±2.50	2.78±1.34
21-30 yıl	3.00±0.50	3.35±2.04	2.12±0.73
31-40 yıl	3.59±1.44	4.08±2.24	1.77±0.34
Fiziksel Hastalık Öyküsü			
Var	1.21±0.05	7.25±2.54	3.55±1.73
Yok	1.20±0.64	8.13±3.22	5.40±1.45
Alerji			
Var	4.33±1.33	4.40±1.73	3.96±1.37
Yok	4.28±1.48	4.65±1.88	4.35±1.97
Hastaneye Yatış Sayısı			
1	3.50±6.09	5.24±1.65	3.89±1.82
2	3.81±6.82	5.60±1.15	5.26±2.76
3	3.59±1.50	4.62±1.39	4.35±1.25
4 ve üzeri	3.47±1.45	4.11±1.36	4.42±1.41

Tablo 13'te tanımlayıcı istatistiksel yöntemler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, parametrik test varsayımlarının karşılandığı durumlarda, iki bağımsız grup için bağımsız gruplarda t-testi ve bağımsız ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında varyans analizi kullanılmıştır. Hastaların hastalık özelliklerinden, hastalığın başlama yılı, hastalığın süresi, fiziksel hastalık öyküsü olma durumu ve hastaneye yatış süresi ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık algısı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Hastaların alerji durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu (p:0.002), ve ağrı alt boyut (p:0.001), puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Bölüm 5

TARTIŞMA

Bu çalışmada Psikiyatri ve Sinir hastalıkları hastanesinde yatan hastaların ifadelerine göre fiziksel sağlık durumu, hastalık ve bireysel özellikleriyle ilgili önemli veriler elde edilmiştir.

Hastaların %51.8'inin 36-60 yaş grubunda, %62.4'ü erkek, %71.8'i inin bekar, %67.1'inin çocuğu olmadığı,%78.9'u çalışmadığı, %48.2'si ilkokul mezunu ve %94.1'inin sağlık sigortası bulunmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların hijyen alışkanlıkları, banyo yapma, yemeklerden önce ve sonra el yıkama alışkanlıkları incelendiğinde hastaların %90.6'sı yemek öncesi, yemek sonrası ve tuvaletten sonra ellerini yıkadığını, %64.7'si yemeklerden sonra dişlerini fırçalamadığını, %71.8'ini haftada en az üç kere banyo yaptığını belirtmişlerdir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin kişisel hijyen ve sağlığı korumada yetersiz oldukları, özbakım aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşadıkları bilinmektedir (67).

Avustralya'da (2007) yapılan bir çalışmada ruhsal hastalığa sahip bireylerin ağız ve diş sağlığı problemlerinin %41 olduğu fakat maddi imkansızlıklardan dolayı bakım hizmetinden yararlanamadıkları ortaya çıkmıştır. Ağız sağlığının göz ardı edildiği ve bunun sonucunda diş ağrısı, diş çürüklerinin yol açtığı sindirim sistemi hastalıklarının yanında fiziksel ve ruhsal sorunlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır (68). Ayrıca ruhsal hastalığa sahip bireylerde aşırı şeker tüketimi, sigara kullanımına bağlı kötü ağız hijyeni, diş çürükleri psikiyatrik hastalıkla ilişkili bulunmuştur (69).

Psikiyatri hastalarıyla DMFT (çürük, eksik, dolgulu diş sayısı toplamı) skoru incelenerek yapılan çalışmalarda diş çürüklerinin, kötü hijyen ve diş kayıplarının genel topluma oranla daha yüksek ve hastanede yatış durumuyla anlamlı olarak artış görüldüğü saptanmıştır (70).

Bu çalışmada hastaların kişisel hijyen uygulamalarından el yıkama ve banyo yapma sıklıklarının yeterli olduğu, ancak diş fırçalama sorunları olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede olmalarının ve alevlenme döneminde olmamalarının bu sonuca neden olduğu söylenebilir. Ağız hijyenine yönelik kurum içerisinde uygulama bulunmaması ve hastaların ağız hijyenlerini önemsememiş olmaları neden olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların fagesetrom nikotin bağımlılık testine göre %63.7'sinin şiddetli nikotin bağımlısı olduğu saptanmıştır. %12.1'i hafif, %24.1'i orta derece de nikotin bağımlısı olarak bulunmuştur. Hastaların %67.1'i alkolü hiç kullanmamaktadır.

Yapılan bir çalışmada hastaların %13.2'sinin alkol kullandığı ve %1.5'inin devamlı olarak alkol kullandığı saptanmıştır. %6.3'ünün madde kullandığı da belirtilmiştir. En fazla kullanılan maddenin esrar olduğu fakat damardan kullanmadıkları saptanmıştır. Hastaların %52.7'sinin sigara kullandığı ve sigara içen hastanın günde en az 5 adet, en fazla sigara içilen miktarın 70 adet olduğu saptanmıştır (71).

Çukurova Üniversitesi psikiyatri kliniğinde yatan hastalarla alkol-madde kullanımını saptamak amacıyla yapılan çalışma sonucunda, alkol kullanımı %21.9, nikotin bağımlılığı %57.4, bununla birlikte bağımlılık ve psikiyatrik hastalık gruplarının hepsinde yüksek miktarda madde kullanım bozukluğu bulunmuştur (72). Alkol/madde kullanımının şizofreni hastalarında yüksek oranda seyrettiği ve

hastaların alkol/madde kullanımının yakından değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (73). Bu çalışmanın sonuçları da literatürle benzerlik göstermektedir. Hastaların şiddetli nikotin bağımlısı olarak bulunmasının nedeni ise stress anında etkisiz başatma yöntemi olarak sigarayı kullanmalarının ve yeterli destek alamamalarından olduğu düşünülmüştür. Ayrıca sigara içilmesinin engellenmesine yönelik servislerde bir uygulama olmadığı ve her yerde hastaların sigara içtikleri gözlenmektedir. Bu durumun da sigara içme oranını artırdığı söylenebilir.

Hastaların %78.2'sini tanı almış fiziksel bir hastalığı olmadığını; hastalık belirtenlerin de %82.2'sinde diyabet olduğu, %70.6'sı geçirmiş ameliyat öyküsü olmadığını ifade etmiştir.

Kayar Erginer'in yaptığı bir çalışmada, hastaların psikiyatrik tanıları dışında en az bir fiziksel hastalığı olduğu bulunmuştur. Hastaların %23.5'inde hipertansiyon, %15.7'sinde kardiyovasküler hastalık, %12.2'sinde hiper/hipotroidi, %96.6'sında diyabet, %7.8'inde hiperlipidemi, %5.2'sinde serebro vasküler hastalık, parkinson, epilepsi, emboli sonrası hemipleji gibi nörolojik hastalıklar, %4.3'ünde KOAH, astım, bronşit, %3.5'inde polikistik over sendromu, %26.6'sının ise diğer tanılarına sahip olduğu bulunmuştur. Kronik hastalıklar ve risk faktörlerini belirleyen bir çalışmaya göre hipertansiyon sıklığı %24, erkeklerde %21, kadınlarda %26 olarak bulunmuştur (74).

Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi (2018) adlı çalışmada 39 hastada hipertansiyon bulunmuştur. Kadınlarda bu oran %10.3, erkeklerde %7.3 olarak saptanmış ve kadınlarda daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (75).

Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında fiziksel hastalık sıklığını saptayan bir çalışmada hastaların %38'inde farklı tanıları içeren bir çok fiziksel

hastalık saptanmıştır. Çalışmada %13.5 endokrin, %12.2 hematolojik (anemi), %11 nörolojik, %8.6 oranlarında kardiyak (hipertansiyon) ve dermatolojik sorunlar belirlenmiştir (31).

Bu çalışmada da hastaların %21.8'inin fiziksel hastalığının olduğu ve çoğunluğu da literatüre benzer şekilde diyabetinin olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların semptom yaşama durumları değerlendirildiğinde en çok %27.1 uyku bozukluğu, %30 susama, %20 nefes darlığı şikayetinin yaşandığı saptanmıştır. Aslında hastaların fiziksel sağlık sorunlarının onların belirttiklerinden daha fazla olabileceği ve düzenli taramaların yapılmamasının bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir.

Hastaların %77.6'sı fiziksel aktiviteye katılmadığını belirtmektedir. Fiziksel aktivitelere katılan hastaların %89.4'ü günaydın toplantılarına katılmaktadırlar. Kayar Erginer'in yaptığı çalışmada, SYBDÖ (Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği) puan ortalamalarına göre 18-34 yaş aralığındaki hastaların 35-64, 65 yaş ve üzeri hasta grubuna göre fiziksel aktivite puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur (76).

Bu çalışmada hastaların ifadelerine göre değerlendirilen fiziksel aktiviteye katılma oranının düşük çıkmasının sebebinin terapotik ortamla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Hastanenin yapılandırılmış fiziksel aktivite olanaklarının sınırlı olması da neden olabilir.

Araştırmaya katılan hastalarda genel sağlık kontrollerini yaptırma durumu incelendiğinde, hastaların %21.2'sinin diş hekimi ziyaretlerini en son 0-6 ay arasında gerçekleştirdiğini, %18.2'sinin göz kontrolleri için doktora hiç gitmediği bulunmuştur. Her iki grupta da hatırlamayanların çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Hastaların genel sağlık kontrollerini yaptırma gereksiniminin olmasına rağmen

bilinçsiz olması, konunun önemini bilmedikleri içinde talep etme imkanlarının da olmadığı düşünülmektedir.

Yapılan benzer bir çalışmada, hastaların %27.8'i gözlük kullanmakta, %27.1'i ise gözlük kullanmadığı ancak görme problemi olduğu saptanmıştır. Hastaların %56.5'inde diş çürüğü, %26.1'inde diş protezi, dolgu olduğu saptanmıştır. Hastaların %52.2'si ağız kuruluğu, %3.5'inin ağız içinde aft olduğu bulunmuştur (76).

Araştırmaya katılan hastaların boy, kilo ve bel çevresi ölçümleri araştırmacı tarafından klinikte yapılarak kg/m^2 hesaplaması kullanılarak BKİ hesaplanmış, Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Buna göre, hastaların yarısı fazla kilolu ve 1.derece obez, olarak bulunmuştur. Yapılan benzer bir çalışma sonucunda, hastaların %61'i zayıf, %27.8'i normal ölçülerde, %28.7'si fazla kilolu, %24.3'ü 1.derece obez, %12.2'si 2.derece obez ve %0.9'u 3.derece morbid obez olarak saptanmıştır (76).

Şizofreni hastalarının beslenme alışkanlıklarının obezite derecesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, 1.derece obez hasta grubu %37.7, 2.derece obez hasta grubu %39, 3.derece obez hasta grubu %6.9 olarak bulunmuştur (31).

Hareket kısıtlılığı, hastaların uygun beslenmemeleri, kola, fastfood tüketiminin fazla olması, ilaç tedavisinin yan etkileri gibi durumların psikiyatri hastalarının kilo alımına önemli etkisi bulunmaktadır.

Yapılan bir çalışmada fiziksel hastalığı olmayan hastaların olan hastalara göre fiziksel aktivite puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fiziksel hastalığa sahip olanlar hareket kısıtlılığı yaşayacağından fiziksel aktivite yapmaya engel olmaktadır (76). Metabolik sendrom tanısı alan kadın hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörleri inceleyen bir araştırmada, ortalama toplam puanın en

yüksek alt boyutu manevi gelişim, en düşük alt puanın ise fiziksel aktivite alanında olduğu saptanmıştır (77).

Çalışmada hastaların SF-36 ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyut puanları 4 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama 6.60; ağrı puanları 2 ile 7 arasında değişmekte olup, ortalama 2.40, genel sağlık puanları 11 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 15.74'dir.

Yapılan benzer bir çalışmada, çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (78).

Çalışma sonuçlarına benzer olarak yapılan bir çalışmada fiziksel hastalığı olmayan hastaların, olanlara göre fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (79).

Fiziksel fonksiyon sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitede kısıtlanma, sağlık algısı ise kişinin genel olarak sağlığını değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Puan ortalamaları yaklaşık olarak orta ve biraz üzerinde olduğu söylenebilir. Diğer bir anlatımla hastaların fiziksel ağrıları olduğu, fiziksel aktivitede kısıtlama yaşadıkları ve genel sağlık algılarının iyi olmadığı söylenebilir. Hastaların mevcut tanıların olması ve klinikte aktiviteye katılmadıklarını belirtmeleri ile bu sonuçlar birbirini desteklemektedir.

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Psikiyatri ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yatan hastaların fiziksel sağlık durumu ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların %51.8'i 36-60 yaş aralığında, %62.4'ü erkek, %84.7'si bekar, %67.1'inin çocuğu olmadığı, %78.9'unun çalışmadığı, %48.2'sinin ilk okul mezunu ve %94.1'inin sağlık sigortasının bulunmadığı belirlenmiştir.
- Hastaların %18.3'ünün şizofreni, %11.7'sinin alkol bağımlısı, %8.2'sinin madde bağımlısı olduğu bulunmuştur.
- Hastaların %60'ında hastalık başlama yaşı 18-36 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Hastaların %34.1'inde hastalık süresi 1-10 yıl ve hastanede yatış sayısı olarak %62.4'ünün 4 ve üzeri kez olarak belirtilmiştir.
- Hastaların %78.2'sinin tanı konulmuş fiziksel hastalık öyküsü bulunmamakla birlikte, %8.2'si diyabet tanısına sahiptir. Hastaların %70.6'sı daha önce herhangi bir ameliyat geçirmediğini bildirmiştir.
- Hastaların BKİ'ne göre yarısı fazla kilolu ve 1. derece obez olarak bulunmuştur. Hastaların %89.4'ünün daha önce geçirdiği alerjik öyküsü bulunmamıştır.

- Hastaların semptom yaşama durumları değerlendirildiğinde en çok sırasıyla %27.1 uyku bozukluğu, %30 susama ve %20 nefes darlığı yaşadıkları saptanmıştır.
- Ayrıca bu semptomlar dışında hastalar idrara çıkmada problem, beklenmedik kilo artışı ve kaybı, kabızlık, cinsel isteksizlik ve göğüs ağrısı gibi yakınmalar bildirmiştir.
- Hastaların hijyen alışkanlıklarına bakıldığında, %90.6'sı yemek öncesi, sonrası ve tuvaletten çıktıktan sonra ellerini yıkarken, %64.7'sinin diş fırçalamada yetersiz olduğu saptanmıştır. Hastaların %71.8'I haftada en az 3 kez banyo yaptığı bulunmuştur.
- Hastaların %63.7'sinin şiddetli nikotin bağımlısı iken %67.1'inin alkolü hiç kullanmadığı bulunmuştur.
- Hastaların %77.6'sı fiziksel aktiviteye katılmakta olup , katıldıkları aktivitenin günaydın toplantıları olduğu bulunmuştur.
- Hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalaması 6.60 ± 1.89 , ağrı alt boyut puan ortalaması 2.40 ± 0.96 , genel sağlık alt boyut puan ortalaması 15.74 ± 2.31 'dir.
- Hastaların genel sağlık kontrolleri yaptırma durumuna bakıldığında %21.2'sinin diş hekimi ziyaretlerinin en son 6 ay içerisinde olduğu, %8.2'sinin göz kontrolü için doktora hiç gitmediği, hatırlamayanların da çoğunlukta olduğu bulunmuştur.

6.2 Öneriler

- Hastaların çoğunluğu tanı konulmuş fiziksel hastalığı olmadığını ifade etmektedir. Ancak susama, solunum problemlerini sık yaşadıklarını

belirttikleri ve genel sağlık algıları iyi olmadığı için fiziksel sağlık durumlarının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi,

- Hastalar 1.derecede obez ve fazla kilolu olarak belirlendiği için hastaların beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi ve hareketi artırıcı programların planması,
- Hastaların nikotin bağımlılık düzeyi oldukça yüksek olarak saptanmıştır. Bu nedenle kurumun sigara bırakmayı destekleyici programlar düzenlemesi ve servis içinde sigara içilmemesi yönünde uygulamaların başlatılması,
- Hastaların ağız hijyeni uygulamaları yetersiz bulunmuştur. Düzenli ağız hijyeni kontrolü ve eğitimler yapılarak hastaları uygulamaya teşvik etmeleri,
- Psikiyatri hastalarının fiziksel aktivite düzeyi düşüktür. Fiziksel, aktiviteyi artırmaya yönelik programların düzenlemesi önerilir.

KAYNAKLAR

- [1] White, J., Gray, R. & Jones, M. (2009). The development of the serious mental illness physical health improvement profile. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*
- [2] Hardy, S. & Gray, R. (2010). Adapting the severe mental illness physical health improvement profile for use in primary care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19 (5): 350-355.
- [3] 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.
- [4] Ohlsen, R.I., Peacock, G. & Smith, S. (2005). Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*
- [5] Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D ve ark. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian pacific Journal of Cancer Prevention* 2014
- [6] Ekinci O, Ekinci A (2012)Türkiye’de Şizofreni Hastalarında Sigara Kullanımının Psikopatolojik, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* ;25:321-329

- [7] Demir S, Mahmut Bulut M, İbiloğlu AO, Güneş M, Şimşek Ş, Sır A (2016)Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalardaki Komorbid Somatik Hastalıklar”, *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg* , 7(26):1-10
- [8] Hardy, S. & Gray, R. (2010). Adapting the severe mental illness physical health improvement profile for use in primary care. *International Journal of Mental Health Nursing*,
- [9] Öyekçin, D.G. (2009). Bir grup şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastasında metabolik sendrom sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (1): 26-33.
- [10] Kilian R, Becker T, Krüger K, Schmid et al. Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinava* 2006; 114 (4): 242- 248.
- [11] Hardy, S. & Thomas, B. (2012). Mental and physical health comorbidity: Political imperatives and practice implications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 289-298
- [12] Sarı, D. (2017). *Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Durumuna Hemşirelerin Yaklaşımları ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi. İstanbul
- [13] WHO Regional Office for Europe. (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health*. World Health Organization.

- [14] Pektaş, İ., Bilge, A., & Ersoy, M. A. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (7), 43-48.
- [15] Allott, P. (2004). What is Mental Health, Illness and Recovery? T. Ryan, & J. Pritchard içinde, *Good Practice in Adult Mental Health* (s. 13-31). Jessica Kingsley Publishers .
- [16] Llopis, E. J. (2007). Mental Health Promotion: Concepts and Strategies for Reaching the Population. *Health Promotion Journal of Australia* , 18 (3), 191-197.
- [17] Ocaktan, M. E., Özdemir, O., & Akdur, R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12 (2), 63-73.
- [18] WHO , 2001; Öztürk, 2004;Kessler et al,2005; *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*,2011.
- [19] Mezzich JE, Ustun TB (2004) *Epidemiology. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. BJ Sadock , VA Sadock (Ed), New York, Lippincott Williams & Wilkins, s. 656-72.
- [20] Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V: Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: Reliability in a Turkish Sample and Factor Analysis. *Tuberculosis and Thorax* 52(2):115-121, 2004.

- [21] Happell, B., Platania-Phung, C. & Scott, D. (2011). Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (5): 310-318.
- [22] Muir- Cochrane, E. (2006). Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (4): 447-452.
- [23] Öyekçin, D.G. (2009). Bir grup şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastasında metabolik sendrom sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*
- [24] Maricle, SR., Hofman, WF., Bloom, JD., et al. The prevalence and significance of medical illness among chronically mentally ill out patients. *Community Ment Health J*, 1987;23:81-90.
- [25] Brown, S., Inskip, H., Barraclough, B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 2000;177:212-217.
- [26] Kenkre AM, Spadigam AE. Oral health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in India. *Indian J Dent Res* 2000; 1:5-11.
- [27] Barnes GP, Allen EH, Parker WA, Lyon TC, Armentrout W, Cole JS. Dental treatment needs among hospitalized adult mental patients. *Spec Care Dentist* 1988; 8:173-177.

- [28] Tiller S, Wilson KI, Gallagher JE. Oral health status and dental service use of adults with learning disabilities living in residential institutions and in the community. *Community Dent Health* 2001; 18:167-171.
- [29] Almomani F, Williams KB, Catley D, Brown C. Effects of an oral health promotion program in people with mental illnesses. *J Dent Res* 2009; 88:648-652.
- [30] Peet, M. Diet, diabetes and schizophrenia: review and hypotheses. *British Journal of Psychiatry*, 2004;184 (Suppl. 47): s102-s105.
- [31] Simonelli-Muñoz AJ, Fortea MI, Salorio P, Gallego-Gomez JI ve ark. Dietary habits of patients with schizophrenia: A self-reported questionnaire survey. *International Journal of Mental Health Nursing* 2012; 21 (3): 220–228.
- [32] Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. *Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 701* Ankara:Aydoğdu Ofset Matbaacılık, 2007;27.
- [33] Çelepkolu T, Atlı A, Palancı Y. ve ark. Sigara, kullanıcılar da nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır örnekle mi. *Dicle Tıp Derg* 2014;41:712-716.
- [34] Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. *Handb Exp Pharmacol* 2009;192:29-60.

- [35] Bozkurt Zincir S, Zincir N, Snbl EA, Kaymak E . Sigara Bağımlılığında mizaç ve karakter özelliklerinin bağımlılık düzeyleri ile ilişkisi. *Journal of Mood Disorders* 2012;2:160-166.
- [36] Bilir N. *Sigarayı bırakma metodları, önemi ve ülkemizdeki durum. Türkiye’de kanser kontrolü. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ankara:Koza Matbaacılık, 2009;113-118.*
- [37] Schneier FR, Siris SG. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175:641-652.
- [38] Demir T. *Türkiyede sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. Sempozyum Dizisi* 2008;62:231-238.
- [39] Evren C, Evren C. şizofreni ve alkol madde kullanım bozuklukları ek tanısı: bir gözden geçirme. *Turk Psikiyatri Derg* 2003; 14:213-224.
- [40] Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatry Rehabil J* 2004; 27:360-374.
- [41] Arslan, M., Atmaca, A., Ayvaz, G., Başkal, N., Beyhan, Z., Bolu, E. ve ark. (2009). *Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği metabolik sendrom çalışma grubu. Metabolik Sendrom Kılavuzu, 7-13. Erişim tarihi: 28.05. 2013.*

- [42] Mete L, Ünsal PÇ. Yenin Kuflak Antipsikotiklerin Metabolik Yan Etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14: 168-77.
- [43] By Mayo clinic staff. Metabolic syndrome and risk factors. Mayo foundation for medical education and research 2004; 37: 454-74.
- [44] Earl S. Ford ES, Giles WH, Mokdad AH. Increasing Prevalence of the Metabolic Syndrome Among U.S. Adults. *Diabetes Care* 27(10):2444-2449, 2004
- [45] Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, Gordon DJ, Krauss RM, Savage PJ, Smith SC Jr, Spertus JA, Costa F; American Heart Association;
- [46] Gregg EW, Cauley JA, Stone K, Thompson TJ, Bauer DC, Cummings SR, et al., for the Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Relationship of changes in physical activity and mortality among older women. *JAMA*;289:2379-86, 2003
- [47] Kaya, M.C., Vırit, O., Altındağ, A., Selek, S. Bülbül, F. & Bulut, M. (2009). Şizofrenide metabolik sendrom sıklığı, metabolik sendromun özellikleri ve kullanılan antipsikotiklerle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 (1): 13-18.
- [48] Cerit, C., Özten, E. & Yıldız, M. (2008). Şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (2): 124-132.

- [49] Köknel, Ö. (2000). *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- [50] Yardım, N., Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Aydın, S., & Ünüvar, N. (2007). 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü
- [51] Taşkın EO. Damgalanma süreci ve şizofreniye yönelik damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10(Ek 2):58-9.
- [52] Angermeyer MC, Matschinger H (2005) Labelling – stereotype – discrimination An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 40: 391-395.
- [53] Kuş Saillard E. Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Turk Psikiyatri Derg* 2010;21:14-24.
- [54] Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Sociol Rev* 1997;62:660-72.
- [55] Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T. Stigma, discrimination, empowerment and social networks: a preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample. *Int J Soc Psychiatry* 2008;54:47-55.

- [56] Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2005;18:32-8.
- [57] Stuart GW. *Implementing The nursing process: Standards of care. principles practice psychiatric nursing*. 6th ed. St. Louis Missouri: Mosby; 1998. p. 177- 91.
- [58] Happell, B., Davies, C. & Scott, D. (2012). Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 236–247.
- [59] Gray, R., Hardy, S. & Anderson, K.H. (2009). Physical health and severe mental illness: if we don't do something about it, who will? *International Journal of Mental Health Nursing*, 18 (5): 299-300.
- [60] 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.
- [61] Happell, B., Platania-Phung, C., Scoot, D. *Physical health care for people with mental illness: Training needs for nurses*, *Nurse Education Today*, 2013; 33:396-401.

- [62] Hurowitz., JC. Meeting the medical needs of adults in public psychiatric facilities. *Health Aff (millwood)* 1989;8: 77-83.
- [63] 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.
- [64] Rhlance, R., Harrison, J., Chapman, H. *Who Assesses The Physical Health of inpatients?* Date of acceptance, 2012; Volume 16: Number 2., *Mental Health Practice*.
- [65] Phelan , M., Sradins, L. Amin D. et al. The physical health check: A tool for mental health workers. *Journal of Mental Health*, 2004; 13 (3): 277-284.
- [66] 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.
- [67] Karakaya İ. *Psikiyatrik hastalıklar ve psikiyatrik tedavi gören hastalara diş hekimliği yönünden yaklaşım*. İzmir, Ege Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi AD. Bitirme Tezi, 2012.
- [68] SANE Australia (2007). *Physical health peer education. Improving physical health and preventing chronic health conditions in people living with mental illness*. Evaluation Report. Erişim tarihi: 09.01.2016. URL:

- [69] Gürbüz Ö, Altınbaş K, Kurt E : *Psikiyatrik Hastalarda Ağız Sağlığı, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011,3(4) s: 628-646
- [70] Cormac I, Jenkins P. Understanding the importance of oral health in psychiatric patients. *Advances in Psychiatric Treatment* 1999; 5:53-60.
- [71] Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2005;1:61-4.
- [72] Karakuş G, Evlice YE, Tamam L. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 37(1):37-48.
- [73] *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2013;5(3):260-275 doi:10.5455/cap.20130517
- [74] Çetin M. Şizofreni tedavisi: geçmişi, bugünü ve geleceği. *Klin Psikofarmakol Bul.* 2015;25:95-9.
- [75] Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi *Cukurova Med J* 2018;43(4):892-902
- [76] Kayar, D., (2016). *Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık Durumu ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi*, 2016; Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi İzmir.

- [77] Kumsar AK, Pakyüz SÇ. Metabolik sendromlu kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015;12 (1): 19- 24.
- [78] Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2011; 11: 619-626.
- [79] Çam O, Özgür G, Gürkan A, Dülgerler S ve ark. Psikiyatri hemşireliği klinik uygulamalarında öğrenci hemşirelerin hemşirelik süreci raporlarının değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004;20:23-34.
- [80] Metabolik Sendrom Araştırma Grubu. *METSAR Sonuçları*. XX.Ulusal Kardiyoloji Kongresi. Antalya, 2004.
- [81] Usta E, Metin Ö, Birsöz S. Şizofreni ve diyabet: *Yeni kuşak antipsikotiklerin yol açtığı diyabet veya metabolik sendrom*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007;17:207-216.
- [82] Öztürk, O., Uluşahin, A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 1,2. 12. Baskı , Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2014.
- [83] Collins, E., Tranter, S. & Irvine, F. (2011). The physical health of the seriously mentally ill: an overview of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*

- [84] Brunero S, Lamont S, Fairbrother G. *Prevalence of Metabolic Syndrome Among Patients Attending an Outpatient Clozapine Clinic in Australia*. Archives of Psychiatric Nursing 2009
- [85] Collins E, Tranter S, Irvine F. The physical health of the seriously mentally ill. Journal of psychiatric and mental health nursing 2011
- [86] Kısa, C, Cebeci, S, Uysal, Z, Aydemir, Ç. & Göka, E. (2008). *Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında fiziksel hastalık sıklığı*. New Symposium Journal
- [87] Park, T., Usher, K. & Foster K. (2011). Description of a healthy lifestyle intervention for people with serious mental illness taking second-generation antipsychotics. International Journal of Mental Health Nursing 14. Kısa C, Cebeci S, Uysal Z , Aydemir Ç, Göka E (2008) “*Yatarak Tedavi Gören Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Hastalık Sıklığı*” New/Yeni Symposium Journal, Cilt 46,Sayı 2;66-69
- [88] Kessler RC (2000) Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. Bull World Health Organ 78: 464-74.
- [89] Rhlance, R., Harrison, J., Chapman, H. Who Assesses The Physical Health of inpatients? Date of acceptance, 2012; Volume 16: Number 2., Mental Health Practice.

- [90] Gartshore, A. (2009). Does the use of a physical health assesment tool improve the physical health of clients of a community mental health team? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6): 578- 580
- [91] Shuel, F., White, J., Jones, M. & Gray, R. (2010). Using the serious mental illness health improvement profile (HIP) to identify physical in a cohort of community patients: A pragmatic case series evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2): 136- 145.
- [92] Mental Health Core Skills, Education and Training Framework, Skills for Health, Health Education England and Skills for Care.
- [93] Osby U, Brandt L, Correia N, Ekbom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:844-50.

EKLER

Ek 1. Hastanın Tanımlayıcı ve Hastalık Özellikleri Veri Toplama

Formu

A) Hasta tanıtım formu:

1. Cinsiyetiniz:
 - a) Kadın
 - b) Erkek
2. Yaşınız:
3. Mesleğiniz:
4. Çalışma durumu:
 - a) Çalışıyor
 - b) Çalışmıyor
 - c) İşten ayrıldı
5. Medeni durumunuz:
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Boşanmış
 - d) Dul
6. Çocuk sayısı:
 - a) Yok
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3 ve üzeri
7. Eğitim durumunuz:
 - a) İlk okul
 - b) Orta okul
 - c) Lise
 - d) Lisans
 - e) Lisansüstü
8. Sağlık sigortanız var mı ? var () yok ()

Hijyen Alışkanlıkları	Evet	Hayır	Bazen
Yemek öncesi, yemek sonrası, tuvaletten sonra ellerimi yıkarım			
Yemeklerden sonra dişlerimi fırçalarım			

Haftada en az 3 kez banyo yaparım			
-----------------------------------	--	--	--

10. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

- Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
 - İlk 5 dakika içinde (3 puan)
 - 6-30 dakika içinde (2 puan)
 - 31-60 dakika içinde (1 puan)
 - 1 saatten sonra (0 puan)
- Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
 - Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
- Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
 - Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
 - Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)
- Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - 31 ve daha fazla (3 puan)
 - 21-30 adet (2 puan)
 - 11-20 adet (1 puan)
 - 10 ve daha az (0 puan)
- Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
 - Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
- Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?
 - Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)

	Hiç kullanmam	Her gün düzenli olarak	Haftada 1 kez	Ayda 1 kez	Bırakmış
Alkol kullanımı					

11. Ağırlık(kg): Boy(cm): Bel çevresi: BKİ:

B. Hastalık ve tedavi bilgileri

1. Psikiyatrik tanı:

2.Hastalık başlama yaşı:

3.Hastalığın süresi:

4.Hastaneye yatış sayısı:

- 1
- 2
- 3
- 4 ve üzeri

5.Şimdiki hastanede yatış süresi (gün/ay olarak)

6.Tanı konulmuş fiziksel hastalık öyküsü:

- a) Var..... Açıklayınız
b) Yok

7.Hastanın yakındığı fiziksel sorunları:

- a) Var..... Açıklayınız
b) Yok

8. Hastanın kullandığı psikotrop ilaçlar ve yan etkileri

9. Hastanın kullandığı diğer ilaçlar ve yan etkileri

10. Herhangi bir alerjisi var mı? Açıklayınız

11. Daha önce geçirilen ameliyat/sakatlık durumu

12.Günlük sıvı alımı miktarı:

13. Tansiyon: Nabız: Solunum: Vücut sıcaklığı:

14. Sağlıklı bir diyet yediğinizi düşünüyormusunuz ? Günlük yediklerinizden örnek verebilirmisiniz.

- a) Evet b) Hayır

15. Herhangi bir fiziksel aktiviteye veya egzersize katılıyor musunuz? Evet ise, ne yapıyorsunuz ve ne kadar sıklıkta çalışıyorsunuz?

- a) Evet b) Hayır

16.Aşağıdaki semptomlardan hangisi/hangilerini yaşıyorsunuz? İşaretleyiniz

17. Genel sağlık kontrollerini yaptırma durumu

	Tarih	Diğer ayrıntılar (test sonuçları, ziyaret nedenleri..)
Diş hekiminizi en son ne zaman ziyaret ettiniz ?		
Göz kontrollerinizi en son ne zaman yaptırdınız ?		
Kolonoskopi en son ne zaman yapıldı (60 yaş üstü için)		

Kadın hastalar için;

	Tarih	Diğer ayrıntılar
En son ne zaman semar testi yaptırdınız ?		
En son ne zaman adet gördünüz ?		
Ne kadar sıklıkla adet görüyorsunuz ?		
En son ne zaman mamografi çektirdiniz? (35 yaş üstü bayanlar için)		

Erkek hastalar için;

	Tarih	Diğer ayrıntılar
Testislerinizi ne kadar sıklıkla muayene ediyorsunuz ?		

Ek 2. Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu (Fiziksel Sağlık)

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|-------------|---|
| a) Mükemmel | 1 |
| b) Çok iyi | 2 |
| c) İyi | 3 |
| d) Orta | 4 |
| e) Kötü | 5 |

2. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok	Evet, çok az	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek,	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

3. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- | | | |
|--|---|---|
| a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama | 1 | 2 |
| d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması | 1 | 2 |

4. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine
alınız

EVET HAYIR

- a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ? 1 2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması 1 2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama 1 2

5. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine
alınız

- Hiç 1
Çok az 2
Orta derecede 3
Biraz 4
Oldukça 5

6. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine
alınız

- Hiç 1
Çok az 2
Orta 3
Çok 4
İleri derecede 5
Çok şiddetli 6

7. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine
alınız

- Hiç 1
Çok az 2
Orta 3
Çok 4
İleri derecede 5

8. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadi	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış	1	2	3	4	5	6

d. Kendinizi sakin ve huzurlu	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

9. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

10. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

ARAŞTIRMANIN ADI: Psikiyatri ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Yatan Hastaların Fiziksel Sağlık Durumu ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi

Bu form ile ‘‘Psikiyatri ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Yatan Hastaların Fiziksel Sağlık Durumu ve Etkileyen Etmenlerin’’ isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Prof Dr. Besti Üstün sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Bu çalışmanın amacı , Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yatan hastaların fiziksel sağlık durumunu ve etkileyen etmenlerin belirlenmesidir.

Araştırmanın Yöntemi:

Bu araştırma; Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde bulunan akut, kronik ve hostel servisnde yatan hastaların fiziksel sağlık durumunu ve etkileyen etmenlerini belirleyen kesitsel-tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı-Soyadı: Zişan PEKRİ

Görevi : Hemşire

Telefon : 05338258670

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağı şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Zişan Pekri ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Zişan Pekri- Hemşire

Adres: Gündüz Tezel Sok NO:1 Gazimagusa Suriçi

Tel: 05338258670

İmza:

Tarih:

Ek 4. Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu İzni

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Uluslararası Kaliteyi İzler"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "Far East International Center"</p>	<p>PK: 09520 Gazimagusa, Kıbrıs Cumhuriyeti Femagusta, North Cyprus Via Akdeniz-10 TRAKYA Tel: +90 392 433 1888 Faks/Fax: +90 392 433 2018 baysk@emu.edu.tr</p>
<p>Etik Kurulu / Ethics Committee</p>		
<p>Sayı: ETK00-2018-0053 Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.</p>	<p>24.01.2018</p>	
<p>Sayın Zişan Pekri Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi</p>		
<p>Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 15.01.2018 tarih ve 2018/52-25 sayılı kararı doğrultusunda, Psikiyatri ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Yatan Hastaların Fiziksel Sağlık Durumunu Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi adlı tez çalışmanızı, Prof. Dr. Besti Üstün'ün danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.</p>		
<p>Bilginize rica ederim.</p>		
		
<p>Doç. Dr. Şükrü Tüzmen Etik Kurulu Başkanı</p>		
<p>ŞT/sky.</p>		
<p>www.emu.edu.tr</p>		

Ek 5. KKTC Sağlık Bakanlığı İzni



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı: YTK.0.00-1/2013-19/79-18/ 332 / Lefkoşa: 02.02.2018

**Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği,
Lefkoşa.**

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 15.01.2018 tarih ve 2018/52-25 sayılı kararı doğrultusunda **Zişan Pekri'nin**, "**Psikiyatri ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Yatan Hastaların Fiziksel Sağlık Durumunu Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi**" konulu araştırmasını **Şubat 2018** ile **Eylül 2018** tarihleri arasında anket çalışmasını kabul eden kişilere hizmetleri aksatmayacak şekilde uygulamaları ve tez çalışmasının raporlarını yayınlanmadan önce Bakanlığımızla paylaşmaları kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Dr. Mustafa ALTINGÜNEŞ
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Müdürü

UÜ.

Adresi: Bedrettin Demirel Caddesi No: 142 Lefkoşa.
Tel: (+90 392) 228 3173, 228 4011, 228 4668 / Faks: (+90 392) 228 4247

Ek 6. Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi İzni



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜ
BARIŞ RUH VE SINIR HASTALIKLARI HASTANESİ

Sayı : YTK.2.01-006-18-E.661

9 Ağustos 2018

Konu : Zişan Pekri'nin Tez Çalışması Hk.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğü'nün 2 Şubat 2018 tarihli ve YTK.0.00-1/2013-19/79-18-332 sayılı yazısı.

Zişan Pekri'nin tezi için hastanemizde veri toplaması uygun görülmüş ve bu süreci hastanemizde tamamlanmıştır.

Bilgilerinize saygı ile arz olunur.



Dr. Abdin AKBİRGÜN
Başhekim V.

Nor: 99-2007 sayılı Elektronik İmza Yasa'sı ile 5 numaralı maddesi gereği bu belge elektronik imza ile doğrulanmıştır.

Bedrettin Demirel Caddesi, Ortaköy
05192/22854-01
3846148

Bilgi için:Belgin DORAK UZUN
Arşiv: 5060008