

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARININ
FİZİKSEL SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK
DENEYİMLERİ**

MUKADDES MÜBERRA GEDİK

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2019

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2016970059

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARININ
FİZİKSEL SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK
DENEYİMLERİ**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

MUKADDES MÜBERRA GEDİK

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN

Tez Kodu: DEU.HSI.MSc-2016970059

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mukaddes Müberra GEDİK ‘KRONİK PSİKIYATRİ HASTALARININ FİZİKSEL SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK DENEYİMLERİ’ konulu yüksek lisans tezini 20.06.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Melike YÖNDER ERTEM

ÜYE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

YEDEK ÜYE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1-GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
1.1.PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	3
1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	9
1.3.ARAŞTIRMA SORULARI.....	9
2-GENEL BİLGİLER.....	10
2.1. Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık.....	10
2.2. Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Hastalıklar.....	11
2.3. Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık Sorunlarının Nedenleri.....	13
2.4. Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadıkları Engeller.....	15
2.4.1. Kronik Psikiyatri Hastalarının Hastalıklarıyla İlgili Engeller.....	16
2.4.2. Sağlık Çalışanları İle İlgili Engeller.....	17
2.4.3. Sağlık Sistemiyle İlgili Engeller.....	18
2.5. Psikiyatri Hemşirelerinin Fiziksel Sağlık Ve Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Erişimle İlgili Rol Ve Sorumlulukları.....	20
3-GEREÇ VE YÖNTEM.....	23

3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	23
3.4. Çalışma Materyali.....	24
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.6. Veri Toplama Araçları.....	24
3.6.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu.....	25
3.6.2. Görüşme Formu.....	25
3.6.3. Verilerin Toplanması.....	25
3.6.4. Araştırmanın Geçerliği Ve Güvenilirliği.....	26
3.7. Araştırma Planı Ve Takvimi.....	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.8.1. Hasta Bilgi Formlarının Değerlendirilmesi.....	28
3.8.2. Verilerin Analizi.....	28
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
3.10. Etik Kurul Onayı.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR.....	60
8. EKLER.....	80
EK I. Kronik Psikiyatri Hastası Bireylere Ait Tanıtıcı Bilgi Formu.....	80

EK II. Kronik Psikiyatri Hastası Bireylere Yönelik Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	81
EK III. Etik Kurul Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	82
EK IV. Uygulama Kurum İzinleri.....	83
EK V. Etik Kurul İzin Belgesi.....	84
EK VI. Etik Kurul Değişiklik İzin Belgesi.....	85
EK VII. Araştırmacı Özgeçmişi.....	87



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa no

Tablo 1. Örneklem Seçme Kriterleri.....	24
Tablo 2. Hastaların Demografik Verileri.....	31



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa no

Şekil 1. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik deneyimlerini açıklayan tema ve alt temalar.....	30
--	----



KISALTMALAR

H: Hasta

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

HIV: Human Immunodeficiency Virüs

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)

NICE: National Institute For Health And Clinical Excellence

TEŞEKKÜR

Tezin tüm aşamasında bilgisi, sabrı, görüşleri ve geribildirimleriyle gelişimimi sağlayan, beni destekleyen, bana verdiği emekleri asla unutmayacağım çok değerli danışmanım Sayın Doç.

Dr. Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN'e,

Lisans ve yüksek lisans dönemimde bilgiler edinme fırsatı bulduğum, değerli fikirlerinden yararlandığım Sayın Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Figen

ŞENGÜN İNAN'a,

Birlikte yüksek lisans öğrenimi gördüğüm arkadaşlarıma, tüm anabilim dalı üyelerine ve bana sayısız yardımları için Araş. Gör. Özgü Serçe'ye,

Veri toplama aşamasındaki yardımları için psikiyatri servisinde görev yapan hekim, hemşire ve diğer çalışanlara,

Beni destekleyen, birlikte çalıştığım hemşire arkadaşlarıma,

Araştırmama katılıp desteklerini sunan tüm psikiyatri hastalarına,

Ve uzaklardayken bile daima yanımda olan tüm emekleri, destekleri, sevgileri için çok değerli, canım aileme,

Teşekkürlerimi sunarım.

Mukaddes Müberra GEDİK

KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARININ FİZİKSEL SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK DENEYİMLERİ

Mukaddes Müberra GEDİK

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

mukaddes.gedik35@gmail.com

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, kronik psikiyatri hastalarının aldıkları fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik düşüncelerini ve yaşadıkları deneyimlerini açıklamaktır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı kalitatif tipte bir araştırmadır. Çalışma Türkiye'nin İzmir ilinde bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini amaçlı örneklem yöntemiyle seçilen yatarak tedavi görmekte olan 14 kronik psikiyatri hastası oluşturmaktadır. Derinlemesine görüşmeler yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmanın sonucunda 3 tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar; fiziksel sağlık hizmeti almadaki engeller, kolaylaştırıcılar ve beklentilerdir. Engeller temasının altında bireysel ve hastalıkla ilgili engeller, sağlık çalışanıyla ilgili engeller, sağlık sistemiyle ilgili engeller bulunmaktadır. Kolaylaştırıcılar temasının altında ise sağlık sisteminin kolaylaştırıcıları ve aile desteği yer almaktadır. Beklentiler temasında ise hastaların sisteme ve sağlık çalışanına yönelik beklentiler olarak yer almaktadır.

Sonuç: Kronik psikiyatri hastaları fiziksel sağlık hizmeti alırken birçok engelle karşı karşıya kalmaktadır ve bu hastaların fiziksel sağlıklarını koruyup geliştirmek için hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini artırmaya yönelik yapılacak hemşirelik girişimleri önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Erişim, Fiziksel Sağlık, Kronik Psikiyatri Hastaları, Hemşirelik, Kalitatif.

EXPERIENCES OF INDIVIDUALS WITH SEVERE MENTAL ILLNESSES ABOUT PHYSICAL HEALTH SERVICES

Mukaddes Müberra GEDİK

Dokuz Eylül University Institute of Health Sciences Nursing Department

mukaddes.gedik35@gmail.com

ABSTRACT

Aim: The purpose of this research was to clarify the opinions and experiences of individuals with severe mental illnesses about physical health services.

Methods: In this study a qualitative descriptive approach was used. This study was carried out in psychiatric clinic of the university hospital in İzmir, Turkey. The sample consisted of fourteen individuals with severe mental illnesses who receive psychiatric treatment in a psychiatric clinic. In-depth interviews were conducted using a semi-structured interview format. Content analysis was used evaluate the interviews.

Results: Three themes emerged as a result of the research. These themes; barriers, facilitators and expectations for receiving physical health care. In the theme of barriers, there are barriers related to individual and disease, health care workers and health system. Under the theme of facilitators, healthcare system facilitators and family support are included. Expectations themes are included in the expectations from the healthcare professionals and health care services.

Conclusion: While individuals with severe mental illnesses are receiving physical health care, face many barriers and the nursing interventions to increase the access of patients to physical health services are important for promoting and improving the physical health of these patients.

Key words: Access to Physical Health Care Services, Physical Health, Individuals with Severe Mental Illnesses, Nursing, Qualitative.

1. GİRİŞ ve AMAC

1.1. Problemin tanımı ve Önemi

Şizofreni, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gibi kronik psikiyatri hastalıkları olan bireylerin yaşam beklentilerinin ve fiziksel sağlıklarının genel topluma göre daha kötü olması önemli bir sorundur (McCloughen ve ark., 2012; McDaid & Smyth, 2015). Kronik psikiyatri hastaları sigara, alkol ve madde kullanımlarının fazla olması, hareketsiz yaşam biçimleri, kötü beslenme alışkanlıkları ve psikotrop ilaç yan etkileri nedeniyle morbidite açısından risklidir. Kronik psikiyatri hastaları, intihar veya kazalar gibi nedenlerle açıklanamayan bir oranda, genel topluma göre daha yüksek ölüm oranlarına sahiptirler (Brown ve ark, 2000). Fiziksel sağlık sorunları erken ölümlerin önemli bir nedenidir. (Colton ve Manderscheid 2006; Laursen ve ark., 2014; Lawrence ve ark, 2013). Walker ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı bir meta-analizde şizofreni ve bipolar gibi kronik psikiyatri hastaları için doğal nedenlerle on yıllık bir potansiyel yaşam kaybı bulunmuştur.

Genel topluma kıyasla, kronik psikiyatri hastalarında solunum yolu problemleri (Sokal ve ark, 2004), diyabet (Dixon ve ark, 2000), hepatit B, C ve HIV (Rosenberg ve ark, 2001) gibi hastalıklar daha yüksek görülmektedir. Obezite, inme ve kardiyovasküler hastalıklar bu hasta grubunda sık görülmektedir ve bu hastaların genel nüfusa göre iki kat daha fazla ölüm riski taşıdığı görülmektedir (Department of Health, 2006). Kronik psikiyatri hastaları fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgili tanı aldığında hayatta kalma olasılıkları daha düşüktür (Hawamdeh & Fakhry 2014; McAndrew ve ark, 2014). Bir çalışmada şizofreni hastalarının bulaşıcı hastalık riskinin yüksek olduğu, kanser gelişme olasılığının daha yüksek olmasa da hayatta kalma oranının% 50 daha düşük olduğu gözlenmiştir (Harris & Barraclough, 1998). Psikiyatrik hastalığı olanlar, koruyucu sağlık hizmetlerinin alamamaktadır (Druss ve ark, 2002) ve benzer tıbbi hastalığı olanlara göre aldıkları tıbbi bakım kalitesi daha düşüktür (Druss ve ark, 2000; Druss ve ark, 2001).

Teşhis edilmemiş ve tedavi edilmemiş tıbbi hastalık oranları, kronik psikiyatri hastalarında genel nüfusa kıyasla daha yüksektir (De Hert ve ark, 2011). Kronik psikiyatri hastası olmak, gerekli olduğunda etkili bir tıbbi bakım almada engel teşkil etmektedir (Lambert ve ark, 2003). Kronik psikiyatrik hastalıkların semptomları nedeniyle bu hastalar fiziksel belirtileri yorumlamada diğer hastalara göre daha az yeterliliğe sahiptir (De Hert ve ark, 2011). Kronik psikiyatri hastalığına sahip bireylerin yaşadıkları sıkıntılar sağlık

hizmetlerine erişimde yaşadıkları engeller nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Chadwick ve ark, 2012; Hardy & Thomas, 2012; Henderson & Battams, 2011; Lawrence & Kisely, 2010; Robson & Gray, 2007; Taylor ve ark, 2009). Bu engellerin yanı sıra kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel problemlerinin hem birinci basamak hem de ikinci basamak sağlık hizmetleri tarafından genellikle ihmal edildiği kabul edilmektedir (Roberts ve ark, 2007). Ruhsal hastalık tanısı konan kişiler ile genel toplum arasındaki ortalama yaşam beklentisi farkı, literatürde acil çözüm gerektiren önemli bir sağlık eşitsizliği olarak tanımlanmaktadır (Blomqvist & Ziegert, 2011; Happell ve ark, 2015; Laursen ve ark, 2014; Lawrence ve ark, 2013). Sağlık hizmetlerine erişim yetersizliği, fiziksel hastalıkları olan kronik psikiyatri hastalarında morbidite ve mortaliteyi daha çok artırmaktadır (Lawrence ve ark, 2001). Özellikle şizofreni hastalarının tıbbi bakıma daha az erişimi olduğu ve daha az tıbbi bakım hizmeti aldıkları belirtilmiştir (Hennekens, 2006).

Kronik psikiyatri hastalarının, güvenilir, geniş kapsamlı ve süreklilik gösteren bir sağlık sistemi erişimine ihtiyaçları bulunmaktadır. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişiminin daha düşük olması, bu nüfusun ihtiyaçları göz önüne alındığında büyük bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Lawrence ve ark, 2001). Fiziksel hastalık oranlarının yüksek olması, bu hastalara yönelik entegre bakımı, hastalıkların önlenmesini ve yakından takip edilmesini gerektirir (Lambert, 2009; Gray, 2012; Stanley & Laugharne, 2011). Kronik psikiyatri hastalarının tıbbi bakıma erişim düzeylerini ve algılanan engelleri tanımlamak ve ölçmek, bu nüfusun sağlığını iyileştirmek için önemlidir (Bradford ve ark, 2008).

Hastalar fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimi hasta ve hastalığına ilişkin, psikiyatristlere ilişkin, diğer birimlerdeki doktorlara ilişkin, tedaviye ve sağlık sistemine ilişkin faktörlerden etkilenmektedirler (De Hert ve ark., 2011).

Hasta ve hastalığına ilişkin faktörler arasında, kronik psikiyatri hastalarının kognitif bozukluklar, sosyal izolasyon ve kuşku gibi nedenlerle fiziksel sağlık arayışında bulunmaması belirtilmektedir (Phealan ve ark, 2001). Kronik psikiyatri hastalarının eğitim seviyesinin düşük olması, işsizlik oranının yüksek olması, yoksulluk ve barınma sorunları yaşamaları gibi sosyo-ekonomik sorunlar da tıbbi hizmetlere erişimde bir engel oluşturmaktadır. Kronik psikiyatri hastalarının aile desteğinin ve sosyal ağlarının az olması yaşam biçimi

davranışlarını değiştirmede zorluk yaşamaları neden olarak bakım arayışlarını etkilemektedir (WHO, 2005; Robson ve Gray, 2007; Kane, 2009; Lambert ve ark, 2003). Madde bağımlılığı, kötü beslenme, sigara içme, egzersiz yapmama ve güvenli olmayan seksüel ilişkiler gibi olumsuz yaşam biçimi davranışları kronik psikiyatri hastalarında sık olarak görülmektedir ve hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini de etkilemektedir (Lawrence & Kisely, 2010; Craddock-O'Leary ve ark, 2002; Kendrick, 1996; Brown ve ark, 1999). Tedaviye daha az uyumlu olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir (Brown ve ark, 2000; Hennekes, 2006; Brugha ve ark, 1989). Bilişsel yitimler, ağrı duyarlılığında azalma ve psikiyatrik hastalığın şiddetinden dolayı gerçeği değerlendirememesi, fiziksel sorunların farkına varamamaya neden olmakta ve bireylerin erişimini kısıtlamaktadır (Jeste ve ark, 1996; Goldman, 1999). Göçmen olma, kültürel ve etnik çeşitlilik nedenleriyle iletişimde sorun yaşama (Lai & Chau, 2007), sosyal becerilerin eksikliği sebepleriyle de kronik psikiyatri hastaları fiziksel sorunlarını aktaramamaktadır (Sokal ve ark, 2004).

Tedaviyle ilişkili faktörler olarak ise psikotrop ilaçların fiziksel sağlık üzerine zararlı etkileri (obezite, tip 2 DM, kardiyovasküler hastalıklar, hiperprolaktinemi) nedeniyle fiziksel hastalıkların tanınması ve yönetilmesine engel olması sayılabilmektedir (Robson & Gray, 2007; De Hert ve ark, 2011).

Psikiyatristlere ilişkin faktörlerde ise ruhsal duruma fiziksel sağlıktan daha çok odaklanma olarak tanımlanan tanınma gölgeleme kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimini etkilemektedir (Colton ve Manderscheid, 2006). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel muayenelerinin çok az yapılması, fiziksel sağlık durumunun değerlendirilmemesi, izlenmemesi ve devamlılığının sağlanmaması (Phealan ve ark, 2001) ya da fiziksel şikâyetleri psikosomatik olarak değerlendirmek (Lawrence & Kisely, 2010) hastaların fiziksel sağlıkları için önemli bir engeli oluşturmaktadır. Birinci basamakta çalışan sağlık personeliyle iletişimin etkin olmaması (Colton ve Manderscheid, 2006), psikiyatri hastalarına sunulan niteliksiz bakım (Fleischhacker ve ark, 2008; Kane, 2009; Druss ve ark, 2002), kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam tarzlarını benimseyemeyeceği yönünde yanıltıcı inançlar (Parks ve Radke, 2008) ve hastaların sorunlarını çözmek için donanımsız ekipler (Fagiolini & Goracci, 2009), fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde önemli sorunlar olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre psikiyatristlerin çoğu, kronik tıbbi

durumların yönetimi konusunda güncel bilgiye sahip değildirler (Cradock-O'Leary ve ark, 2002).

Psikiyatri dışındaki birimlerde çalışan doktorlara ilişkin faktörler ise ilk olarak damgalama (Fleischhacker ve ark, 2008; Kane, 2009; Phealan ve ark, 2001; WHO, 2003), fiziksel şikayetleri psikosomatik semptom gibi değerlendirmek (Lawrence & Kisely, 2010), izlemin ve bakımın devamlılığın olmaması, medikal ve psikiyatrik ilaçları koordine etmenin karışıklığı ve bu koordinasyon için zaman güçlüğüdür (Kane, 2009). Ruhsal hastalıklara karşı negatif tutumlar ve hastalar tarafından algılanan damgalama, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları önemli bir engeldir (Nankiwell ve ark, 2013). Damgalama, kamuyu, kendini ve yapısal düzeydeki kararları etkileyen karmaşık bir değişken olarak tanımlanmaktadır. Damgalanmaktan kaçınmak, bakım arayışını etkileyebilmektedir (Corrigan, 2014). Ailelerle yapılan bir çalışmaya göre damgalama ve ayrımcılık, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığa ulaşmada yetersizlik yaşamalarının ana nedenleridir (Happell ve ark, 2016a).

Hizmetle ilişkili faktörler ise gelişmekte olan ülkelerdeki mali engeller, fiziksel ve ruhsal sağlık hizmetlerin coğrafi, yönetsel ve kaynak ayrımındaki orantısızlık (Saraceno ve ark, 2007), entegre bakımın maliyetinin yüksek olması (Zeber ve ark, 2007), hastalarda fiziksel problemlerin saptanması ve yönetilmesinden kimin sorumlu olduğu konusunda fikir birliğinin olmayışı (Lawrence ve Kisely, 2010; Fleischhacker ve ark, 2008; Robson ve Gray, 2007), bakımın fiziksel ve ruhsal olarak ayrılmasıdır (Fleischhacker ve ark, 2008; Lawrence ve Kisely, 2010; Kane, 2009). Fiziksel ve ruhsal sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun sağlanması, kronik psikiyatri hastaları için fiziksel sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmada kilit bir strateji olarak tanımlanmaktadır (Ehrlich ve ark, 2015, Lawrence ve Kisely 2010). Ailelerle yapılan bir çalışmada da fiziksel ve ruhsal sağlık bakım koordinasyonunun yetersiz olması büyük bir sorun olarak tanımlanmış ve ruhsal hastalık nedeniyle fiziksel sağlığın göz ardı edildiğine dair örnekler verilmiştir (Happell ve ark, 2016a).

Fiziksel sağlık bakımı sunumunun sorumluluğu sadece hekimlere ait olmayıp bu sorumluluğun tüm ruh sağlığı ekibiyle paylaşılması gerektiği önerilmiştir (Fleischhacker ve ark, 2008; Marder ve ark, 2004). Hemşireler sağlık sisteminde en büyük sağlık uzmanı grubu konumundadır (Australian Institute of Health and Welfare, 2010). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri kronik bir psikiyatri hastalığına sahip kişilerin fiziksel sağlıklarını desteklemeli ve

izlemeli ve ihtiyaç duyulması halinde birincil bakım hizmetlerine hızlı bir şekilde erişmeyi kolaylaştırmalıdır (DH, 2006a). Fiziksel sağlığın iyileşmesiyle ruhsal sağlıkta da iyileşme yapabilmekte ve fiziksel sağlık koşullarıyla birleşmiş psikiyatrik sorunlar, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (National Advisory Council on Mental Health, 2010; Happell ve ark, 2013). Kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunları nedeniyle artan riskler göz önüne alındığında, ruh sağlığı hizmetlerinde hemşirelerin, kaliteli fiziksel sağlık hizmetlerine erişimi artırma konusunda önemli rolleri olduğu belirtilmektedir (Hogan ve Shattell, 2007; Happell ve ark, 2014).

Hemşireler, kronik psikiyatri hastalarıyla doğrudan ve sürekli çalıştıkları için hastaların fiziksel sağlığa erişim konusundaki deneyimleriyle ilgili bilgilidirler (Shanley ve Jubb-Shanley, 2012; Shanley ve ark, 2003). Hemşireler kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığa erişim düzeyleri hakkında önemli bir bilgi kaynağı olarak fiziksel sağlık hizmetlerine engelleri ve sonuçlarını öngörebilirler (Happell ve ark, 2012a). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre psikiyatri hemşireleri, kronik psikiyatri hastalarına verilen sağlık hizmetlerini yeterli bulmamakta ve bu doğrultuda hastaların sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (Çelik Ince, Günüşen ve Serçe, 2018).

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumları ve fiziksel sağlık hizmetlerinde yaşadıkları engeller göz önüne alındığında kronik psikiyatri hastalarının insan haklarının karşılanıp karşılanmadığı sorusu gündeme gelmektedir (Nankivell ve ark, 2013). Fleishhacker ve ark. (2008) kronik psikiyatri hastaları için sağlık hizmetlerinde eşgüdümün temel bir insan hakkı olarak görülmesi gerektiğini ileri sürmüştür. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel hastalıklar açısından daha riskli olduğu göz önünde tutularak sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaya hakkı olması ve bu yönde çalışmalar yapılması gerektiği belirtilmiştir (Lawrence ve Kisely, 2010). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişim sorunu insan haklarından elde edilebilir en yüksek sağlık standardına ulaşma ve ayrımcılık yapılmama haklarına aykırıdır (Henderson ve Battams, 2011; Lawrence ve Kisely, 2010). Türkiye, İnsan Hakları Sözleşmesi'ni 1950 yılında, Engelli Hakları Sözleşmesini ise 2009 yılında imzalamış bulunmaktadır. Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesi'nde "ayrımcılık yapılmadan ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına" sahip olmak ve ruhsal hastalıklar da dahil olmak üzere özürlü olan insanlar için sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak konusunda

"uygun önlemler" almayı taahhüt etmektedir (Madde 9 ve 25). Belirtilen taahhütlere rağmen kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizlik devam etmektedir (De Hert ve ark, 2011). Hemşirenin savunuculuk rolü, temelini insan haklarından ve hasta haklarından almaktadır (Taylan ve ark, 2012). Hemşireler, bireyin hakkını aramada yetersiz kaldığı durumlarda bireylerin hakkını savunurlar (Erdemir, 1998).

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık düzeylerini arttırmak ve sahip oldukları olumsuz sağlık farklılıklarını azaltmak için fiziksel sağlık hizmetlerine erişimi artırmak önemlidir. Fiziksel sağlık hizmetlerine erişimdeki engeller sonucu gereksiz acile gidişler, fiziksel hastalıkların tanılanmaması, değerlendirilmemesi, tedavi edilmemesi ve yönetilmemesi gibi durumların geliştiği belirtilmektedir (Happell ve ark, 2012a). Literatürde kronik psikiyatri hastalarının tıbbi hizmetlere erişimi konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Chadwick ve ark, 2012; Ehrlich ve ark, 2014). Sağlık çalışanlarının kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını geliştirme ve hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimle ilgili görüşlerini inceleyen bazı çalışmalar (Happell ve ark, 2012b; Happell ve ark 2013; McCabe ve Leas 2008; Wheeler ve ark, 2010) bulunmaktadır. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişim durumlarını belirlemek, yaşadıkları engelleri algılamak, bu hastaların fiziksel sağlıklarını geliştirmek için önemli bir adımdır (Bradford ve ark., 2008). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının geliştirilmesi amacıyla fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerindeki engellere ve görüşlerine yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Happell ve ark., 2012). Literatürde kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetleri ile ilgili deneyimleri ile ilgili çalışmalar daha çok Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık ve Avustralya'da yapılmıştır. Türkiye'de kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetleri ile ilgili deneyimlerini inceleyen bir çalışmaya ulaşamamıştır. Türkiye'de de kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık sorunları yaşadığı ve hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde güçlükler yaşadığı gözlenmektedir. Bu çalışmada, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik deneyimlerini, yaşadıkları sorunları, bakış açılarını bütüncül olarak anlayabilmek için kalitatif yöntem kullanılacaktır. Bu araştırmanın sonuçları kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimin nasıl kolaylaştırılabileceği yönünde önemli ipuçları verebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik deneyimlerinin belirlenmesidir.

1.3.Araştırma Soruları

Araştırma soruları bulunmamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık Ve Hastalıklar

Psikiyatrik bozukluklar tüm dünyada görülen önemli bir hastalık grubudur ve dünyada yaklaşık 450 milyon psikiyatri hastası bulunmaktadır. Ve gelecekte de artma ihtimali söz konusudur (WHO, 2001) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'na göre Türkiye'de psikiyatrik hastalıkların nüfusun %18'inin yaşam boyu bir psikiyatrik sorun yaşadığını belirtmektedir. Ülkemizde hastalık yükü nedenleri incelendiğinde ise psikiyatrik hastalıklar ikinci sırada gelmektedir (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). İnsan çok yönlü bir varlık olduğundan psikiyatrik durumunda meydana gelen bir bozulma diğer sistemlerini de etkilemektedir (Birol, 2013).

Psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin genel nüfusa göre ortalama ömrünün 15- 20 yıl az olduğu görülmüştür (Bradshaw ve Pedley, 2012). Saha ve ark (2007) çalışmasına göre bu fark 30 yıla çıkabilmektedir. Erken ölümlerin nedenine bakıldığında beklenenin aksine kronik psikiyatri hastalarının kaza ya da intihar değil kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları ve kanser gibi fiziksel hastalıklar olduğu görülmüştür (Kisely ve ark., 2005; Lawrence ve Kisely, 2010; Leucht ve ark., 2007). Psikiyatrik sağlık ve fiziksel sağlık birbiriyle etkileşim halindedir ve birinde meydana gelen sıkıntı diğer sistemleri olumsuz etkileyebilmektedir (Öz, 2010). Bu nedenle de kronik psikiyatri hastalarında görülen fiziksel sağlık sorunlarına bağlı ölümler genel nüfusa göre daha fazladır (Kaplan ve Sadocks, 2016). Şizofreni gibi kronik psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin fiziksel hastalıklar nedeniyle ölme olasılığı daha yüksek olduğu, yaşam beklentilerinin daha kısa olduğu göz önünde bulundurularak yaşamı kısaltan hastalık adını almıştır (Goldman, 1999; Hennekes ve ark., 2005; Mitchell, 2006). Kronik psikiyatri hastalarının ölüm oranları, diğer bireylere göre koroner kalp hastalığından 2, solunum sistemi hastalıklarından ise 4 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Brown ve ark. 2000; Cohen ve Phelan 2001). Dünya genelinde kronik psikiyatri hastalarının metabolik sendrom, diyabet, kalp ve damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları tüm nüfusa göre iki kat fazla, HIV prevalansı ise sekiz kat artmış durumdadır ve literatüre göre bu hastaların hem fiziksel sağlık sorunları nedeniyle ölüm oranları hem de fiziksel sağlıkları kötüleşerek aradaki fark artmaktadır (Scott ve Happell, 2011; Usher ve ark., 2006).

Kardiyovasküler hastalık, diyabet, solunum yolu hastalıkları, obezite, gastrointestinal hastalık ve HIV / AIDS gibi enfeksiyonların kronik psikiyatri hastalarında ölümle sonuçlanabildiği görülmüştür (Filik ve ark. 2006; McCabe ve Leas 2008; Weiser ve ark. 2009).Yapılan çalışmada kronik psikiyatri hastalarının en çok beslenme ve metabolizma hastalıkları, diyabet, kalp damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, kas ve iskelet hastalıkları, hepatit, diş hastalıkları, mide-bağırsak hastalıkları, HIV-AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların kronik psikiyatri hastalarında sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir. (Lieberman, 2008)

Ülkemizde de kronik psikiyatri hastaları için konsultasyon istenen kliniklere bakıldığında dahiliye, nöroloji, göğüs hastalıkları, genel cerrahi, beyin cerrahisi, fizik tedavi, göz hastalıkları, kadın doğun, kulak-burun-boğaz, diş hekimliği ve ortopedi klinikleri olduğu görülmüştür (Karşıdağ ve ark.,2013).

2.2.Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Hastalıklar

Kronik psikiyatri hastalarında kardiyovasküler hastalıkların görülme riski diğer bireylere göre 2-3 kat artmaktadır (Brown ve ark., 2000; Osby ve ark., 2001). Yaş, cinsiyet, aile öyküsü gibi değiştirilemeyen faktörlerin yanı sıra, obezite, hipertansiyon, sigara, diyabet, hiperlipedemi, egzersiz eksikliği ve kötü beslenme gibi diğer risk faktörleriyle de ilişkilidir (Robson ve Gray, 2007; Lawrence ve ark, 2009). Bu faktörler kronik psikiyatri hastalarında daha sık görülmektedir (Harris ve Barrowclough, 1998, Brown ve ark. 2000).

Solunum yolu hastalıkları önceki yıllarda kronik psikiyatri hastalarının ölümlerinin çoğunu oluşturmaktadır (Brown, 1997). Daha güncel yayınlara göre özellikle şizofreni ve bipolar hastaların bronşit, amfizem ve astım gibi hastalıklara daha sık sahip olduğu bildirilmektedir (Sokal ve ark., 2004). Bu durum özellikle aktif ve pasif sigara içimiyle ilişkilendirilmiştir (Robson ve Gray, 2007). Psikotrop ilaçlar, hareketsizlik, diyabet, sigara kullanımı, madde kullanımı gibi nedenlerle solunum yolu hastalıkları kronik psikiyatri hastalarında sık olarak görülmektedir (Strudsholm ve ark., 2005).

Özellikle sigara içme, sedanter yaşam ve kötü beslenme kansere neden olabilmektedir (Robson ve Gray,2007). Şizofreni tanılı bireylerde sindirim sistemi ve meme kanserinin diğer bireylere göre iki kat fazla olduğu görülmüştür (Brown ve ark., 2000; Cohen, 2005). Meme kanserlerindeki artış kronik psikiyatri hastalarının kendi kendine meme muayenesi yapmaması ve antipsikotiklerin ayn etkisi sonucu prolaktin düzeyinin yükselmesiyle, sindirim

sistemi kanserleri ise kötü beslenmeyle ilişkilendirilmektedir (Casey ve Hanson, 2003). Akciğer kanserinin diğer bireylere göre daha sık görüldüğüne dair çalışma mevcuttur (Lichtermann ve ark.,2001).

Sağlıksız yaşam tarzı davranışları, hipertansiyon, yüksek kolesterol, obezite, sigara kullanımı ve antipsikotiklerin yan etkileri nedeniyle kronik psikiyatri hastalarında diyabet de daha sık görülmektedir (Gough ve Peveler, 2004). Artmış insülin direnci ve glukoz düzensizliği konik psikiyatri hastalarında dah sık görülmekte ve şizofrenili bireylerde diyabet hastalığı önemli ölçüde bulunmaktadır (Kohen, 2004; Holt ve ark., 2005). Özellikle ikinci kuşak antipsoktik kullanımıyla beraber sağlıksız beslenme ve hareketsizlik faktörleri kronik psikiyatri hastalarında obezite görüle sıklığını artırmaktadır (Newcomer, 2005). İnce ve arkadaşlarının (2017) diyabet hastası olan kroni psikiyatri hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların diyabet hakkında diğer bireylere göre daha az bilgili olduklarını ve diyabete uyum sağlamada ve yönetmek konusunda güçlük yaşadıklarını ortaya koymuştur.

İnsülin direnciyle başlayan abdominal obezite, bozulmuş glkoz toleransı, diyabet, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi birçok sistemin bozulmasıyla ani ölümlerle karakterize tabloya metabolik sendrom denilmektedir (MetS Klavuzu, 2009). Kötü beslenme, hareketsiz yaşam ve kullanılan psikotrop ilaçların yan etkileri metabolik sendrom rsikini artırmaktadır ve şizofreni hastalığının kendisinin de risk oluşturduğuna dair çalışmalar vardır (Basu ve ark., 2004; Fagiolini ve ark, 2005; Taylor ve Macqueen,2006)

Bilinçsiz cinsel davranışlar, madde kullanımına bağlı olarak AIDS, hepatiti B ve C gibi enfeksiyöz hastalıkların görülme oranı da kronik psikiyatri hastalarında yüksektir (Beyer ve ark., 2005). HIV'in şizofreni hastalarında yaklaşık 4 kat daha fazla görüldüğüne dair çalışmalar bulunmaktadır (Blank ve ark., 2002). Bu durum korunmasız cinselbirlikteliklerle ilişkilendirilmiştir (Cournos ve ark., 2005).

Özbakımlarının daha düşük olması, sigara içmeleri ve psikotorop ilaçlar kronik psikiyatri hastalarının ağız ve diş sağlıklarını da olumsuz etkilemektedir. Psikotrop ilaçların ağız kuruluğu yapması nedeniyle pH seviyesi değişmekte ve diş çürüğü, gingivit ve diş eti hastalıklarının görülme sıklığını artırmaktadır (Mc Creadie ve ark, 2004; Friedlander ve Marder, 2002). Psikotrop ilaçların kullanımı kornea ve mercek değişikliklerine neden olarak göz yaşı kuruluğu, bulanık görme ve katarakt gibi sorunlara neden olabilmektedir (Shahzad ve

ark., 2002). Cinsel istekte azalma, artma, empotans, kadınlarda memelerden süt gelmesi, amenore gibi sorunlar kronik psikiyatri hastalarının yaşadığı sorunlar olarak yer almaktadır ve kullanılan psikotrop ilaçlar bu durumları etkilemektedir (Dickson ve Glazer, 1999). Kadın kronik psikiyatri hastalarında idrar ve gaita inkontinansı, idrar yolu enfeksiyonları, vajinal akıntı gibi sorunlar da sıklıkla gözlenmektedir (Rylance ve ark., 2012). Özellikle bipolar bozuklukta migren, baş ağrısı, multiple skleroz gibi nörolojik hastalıkların da sık görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (Fasmer, 2001; Minden, 2000).

Psikiyatrik hastalıklarda hipotalamik- pitüer- troid (HPT) ekseninde görülen bozulmalar troid hastalıklarını tetikleyebilmektedir (Cole ve ark., 2002). Lityum kullanan kronik psikiyatri hastalarında da tröid hormonunun salgılanması bozulabilmekte ve troid hastalıklarına neden olabilmektedir (McIntyre ve ark., 2001). Lityum toksik etkileri nedeniyle böbreklerle ilgili sorunlara da neden olabilmektedir (Gitlin, 1999). Psikotrop ilaçların bazıları karaciğerde metabolize olduğundan karaciğer fonksiyonlarını etkileyebilmektedir (Kaplan ve Sadocks, 2016).

2.3.Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Sorunlarının Nedenleri

Genel nüfusa göre fiziksel hastalıkların daha çok görülmesinde kronik psikiyatri hastalarının kötü beslenme, aktivite azlığı, obezite, sigara-alkol ve madde kullanımı gibi sağlıksız yaşam tarzları rol oynamaktadır (Lieberman, 2008). Bu olumsuz yaşam biçimi davranışları arasında kötü beslenme davranışları, hareketsizlik, fiziksel aktivite azlığı, sigara, alkol ve madde kullanımı, riskli cinsel ilişkilerde bulunma yer almaktadır (Brown ve ark., 1999; Lambert ve ark., 2003).

Kronik psikiyatri hastalarının ilaç tedavisinin yanı sıra sağlıksız beslenme alışkanlıkları olduğu ve bunun obeziteye neden olabileceği görülmüştür (Simonelli-Muñoz ve ark, 2012). Kronik psikiyatri hastalarının diğer bireylere göre fiziksel olarak daha az aktif olduğu belirtilmektedir (Brown ve ark., 1999; Mc Creadie, 2003). Fiziksel aktivite ve egzersiz hem psikiyatrik sorunların azalmasında hem de fiziksel sağlık sorunlarının yönetilmesinde önemli bir görev üstlenmektedir (Cavill ve ark., 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kronik psikiyatri hastalarının neredeyse yarısında metabolik sendroma ve diğer fiziksel sağlıkla ilgili hastalıklara ratlanmış ve bu doğrultuda hastaların fiziksel aktivite miktarlarının az olduğu saptanmıştır (Erginer ve Günüşen, 2018). Başka bir çalışmada ise kronik psikiyatri

hastalarının sahip oldukları psikiyatrik tanının ve belirtilerinin ve kullandıkları antipsikotik ilaçların yan etkilerinin hastaların fiziksel aktivitelerini ve beslenmelerini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Çelik İnce ve Günüşen, 2018).

Sigara içme durumu genel nüfusa göre kronik psikiyatri hastalarında daha sık olarak görülmektedir (Firoz, 2003). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerde sigara içme durumunun diğer bireylere göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Diwan ve ark., 1998; de Leon ve ark., 2002). Luckstead ve ark., (2000) kronik psikiyatri hastalarının baş etme yöntemi olarak ve sosyalleşme amacıyla da sigarayı tükettiğini belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmada da kronik psikiyatri hastalarında en çok görülen bağımlılığın nikotin bağımlılığı olduğu belirtilmiştir (Karakuş ve ark., 2012). Çalışmalarda madde ve alkol kullanımının kronik psikiyatri hastalarında fazla olduğu ve ikisinin birbirine eşlik ettiği belirtilmektedir (Hansen ve ark., 2000; Abou-Saleh ve Janca, 2004). Kronik psikiyatri hastalarının cinsel yola bulaşan hastalıklara karşı riski artırıcı davranışlarda bulunabilmektedirler. Birden fazla partnerle korunmasız ilişki, tanımadıkları kişilerle ilişkiye girme, korunma yöntemlerini kullanmaması gibi durumlar bu riski artırabilmektedir. (Kelly ve ark., 1991).

Tipik ve atipik antipsikotik ilaçların dopaminerjik, serotonerjik, histaminerjik, kolinerjik ve adrenerjik nörotransmitterleri etkilemesiyle kronik psikiyatri hastalarında kilo alımı gerçekleşebilmektedir (Foley ve Morley, 2011). Klozapin ve olanzapin genel olarak diğer antipsikotiklerle karşılaştırıldığında kilo alımı ile ilişkilendirilmekte ve başlangıçta hipoglisemi ve yiyecek isteklerine yol açan insülin duyarlılığına neden olabilmektedir (Werneke ve ark. 2003). İnsülin seviyesi, insülin direnci, hiperlipidemi, trigliserid, leptin (tokluk hormonu) ve ghrelin (açlık hormonu) seviyelerinde yükselme gözlenebilmektedir (Foley ve Morley, 2011). Klopramazin gibi tipik antipsikotikler, olanzapin ve klozapin gibi atipik antipsikotikler, kan şekeri düzenlenmesini etkileyerek diyabete neden olabilmektedirler (Newcomer ve ark., 2002). Bazı antipsikotiklerin Q-T aralığının uzamasına neden olması, ventriküler aritmi ve hipotansiyon gibi kardiyovasküler yan etkileri görülebilmektedir (Taylor ve ark., 2005). Antipsikotiklerin adrenerjik ve antikolinerjik yan etkileri cinsel işlevselliği etkileyebilmekte, tuberinfundibular yolaktaki etkisiyle hiperprolaktinemiye sebep olabilmektedir. Bu da erkeklerde testosteronun azalmasına ve jinekomastiyle, galaktoreye;

kadınlarda östrojenin azalmasına dolayısıyla amenore, adet düzensizliğine, galaktoreye neden olabilmektedir (Hummer ve Huber, 2004; Halbreich ve Kahn, 2003).

Ekonomik kısıtlamalar, yoksulluk, yetersiz barınma, sosyal izolasyon, sosyal desteğin yetersizliği kronik psikiyatri hastalarında sık görülen faktörlerdir ve bu faktörler de fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgil riskleri artırabilmektedir (Faulkner ve ark., 2007). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıkla ilgili ihtiyaçları bir çok sağlık bakım sisteminde yeterince karşılanmamaktadır (Happell ve ark., 2011). Kronik psikiyatri hastalarının olumsuz yaşam biçimi davranışları, hastalıkları ve kullandıkları tedavilerin yan etkileriyle birlikte fiziksel sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması da fiziksel sağlıklarını olumsuz etkilemektedir.

2.4.Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadıkları Engeller

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının kötü olmasında yaş, cinsiyet, genetik gibi değiştiremez faktörlerin yanı sıra olumsuz yaşam biçim davranışları, sigara, alkol kullanımı ve psikotrop ilaçların yan etkileri gibi diğer faktörler de rol oynamaktadır. Bunların yanında kronik psikiyatri hastalarına sunulan sağlık hizmetleri kalitesinin iyi olmayışı kronik psikiyatri hastaları için engel oluşturduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Druss ve ark. 2001a). Kronik psikiyatri hastalarına sunulan sağlık hizmetleri, bu hizmetlere erişimleri ve kullanımları da fiziksel sağlıklarının kötü olmasına neden olabilmektedir (De Hert ve ark., 2009; Lawrence ve Kisely, 2010). Kronik psikiyatri hastalarında tanı konmamış ve tedavi edilmemiş hastalık oranları genel nüfusa göre daha yüksektir (De Hert ve ark., 2011). Bununla birlikte, kronik psikiyatri hastalarının artan fiziksel sağlık gereksinimlerine rağmen, tarama, tespit edilen sorunlara sevk etme ve ikincil korunma gibi fiziksel sağlık hizmeti için erişim ve kalite bakımından eşitsizlikler devam etmektedir (De Hert ve ark. 2011; Desai ve ark., 2002; Robson ve Gray, 2007; Scott ve ark., 2011) .Kronik psikiyatri hastalarıyla yapılan çalışmada sağlık bakımına erişimde daha çok zorluk çektiği görülmüştür (Bradford ve ark., 2008).

Şizofreni tanılı bireylerde aşırı ölüm sayısı kardiyovasküler hastalıkla ilişkilendirilse de, şizofreni hastalarında stentleme ve bypass greftleme gibi girişimlerin daha az uygulanma

oranları belirtilmektedir (Druss ve ark. 2000; Kisely ve ark. 2007; Lawrence ve ark., 2003; Laursen ve ark., 2009). Tıbbi bakımın kalitesi, kalp yetmezliği sonrası yaşlı kronik psikiyatri hastalarında ölüm oranının artmasına neden olmaktadır (Rathore ve ark., 2008). Kronik bir psikiyatrik hastalığı olan diyabet hastalarının standart seviyelerde diyabet bakımı alma olasılığı daha düşüktür (Desai ve ark. 2002; Frayne ve ark. 2005; Nasrallah ve ark. 2006). Kronik psikiyatri hastalarının rutin kanser taraması alma olasılığı daha düşük olarak bulunmuştur (Carney ve Jones, 2006; Xiong ve ark., 2008). McIntyre ve ark. (2007), bipolar bozukluğa eşlik eden diğer hastalıkları gözden geçirmiş ve bipolar bozukluğu olan hastalarda kronik sağlık sorunlarının çok yaygın olduğunu ve bu hastalıkların tanılmasının yetersiz olduğu ve optimal olarak tedavi edildiğini ortaya koymuştur. Mitchell ve ark. (2009), fiziksel bir hastalığa sahip olan kronik psikiyatri hastalarının aldığı tıbbi bakımın kalitesine ilişkin meta-analiz çalışmasında kronik psikiyatri hastalarının aldıkları tıbbi bakımda eşitsizlikler olduğunu göstermiştir. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde diğer bireylere göre daha fazla engel yaşadıkları belirtilmektedir (Bradford ve ark., 2008). Kronik psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerine erişimlerindeki engelleri üç boyutta incelemiş çalışmalar bulunmaktadır; bunlar hastayla ilgili, sağlık çalışanlarıyla ilgili ve sağlık sistemiyle ilgili faktörler olarak ayrılmışlardır (Druss, 2007; Lambert ve ark., 2003).

2.4.1. Kronik Psikiyatri Hastalarının Hastalıklarıyla İlgili Engeller

Kronik psikiyatri hastalarının hastalıklarıyla ilgili engeller arasında kullandıkları psikotrop ilaçların yan etkileri (Mitchell ve Malone, 2006), bilişsel bozukluk, sosyal izolasyon ve aile desteğinin eksikliği, daha yüksek ağrı eşiği veya acıya karşı duyarlılık, şüpheli ve korku nedeniyle sağlık hizmetlerini kullanamama, sosyo-ekonomik faktörler ve sağlıklarıyla ilgili ihtiyaçlarını aktarmada zorluk yaşama gibi durumlar bulunmaktadır (Dworkin, 1994; Sokal ve ark., 2004; Phelan ve ark., 2001; Bradford ve ark., 2008).

İletişim güçlüğü yaşama, güven eksikliği nedeniyle iletişim sorunları ve bilişsel bozulmaların olması fiziksel sağlık sorunlarını farkına varıp bununla ilgili destek almasına ve sağlık hizmetlerini kullanmasına engel olduğu belirtilmiştir (Robson ve Gray, 2007; Sokal, 2004). Bilişsel bozulmalar ve psikotrop tedavi nedeniyle ağrı eşiğinin artmasıyla fiziksel sağlık sorunlarını fark edemeyebilmektedirler (Goldman, 1999; Jeste ve ark., 1996). Sağlık sigortasının eksikliği ve yetersizliği bir çok çalışmada kronik psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen bir faktör olarak yer almaktadır (Bradford ve ark. 2008;

DeCoux 2005; Drapalski ve ark. 2008; Schmutte ve ark. 2009; Kane 2009; Fleischhacker ve ark., 2008, Borba ve ark., 2012; O'Day ve ark., 2005). Yalnız yaşamak, evsizlik ve sosyal izolasyon, fiziksel sağlık hizmetlerine erişimdeki zorlukları arttırabileceği belirtilmektedir (McCabe ve Leas 2008; Zeber ve ark. 2009; Kane, 2009; Lambert ve ark; 2003). Sosyal destek eksikliği ve sosyal izolasyon kronik psikiyatri hastalarının erişimlerinde engel oluşturmaktadır (Borba ve ark., 2012; Happell, ve ark., 2012; McCabe ve Leas, 2008).

2.4.2.Sağlık Çalışanları İle İlgili Engeller

Sağlık çalışanları ile ilgili engeller arasında zaman ve ekipman yetersizliği nedeniyle fiziksel sağlıkla ilgilenememe yer almaktadır (Leucht ve ark. 2007). Fiziksel hastalıkla ilgili belirtilerin psikosomatik semptom olarak değerlendirilmesi sağlık hizmetlerine erişimlerdeki önemli bir engeldir (Leucht ve ark. 2007; Lawrence ve ve Kisely, 2010). Fiziksel sağlık yerine hastaların psikiyatrik durumlarına yönelme ve fiziksel sağlıkla ilgili muayenelerin daha az yapılması ile ilgili engeller başka çalışmalarda da yer almaktadır (Phelan ve ark., 2001; Colton ve Manderscheid, 2006). Ülkemizde psikiyatri hemşireleriyle yapılan bir çalışmada hemşirelerin fiziksel sağlıkla ilgili her alanda kendilerini sorumlu görmedikleri ve yeterli bulmadıkları, tarama ve değerlendirmelerin bu yönde daha az yapıldığı belirtilmiştir (Sarı ve Doğan, 2017). Yapılan bazı çalışmalarda kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarıyla ilgili başvurularında sağlık çalışanlarının psikiyatrik durumuyla daha çok ilgilendiğini, psikiyatri kliniklerinde görev yapan sağlık çalışanlarının ise fiziksel sağlıklarıyla ilgilenmediği belirtilmiştir (Levinson-Miller ve ark. 2003; McCabe ve Leas 2008). Kronik psikiyatri hastalarının, sağlık çalışanlarının fiziksel sağlıkla ilgili semptomlarına inanmadığını düşündükleri (DeCoux 2005; Lester ve ark. 2005; McCabe ve Leas 2008), ciddiye alınmadıkları ve söylediklerinin doğruluğundan şüphelenildiğini düşünmekte (McCabe ve Leas, 2008; Mesidor ve ark. 2011) ve bunun sonucunda bazı hastalar, psikiyatrik hastalığını gizleme kararı almışlardır (Schmutte ve ark. 2009). Bu şekilde fiziksel sağlık sorunlarını arka planda tutarak psikiyatrik duruma odaklanmaya literatürde tanısız gölgeleme denmektedir (Jones ve ark., 2008). Sağlık çalışanları kronik psikiyatri hastalarına karşı umursamaz, yardımcı olmak istemeyen ya da saygısız davranışlarda bulunabilmektedirler (DeCoux 2005; Drapalski ve ark. 2008; Lester ve ark., 2005; Miller ve ark., 2007). Kronik psikiyatri hastalarına sağlık çalışanlarınca daha az kalitede hizmet sunulması hastaların erişimde yaşadıkları engeller arasında yer almaktadır (Fleischhacker ve ark., 2008; Kane, 2009; Druss ve ark., 2002). Sağlık çalışanlarının bakış açısına göre kronik psikiyatri hastalarının fiziksel

sağlıkla ilgili bilgi, eğitim, farkındalık eksikliği, tarama programlarını yeterince bilmemesi fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinde bir engel olarak tanımlanmasına (Oud ve ark., 2009) rağmen psikiyatri çalışanlarının fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması ve bu yönde gerekli tetkik ve değerlendirmelerin yeteri kadar yapılmaması da kronik psikiyatri hastalarının yaşadıkları engeller arasındadır (Lawrence ve Kisely, 2010; Robson ve Gray, 2007; Burns ve Cohen, 1998). Kronik psikiyatri hastalarına yapılan damgalama kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı önemli engellerden birisidir (Leucht ve ark., 2007; Fleischhacker ve ark., 2008; Phelan ve ark.; 2001; Kane, 2009; WHO, 2003; Ehrlich ve ark., 2014). Psikiyatri klinikleri dışındaki birimlerde görev yapan sağlık çalışanlarının kronik psikiyatri hastalarına nasıl davranacağını bilemeyerek iletişim kurmada güçlük yaşaması hastaların erişimlerini etkilemektedir (Fagiolini ve Goracci, 2009). Sağlık çalışanlarının kronik psikiyatri hastalarında fiziksel bir sağlık sorunu yaşadığında konsültasyon istemeye daha az istekli olması ve ikinci bir hekim görüşü almanın daha az yaşanması, konsültasyon sonuçlarının fiziksel ve psikiyatrik sağlık çalışanı arasında etkili bir iletişimle aktarılmaması, daha az sevk ve takip edildiği sonuçları bulunmaktadır (DeCoux, 2005; Schmutte ve ark., 2009; McCabe ve Leas, 2008; Wright ve ark., 2006). Sağlık çalışanlarının kronik psikiyatri hastalarıyla etkili iletişim yöntemlerini kullanmadan kötü bir iletişim içerisinde olması sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen bir engeldir (Drapalski ve ark., 2008; DeCoux , 005; Lester ve ark., 2005; McCabe and Leas, 2008; Miller ve ark., 2007; Schmutte ve ark., 2009). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre psikiyatri hemşireleri tarafından fiziksel sağlıkla ilgili değerlendirmelere öncelik verilmediği, yeteri kadar yapılmadığı ve hemşirelerin fiziksel sağlığı koruyup geliştirmeye ilgili bilgi, beceri eksiklikleri olduğu belirtilmiştir (Çelik İnce ve ark., 2018).

2.4.3.Sağlık Sistemiyle İlgili Engeller

Sağlık sistemiyle ilgili engeller arasında, sağlık hizmetlerinin uzaklığı, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarından kimin sorumlu olduğuna dair bilgi açıklığı, sağlık hizmetlerinin fiziksel ve psikiyatrik hizmetler olarak ayrılması ve bunlar arasında etkili bir koordinasyonun olmayışı yer almaktadır (Druss, 2007). Psikiyatri hekimlerinin fiziksel hastalıklarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmayabilmektedir (Cradock-O'Leary ve ark, 2002). Uygun tıbbi destekle psikiyatri çalışanlarının fiziksel hastalıkların yönetiminde görev

alabileceği belirtilmektedir (Golomb ve ark. 2000). Uzun bekleme süreleri, damgalanma ve ayrımcılık gibi faktörlerin kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerini kullanımını engellediğinden bahsedilmektedir (Robson ve Gray 2007). Uzun bekleme süreleri, gürültülü veya kalabalık bekleme odaları ve aceleci bir atmosfer kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine başvurularında engel oluşturabilmekte; hastalara huzursuzluk, endişe vermekte (Bradford ve ark. 2008; DeCoux 2005; Drapalski ve ark. 2008; Lester ve ark. 2005; Miller ve ark., 2007; Schmutte ve ark., 2009; Happell ve ark., 2012; O'Day ve ark., 2005) ve sağlık sorunu yaşadıklarını sağlık hizmetlerine başvurmada daha isteksiz olmalarına neden olabilmektedir (DeCoux, 2005). ABD ve Avustralya gibi ülkelerin özellikle kırsal kesimlerinde yaşayan kronik psikiyatri hastaları için fiziksel sağlık hizmetlerine erişmek için gitmesi gereken mesafe ve ulaşım eksikliği sağlık hizmetlerine erişimlerini zorlaştırmaktadır (Drapalski ve ark. 2008; McCabe ve Leas 2008; Zeber ve ark. 2009). Başka bir çalışmada randevu almanın zorluğu ve telefonda bekleme süreleri kronik psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerine başvurusunda engel oluşturmaktadır (Schmutte ve ark. 2009) Sağlık hizmetlerine uzak bir yerde yaşama, toplu taşıtları kullanma, araç değişikliği yapma, bir arabaya sahip olmama ve ulaşım masrafları kronik psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerine ulaşımında önemli bir sorun olmakta ve hastalar için rahatsızlık verici olup sağlık hizmetlerine ulaşım zamanlarını etkilemektedir (Happell ve ark., 2012; Mesidor ve ark., 2011; Miller ve ark., 2007; Drapalski, 2008).

Birinci basamak sağlık hizmetleriyle yetersiz entegrasyon (Colton ve Manderscheid, 2006), kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık sorunlarıyla kimin ilgileneceğine dair karışıklığın yaşanması (Fleischhacker ve ark., 2008; Lawrence ve ark., 2012; Robson ve Gray, 2007), psikiyatri ve fiziksel sağlık hizmetlerinin ayrı olması ve aralarında yeterli koordinasyonun olmaması kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir (Fleischhacker ve ark., 2008; Lawrence ve Kisely, 2010; Kane, 2009; Horvitz-Lennon ve ark., 2006). Entegre bakımın pahalı olması, sağlık hizmetlerinde finansal açıdan sıkıntı yaşanması gibi mali problemler sağlık hizmetlerine erişimde engel oluşturabilmektedir (Zeber ve ark., 2009; Fleischhacker ve ark., 2008). Yaşanan bu mali engeller ve sağlık bakım giderleri kronik psikiyatri hastalarını olumsuz etkilemektedir (Happell ve ark., 2012; McCabe ve Leas, 2008; O'Day ve ark., 2005; Borba ve ark., 2012). Birinci basamak sağlık hizmetleriyle psikiyatrik sağlık hizmetleri arasında da işbirliği ve

koordinasyon yetersiz olarak bulunmuştur, bu doğrultuda da tanı ve tedavi gecikebilmektedir (Happell ve ark., 2012; Oud ve ark., 2009).

2.5.Psikiyatri Hemşirelerinin Fiziksel Sağlık Ve Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Erişimle İlgili Rol ve Sorumlulukları

Psikiyatri hemşireleri psikiyatrik hizmetler konusunda uzman kişiler olup kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinde ve fiziksel sağlıklarını olumsuz etkileyen durumların azaltılmasında büyük bir role sahiptir (Muir-Cochrane, 2006; Robson ve Gray, 2007; Blythe ve White, 2012). Psikiyatrik bakım sadece hastanın psikiyatrik sorunlarıyla değil bütüncül bir bakış açısıyla hastayı biyopsikososyal yönden değerlendirilmesiyle sağlanmaktadır (Edward ve ark., 2010). Psikiyatri hemşireleri kronik psikiyatri hastalarının sağlık sorunlarını tanılamak, değerlendirmek ve yönetebilmek için ihtiyaç duyulan bir konumda ve fiziksel sağlıkla psikiyatrik sağlıkları arasında bir köprü konumdadır (Muir-Cochrane, 2006). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel sağlığı korumaya yönelik önlemler alma ve geliştirmek için müdahale programlarından sorumlu olduğu belirtilmiştir (Erginer Kaya ve Partlak, 2013). Psikiyatri hemşireleri, kronik psikiyatri hastalarının sağlığını destekleyen temel sağlık mesleklerinden biri olarak, genel kardiyovasküler hastalık ve toplumda yaygın görülen diğer ölüm nedenleri gibi halkın bilinçlendirilmesinde rol almasına yönelik öneriler bulunmaktadır (Blythe ve White, 2012; Bradshaw ve Pedley, 2012; Gray, 2012; Hardy ve Thomas, 2012). Hastane ortamında olmayan hastaların fiziksel sağlık durumları toplum ruh sağlığı hemşireleri tarafından izlenmeli ve en az yılda bir kez kontrollerini yapmalıdır (NICE, 2008).

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının yakından takibi, sağlık koşullarının değerlendirilmesi ve bunlara uygun girişimlerin yapılmasının fiziksel sağlık sorunlarının azalmasında önem taşımaktadır (Happel ve ark., 2011; Hardy ve Thomas, 2012). Eğitim, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarının iyileştirilmesinde uygun bir yöntem olarak bulunduğu (Happel ve ark., 2011), psikiyatri hemşiresinin kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarını iyileştirmede, doğru destek ve eğitimle büyük bir rolü olduğunu ve olumlu bir fark yaratılacağı belirtilmiştir (Blythe ve White, 2012). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için psikiyatri hemşirelerinin fiziksel sağlık konusunda yeterli bilgi ve yeteneklere sahip olması önerilmektedir (Happel ve ark., 2013). Hemşireler hem fiziksel hem de zihinsel sağlık

bakımı sağlamak için sıklıkla uygun bir profesyonel grup olarak tanımlansa da, bazı araştırmacılar psikiyatrik sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin fiziksel sağlık hizmeti sunumu konusunda genellikle kararsız olduğunu tespit etmişlerdir (Bradshaw ve Pedley 2012; Happell ve ark., 2012; Hardy ve Thomas 2012).

Türkiye’de, hemşirelik yönetmenliğinde ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin görevleri arasında; hastaların özbakımını yapması için teşvik etmek, desteklemek ve gerektiğinde yapmak, hastaların bakım gereksinimlerini ve sorunlarını belirlemek, beslenme,uyku, kilo, ilaç yan etkileri ve pnömoni takibi yapmak gibi fiziksel sağlıkla ilgili görevleri bulunmaktadır (<https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html>). Hemşirelerin rolleri arasında, tedavi edici rolü, eğitici rolü, danışmanlık rolü, yönlendiricilik rolü ve hasta savunuculuğu rolü bulunmaktadır (Taylan ve ark., 2012). Hasta savunuculuğu rolü hastanın kendini ifade etmesine ve hasta haklarının korunmasına yardımcı olmayı içermektedir (Ay ve ark., 2008; Taylan ve ark., 2012).

İnsan hakları gereğince her insanın yaşama,sağlık ve tıbbi bakıma hakkı olduğu gibi hasta hakları yönünden de sağlık hizmetlerinden genel olarak faydalanma ve saygı görme hakları bulunmaktadır (https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=182:hasta-haklari-yetmel&catid=2:ymelik&Itemid=33). ; (<https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeligi.html>). Türkiye’nin 2009 yılında imzalamış olduğu engelli hakları sözleşmesine göre kronik psikiyatri hastalarının diğer bireylerle eşit olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlık çalışanlarının da diğer bireylere sunduğu tıbbi bakımı aynı kalitede almaya hakları bulunmaktadır(http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=686:engeller-haklarina-k-slee&Itemid=36).

Türkiye’de psikiyatri hemşireleriyle yapılmış olan bir çalışmada hemşireler, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının yönetiminde bilişsel durumları ve psikiyatrik semptomları nedeniyle fiziksel sağlıklarını ihmal edebildiğini, sağlık sorunlarını aktarmada zorluk çektiklerini ve hastaların fiziksel sağlıkla ilgili yetersiz bilgiye sahip olduklarını düşündüklerini dile getirmişlerdir. Aynı çalışmada bakım verici rolünde bulunan ailelerin fiziksel sağlığın yönetiminde bilgi eksikliği olduğunu ve yetersiz destekte bulunabildiklerini,

sağlık çalışanlarının ise hastaların belirtilerini psikosomatik semptom olarak değerlendirebildiğini, sağlık çalışanının yetersiz sayıda olmasından dolayı kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının yeterince iyi yönetilmediği belirtilmiştir (Çelik İnce ve ark., 2018). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik deneyimlerini inceleyen bir çalışmaya ulaşılammıştır. Bu çalışmayla kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetleriyle ilgili deneyimlerinin açıklanması planlanmıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı kalitatif bir çalışmadır. Bu yaklaşımda bir fenomen (olay ya da deneyim) kişilerin perspektifinden tanımlanır ve olayın, deneyimin gerçekleri anlaşılmasına çalışılır. Olay, olguların doğruca açıklamaları arandığında kullanılmaktadır. Deneyim ya da olayı tanımlarken hangi yönlerini tanımlayacağı seçilmelidir. Bu araştırma deseninde veri çeşitlemesi sağlanabilmekte ve deneyimlerin, olayların kişiler için ifade ettiği ortak ya da ayrı anlamlar keşfedilebilmektedir (Sandelowski, 2000).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Psikiyatri Servisi'nde yapılmıştır. Servis zemin katta bulunup, kendine ait ufak bir bahçesi bulunmaktadır. 2 özel odası, 1 izolasyon odası bulunup toplam 12 odalıdır. Servis izole odasıyla beraber 27 yataklı olup gündüz hastaları da bulunmaktadır. Serviste sorumlu hemşireyle beraber hastanın bakımından primer sorumlu olan 6 hemşire çalışmakla beraber, 18 doktor, 1 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır. 2 halk eğitim uzmanı haftanın iki günü gelerek boyama, el işi gibi hastalara uğraşı aktivitelerinde yardımcı olmaktadır. Serviste hem mutfak hem ofis olarak kullanılan çeşitli faaliyetlerin yapıldığı ortam bir yaşam alanı, bahçe içerisinde bir sigara içme alanı, bir uğraşı odası ve bir elektro konvülsif tedavi odası, bir seminer salonu, iki görüşme odası ve bir kadın bir erkek banyo ve tuvalet odaları bulunmaktadır.

Araştırma sürecine Mayıs-2017'de literatür tarama ile başlanmıştır. Veriler Ağustos 2017-Mart 2018 tarihleri arasında toplanmıştır ve Haziran-2019'da tez bitirme sınavı ile tez süreci tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini İzmir ilinde bulunan bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören, 18 yaş üstü 14 kronik psikiyatri hastası birey oluşturmuştur.

Tablo 1. Örneklem Seçme Kriterleri

Örneklem Seçme Kriterleri	
Dahil Edilme Kriterleri	Dışlama Kriterleri
•18 yaşından büyük olma •Araştırmaya katılmaya gönüllü olma •Türkçe konuşma ve anlayabilme •En az altı aydır şizofreni, bipolar ve şizoaffektif bozukluğa sahip olma	•Görme, işitme, algılama ve herhangi bir fiziksel engellilik durumu olma •Görüşme yapmaya engel oluşturacak düzeyde bilişsel veya bozukluğa veya psikiyatrik semptoma sahip olma

Örneklem Büyüklüğü: Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü belirlenirken kavramların tekrar etmeye başladığı aşamaya kadar (doyum noktası) veri toplamaya devam edilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Bu araştırmada örneklem sayısı, kronik psikiyatri hastaları ile yapılacak olan bireysel derinlemesine görüşmelerde eski bilgilerin tekrarlanıp, yeni bilgi ortaya çıkmayınca kadar devam edilerek belirlenmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Görüşme süresince toplam 20 hastaya ulaşılmıştır, 2 hasta görüşme yapmayı reddetmiştir, görüşmeyi yarıda bırakan hasta bulunmamaktadır. 14 hasta ile yapılan görüşme sonrası yeterli veri doygunluğuna ulaşıldığı kararına varılmıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Bu araştırmada herhangi bir çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Kalitatif yöntemle yapılan bir çalışma olduğundan araştırmanın değişkenleri bulunmamaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” ve “ses kayıt cihazı” kullanılmıştır.

3.6.1. Kronik Psikiyatri Hastasına Ait Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu, örnekleme alınan kronik psikiyatri hastalarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik düzeyi gibi demografik verilerin yanı sıra öz geçmiş ve soy geçmişinde var olan fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkları belirlemeye yarayan soruları içermektedir (EK I).

3.6.2. Görüşme Formu

Kronik psikiyatri hastaları ile veri toplama sürecinde görüşme soruları kullanılmıştır. Görüşme soruları, kronik psikiyatri hastası olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerine yönelik yaşadıkları deneyimlerini, algılamalarını daha iyi anlayabilmek için oluşturulmuştur. Görüşmede yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Buna göre, görüşme protokolü hazırlanmıştır. Bu sorular hazırlanırken kalitatif araştırma konusunda deneyimli iki uzmanın görüşünden yararlanılmıştır. Görüşmenin akışına bağlı olarak alt sorular görüşme sırasında sorularak görüşme derinleştirilmeye çalışılmıştır (EK II). Görüşme soruları:

Görüşme Soruları:

- 1-Son zamanlarda yaşadığınız fiziksel sağlık sorunları nelerdir?
- 2-Bu sorununuza yönelik neler yaptınız?
- 3-Fiziksel sağlık sorunlarınız için sağlık hizmetlerine başvurduğunuzda neler yaşadınız?
- 4-Fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik beklentileriniz nelerdir?
- 5-Fiziksel sağlık hizmetlerine ulaşmada ne tür güçlükler yaşadınız?
- 6-Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığa ilişkin daha iyi hizmet alması için neler önerirsiniz?

3.6.3. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri toplanırken “derinlemesine görüşme yöntemi” kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Araştırmanın yapılması için gerekli kurum ve etik izinler alındıktan sonra örneklem kriterlerine uyan bireyler belirlenmiştir. Görüşmeye uygunluk durumu hakkında klinik ekibinden bilgi alınmıştır. Belirlenen bireylere araştırmacı kendini tanıtmış, araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı konusunda bilgi verdikten sonra, ses kayıt cihazı kullanılacağına dair birey bilgilendirilip sözlü ve yazılı onamı alınmıştır. Hazırlanan görüşme soruları

rehberliğinde derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Bireylerden izin alınarak kendilerine ait verilerin notları tutulmuştur. Yapılan görüşmelerde gelen yanıtların tekrarlanması ve yeni bilgi ve kavramların gelmediği noktaya kadar görüşme süreci sürdürülmüştür. Bireylerden toplanan veriler yeterli derinlikte olduğundan tekrarlı görüşme yapılmamıştır. Görüşmeler servisteki görüşme odalarında ya da seminer salonunda yapılmıştır. Bu odalar görüşmenin mahremiyetine uygun, yeterli sandalye bulunan, ışıklandırması uygun, görüşmelerin bölünmeyeceği ve hastanın rahat hissedebileceği niteliktedir.

Veri Toplama Ortamı: Kronik psikiyatri hastalarıyla gerçekleştirilen görüşmeler için psikiyatri servisinde yer alan görüşme odaları kullanılmıştır. Görüşme odaları, hastanın ve görüşmecinin rahatça oturup, göz teması kurabildiği, sessiz, aydınlık, havalandırması iyi olan bir ortam olup görüşme yapılmasına uygundur. Görüşme yapılması için bireylerin servis içindeki aktivitelere katılımını engellemeyecek şekilde tedavi ve ziyaret zamanları dışındaki zamanlar planlanmıştır. Görüşme yapılacağı bilgisi klinik hemşiresine haber verilerek görüşmenin bölünmesi engellenmeye çalışılmıştır.

Ön uygulama: Araştırma ön uygulaması olarak, kronik psikiyatri hastası bireylerle yapılacak olan ilk iki görüşme nitelik ve nicelik bakımından değerlendirilmek üzere bir uzman tarafından incelenerek kontrol edilmiş ve geri bildirimlerinden sonra örnekleme alınacak olan bireylerle görüşmelere devam edilmiştir.

3.6.4. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenilirliği

Araştırmanın geçerliliği ve güvenilirliğini sağlamak için; inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik ilkeleri göz önüne alınmıştır. Nitel araştırmalarda iki bağımsız kodlayıcı arasındaki uyumu ölçmek için Kappa analizi önerildiğinden ifadelerin temaları karşılama uyumlarını değerlendirmek için Kappa analizi uygulanmıştır. Kappa analizi yapılırken temaların altındaki alıntılardan 10 tanesi rastgele seçilmiş rastgele seçilen uzman kişilerden alıntı ve temaları birbiriyle eşleştirmesi istenmiştir. Veriler SPSS programına girildikten sonra Kappa analizi yapılmıştır (Burla ve ark.,2008, Yıldırım ve Şimşek 2011). Kappa analizi sonucu mükemmel düzeyde uyum olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($k=1$, $p<0.001$).

İnandırıcılık: Bilimsel olarak kabul edilebilmesi için araştırmanın açık, tutarlı ve farklı araştırmacılar tarafından teyit edilebilir olmalıdır. Bu nedenle bu araştırmada katılımcılar ile

yapılan derinlemesine görüşmelerin uzun süreli etkileşime yol açması için uygun sürede olması planlanmıştır. Görüşmeler ortalama 24 dakika (min: 18 dakika- max 39 dakika) sürmüştür. Görüşmeler araştırma amacına uygun olacak şekilde ve doyum verdiği noktada sonlandırılmıştır (derinlik odaklı veri toplama). Araştırmacıya her aşamada destek olacak olan uzman, araştırmanın deseninden toplanan verilere, analiz ve sonuçların yazımına kadar olan tüm süreçlere eleştirel gözle bakmış ve araştırmacıya geri bildirimlerde bulunmuştur (uzman incelemesi). Araştırmacı görüşmelerde önemli gördüğü ifadeleri doğrulamak, daha iyi anlamak amacıyla katılımcıya olası anlamları sorarak katılımcının görüşlerini almıştır (Creswell, 2013; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Ayrıca tezi yürüten yüksek lisans öğrencisi kadındır, kalitatif çalışma konusunda kurslara katılmıştır. Uzman kişi kadındır ve doçent olarak bir üniversitede görev yapmaktadır. Kalitatif araştırmalar konusunda bilgilidir ve çok sayıda da araştırma tecrübesi bulunmaktadır.

Aktarılabirlik: Araştırma sonuçları direkt olarak benzer durumlara genellenemez ancak bu tür durumlara sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin fikirlere ulaşılabilir (Yıldırım ve Şimşek 2011). Bu amaçla araştırmacı, bulguları genellemeden ve yorum katmadan okuyucuya sunulmuştur.

Tutarlık: Araştırmacının araştırmanın tüm aşamalarında görüşmecilere tutarlı davranmıştır. Araştırmacı tüm görüşmelerinde aynı ses kayıt cihazını ve görüşme formunu kullanmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2011).

Teyit edilebilirlik: Araştırmacının, ulaştığı sonuçları, topladığı verilerle teyit ederek, okuyucuya mantıklı bir açıklama sunmasıdır. Bu nedenle tüm veri toplama araçları, ses kayıtları, oluşturulan kodlar ve temalar bir uzman tarafından gözden geçirilmiştir ve verilerin analizi iki kişi tarafından bağımsız olarak yapılmıştır. Sürecin tümü gerektiğinde incelenmek üzere saklanmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2011).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Yıl	2017				2018-2019		
Ay	05-07	07-08	08-09	09-12	12-04	05	06
Tez önerisi hazırlama	X						
Etik kurul izni		X					
Kurum izni		X					
Tez öneri sınavı			X				
Verilerin toplanması				X	X		
Verilerin analizi ve rapor yazımı					X		
Enstitüye tez taslağının verilmesi						X	
Tez Savunma Sınavı							X

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

3.8.1. Hasta Bilgi Formlarının Değerlendirilmesi

Örnekleme alınan bireylere ait sosyodemografik verilerin sayı ve yüzde kullanılarak incelenmesi yapılmıştır.

3.8.2. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler nitel veri analiz yöntemlerinden “İçerik Analizi” yöntemine göre değerlendirilmiştir. Veri toplama ile birlikte verilerin analizine başlanmıştır. Görüşmelerin tamamı bilgisayar ortamında yazıya dökülmüştür. İçerik analizinde tümevarım analizi yani kodlamaya dayalı içerik analizi kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Değerlendirmede aşağıdaki basamaklar izlenmiştir.

İçerik Analizi Aşamaları: Her birey ile yapılan görüşme verisi, ses kaydından hiçbir değişiklik yapılmadan ham dökümleri bilgisayar ortamında yazıya geçirilmiştir. Her bir görüşme metni iyice anlaşılincaya kadar birkaç kez okunmuştur. Kendi içinde anlamlı

birimlere bir kod veya isim verilmiştir. Buna bağlı olarak birbirine benzer veya ilişkili olan kodlar gözden geçirilerek temalar oluşturulmuştur. Ayrıca veriler uzman kişi ve araştırmacı kişi tarafından veriler ayrı ayrı analiz edilmiş ve karşılaştırılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarıyla yürütülmesi ve araştırmaya aile üyelerinin eklenmesi planlanmasına rağmen aile üyelerine ulaşılammamış olması ve tezi bitirme konusundaki zaman sınırlılığı nedeni ile aile üyelerinin çalışmadan çıkarılmış olması araştırmanın sınırlılığıdır.

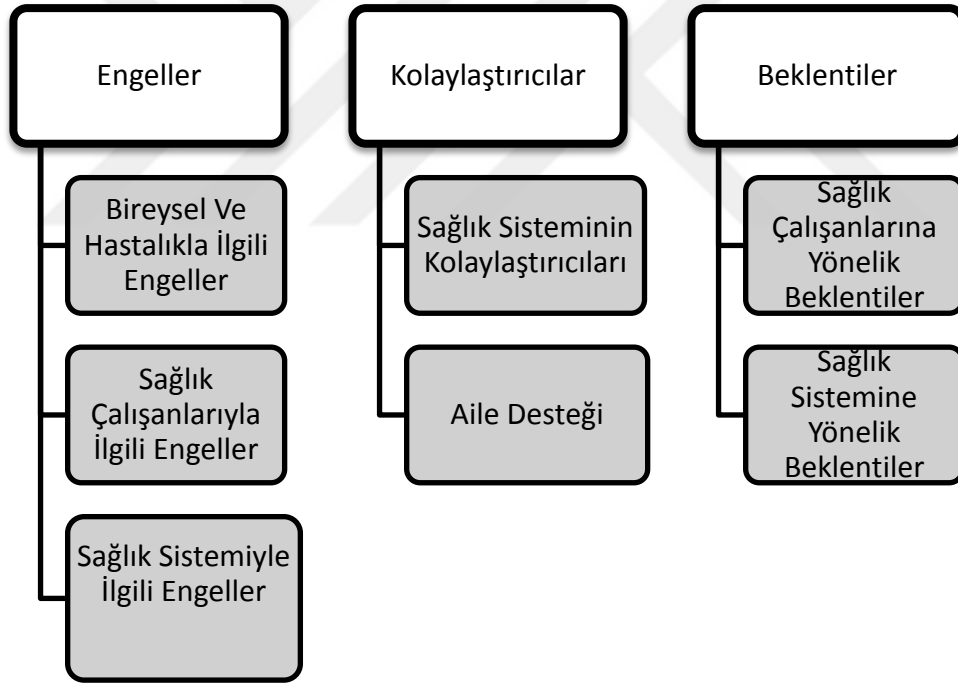
3.10.Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (03.08.2017 tarih 2017/20-17 karar numarası) etik kurul izin belgesi (EK V) ve araştırmanın yürütüleceği Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden (06.07.2017 tarih ve 82010743-045-10387 sayı) yazılı izin belgesi alınmıştır (EK IV). Etik kuruldan tez başlığının ve içeriğinin değiştirilmesine yönelik onayı (18.01.2019 tarih 2019/01-23 karar numarası) alınmıştır (EK VI). Araştırmaya katılan bireylerden çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü izinleri alınmıştır (EK III). Çalışma boyunca katılımcıların gizliliği, gönüllülüğü ve mahremiyetine dikkat edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışma psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik deneyimlerini açıklamaya odaklanmaktadır.

Araştırmanın örneklemini kronik bir psikiyatrik hastalığa sahip ve fiziksel sağlık hizmetlerine daha önce başvurmuş 14 birey oluşturmaktadır. Bireylerin yaş ortalaması 41.7'dir. Bireylerin 5'i erkek, 9'u kadındır. 4 birey evlidir. Bireylerin 7'si lise, 3'ü ilkokul, 3'ü üniversite ve 1 tanesi yüksek lisans mezunudur. Bireylerin 10'u bipolar bozukluk, 3'ü şizofreni ve 1 tanesi şizoaffektif bozukluk tanılarına sahiptir. Bireylerin 8'i çalışmıyor, 2'si malulen emekli, 3'ü aktif olarak çalışmakta ve 1'i de öğrencidir. Bireylerin ortalama var olan psikiyatrik tanılarıyla yaşama süresi 17.2' yıldır.



Şekil 1. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik deneyimlerini açıklayan tema ve alt temalar

Tablo 2. Hastaların demografik verileri

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durumu	Eğitim	Tanı	Gelir Gidere Göre	Meslek	Hastalık Süresi (yıl)
H1	58	Erkek	Evli	İlkokul	Bipolar bozukluk	Eşit	Emekli	21
H2	60	Erkek	Boşanmış	İlkokul	Şizofreni	Az	Çalışmıyor	30
H3	33	Kadın	Evli	Üniversite	Şizoaffektif Bozukluk	Az	Çalışmıyor	5
H4	42	Kadın	Bekar	Üniversite	Bipolar bozukluk	Az	Çalışmıyor	20
H5	40	Erkek	Bekar	Lise	Bipolar bozukluk	Az	Direksiyon öğretmeni	17
H6	44	Kadın	Boşanmış	Yüksek Lisans	Bipolar bozukluk	Eşit	Öğretmen	3
H7	55	Kadın	Bekar	Lise	Bipolar bozukluk	Az	Çalışmıyor	27
H8	37	Kadın	Bekar	Lise	Bipolar bozukluk	Az	Çalışmıyor	20
H9	57	Kadın	Evli	İlkokul	Şizofreni	Az	Çalışmıyor	40
H10	35	Erkek	Bekar	Lise	Şizofreni	Eşit	Emekli	12
H11	20	Kadın	Bekar	Lise	Bipolar bozukluk	Eşit	Öğrenci	2
H12	38	Kadın	Bekar	Üniversite	Bipolar bozukluk	Fazla	Yönetici	14
H13	37	Kadın	Evli	Lise	Bipolar bozukluk	Eşit	Çalışmıyor	20
H14	29	Erkek	Bekar	Lise	Bipolar bozukluk	Az	Çalışmıyor	10

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerine yönelik deneyimlerinin incelendiği bu çalışmada üç tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar: Engeller, kolaylaştırıcılar ve beklentilerdir

TEMA 1: ENGELLER

Kronik psikiyatri hastaları çeşitli nedenlerle fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşamaktadırlar. Engeller olarak adlandırılan bu temada bireysel ve hastalıkla ilgili engeller, sağlık personeliyle ilgili engeller, sağlık sistemiyle ilgili engeller adlı alt temaları yer almaktadır.

Alt Tema 1: Bireysel Ve Hastalıkla İlgili Engeller

Kronik psikiyatri hastalarının çoğu internet ya da telefon kullanımını etkin gerçekleştiremediklerinden kendi başlarına fiziksel sağlık hizmetlerinin verildiği birimlerden randevu almada güçlük yaşamaktadırlar. Randevu aldıklarında ise antipsikotiklerin yan etkisi olan uyku hali ya da sanrı ve halüsinasyon gibi psikiyatrik belirtiler nedeniyle ve ulaşım araçlarını kullanırken yaşadıkları damgalanma algısı nedeniyle randevularını kaçırabilmektedirler. Ayrıca hastalar, ulaşım araçlarının kalabalık olması, hastaneye ulaşmak için birçok kez araç değiştirmek zorunda kalma, nasıl hastaneye ulaşacaklarını bilememe gibi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Otobüse bindiğim zaman şimdi benim rahatsızlığım nedeniyle bana bakıldığını benim hakkında konuşulduğu dalga geçildiğini düşündüğüm için otobüsten iniyorum. Bir sonraki otobüse, haliyle durakta bekliyorum tekrar biniyorum. O olay tekrar ederse tekrar iniyorum. Benim 15-20 dakikada gidebileceğim bir yere iki, iki buçuk saatte gittiğim oluyor.” (H10)

Kronik psikiyatri hastaları kendilerinde fiziksel sağlıkla ilgili bir sorun gördükleri takdirde o durumla ilgili doğru bölüme gidememe sorunu yaşadıklarını, bu konuda bilgi eksiklerinin olduğunu aktarmışlardır.

“Karııştırıyorum hangisi olduğunu bilemiyorum. Şizofrenisi var, parkinsonu var, mide yanması reflü var. Hangisi hangisi olduğunu ayırt edemiyorum.” (H9)

Kronik psikiyatri hastaları fiziksel sağlık hizmetlerine başvurularında yaşadıkları belirtileri yeteri kadar aktarmada güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu durumun hem

mevcut psikiyatrik hastalıkları nedeniyle olabildiğini hem de sağlık personeliyle iletişimden çekinme, olumsuz tepki görme korkusu yaşama, olumsuz davranışlarına katlanma mecburiyetinde hissetmelerinden kaynaklandığını dile getirmişlerdir. Böyle bir durumda yanındaki yakınından yardım almaktadırlar.

“Tek başıma fazla konuşamıyordum. Bazen benden hiçbir cevap çıkmıyordu. O soruyordu mesela ben başka yere bakıyordum dinliyordum onu.” (H2)

“Sıklıkla gitmeye korkuyoruz. İşte sonra bakıyoruz yine mi sen geldin, ya sana bir sürü şey yaptık yine geldin, şöyle böyle der diye korkuyoruz ufak tefek şeye gitmiyoruz.” (H1)

Alt Tema 2: Sağlık Çalışanlarıyla İlgili Engeller

Kronik psikiyatri hastaları fiziksel sağlık hizmetlerine başvurularında doktor, hemşire, sekreter gibi sağlık sisteminde yer alan personelden kaba tavırlar, sert cevaplar ve güler yüzlü davranmama gibi uygun olmayan tutumlar gördüklerini ifade etmişlerdir. Zaman zaman saygısızlığa maruz kalabildiklerini aktarmışlardır. Bu durumlar karşısında hastalık belirtilerini yeteri kadar aktaramadıklarını, çok sayıda belirtilerin sadece bir kısmını anlattıklarını, bir daha o bölüme gitmek istemediklerini ifade ettiler:

“İşte bazen dahiliyeden bir doktora gidiyorsunuz, sekreterden başlıyor nemrutluk. Problem çıkartıyorlar. Sağlık hizmetinde görev yapmaması gereken bir karakter. Ondan sonra doktorunuz da asabi olabiliyor, samimi olmayabiliyor, güven duymuyorsunuz.” (H7)

“Benim işim olmaz, muayenem olmaz korkusuyla, işim düşecek korkusuyla karşıdaki kişilerin yaptıklarına veya saygısızlıklarına katlanıyorlar.” (H7)

“Agresif davranıyorlar. Mesela çok agresif davranıyorlar. Bir soru soruyorum, nereden çıktın sen der gibi bakıyorlar. Biz hani yüzüme bakma şeyi bile yok, gülmek yok, yüzüme bakmıyorlar.” (H13)

Kronik psikiyatri hastaları, sağlık personellerinin psikiyatrik hastalıklarıyla ilgili damgalama yaptığını düşünmekte ve bu durumun fiziksel sağlık hizmetlerine başvurularını olumsuz etkilediğini dile getirmekteler. Bu durumu şu cümlelerle ifade ettiler:

“Psikiyatrik hastalar bazen hastanelerde hor görülebiliyor ya da işte biraz farklı davranılabiliyor bu hastalara. Bunun önlenmesi için de sağlık çalışanlarının psikiyatrik hastalıklar konusunda daha bilinçli olması gerektiğini düşünüyorum.” (H12)

“Ya şimdi Türk milletini biliyorsunuz. Psikiyatriye gelince başka türlü bakıyorlar, toplumda. Ama eskiden şimdi biraz yumuşama var. Eskiden artık deli sözlüğüne bakıyorlardı toplum çok geldiği için o kadar o gözle bakmıyorlar. Ama yine de bizi rahatsız ediyor yani. Bizi ikinci sınıf görüyorlar.”(H1)

Kronik psikiyatri hastaları, psikiyatri hekimlerinin hastaların fiziksel sağlığıyla yeteri kadar ilgilenmediğini ifade ettiler. Psikiyatri hekimlerinin farklı bölümlerden konsültasyon istediğini ancak sonucu hakkında hastanın yeteri kadar bilgilendirilmediğini aktardılar.

“Doktorların dediklerini dinliyorum işte sorular soruyorum bilgiler alıyorum. Bilgiler bazen eksik alıyorum, bazen de tabii ki bazı doktorlar çok net veriyor bazıları da net vermiyor. İşte iç ilacını diyor.” (H8)

“Fiziksel sağlığımızı düşünmüyorlar, düşünmüyorlar. Ben bu teşhis konulduğundan beri ne evlenebildim ne de düzgün bir cinsel hayatım oldu. Diyorum ya işte şekerim 300 oldu hala daha aynı ilaç aynı ilaç.”(H5)

“Biz yan etkiyi fark edersek doktora bildirirsek o zaman evet fiziksel sağlığımızla da ilgileniliyor. Ama gözlemlediğim kadarıyla çok yoğun çalışıyor doktorlar gözden kaçan durumlar da olabilir. Fiziksel yan etkilerle ilgili gözden kaçan durumlar olabilir diye düşünüyorum.”(H6)

Alt Tema 3: Sağlık Sistemiyle İlgili Engeller

Kronik psikiyatri hastaları fiziksel sağlık hizmetlerine erişmede sağlık sistemiyle ilgili güçlükler de yaşamaktadır. Kronik psikiyatri hastaları randevularını istedikleri zamana alamadıklarını, randevuların uzun süre sonrasına verildiğini ifade etmektedirler, bu nedenle kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarıyla ilgili tanı ve tedavi gecikebilmektedir. Kronik psikiyatri hastaları, hastanede randevularını beklerken kalabalık ortama maruz kaldıklarını ve psikiyatrik hastalıkları nedeniyle bundan diğer hasta gruplarından daha çok etkilendiklerini, çok fazla sıra beklediklerini bu durum nedeniyle sabırsızlanıp sinirlendiklerini, olumsuz etkilendiklerini aktarmışlardır.

“Kalabalık, rüyadaymışım gibi oluyor, etrafımda insanlar dönüyor. Böyle girdap gibi oluyor.” (H10)

“Kalabalık ortam olunca çıldıracak gibi oldum böyle. Gözüm hiçbir şeyi görmedi bir ara, titredim bir ara sinirden o kadar oldum yani. Ki zaten sakinleştirici yapıldı.” (H11)

“Sıkıntı sinir, beklemek... Onun gibi sıra bekleyince sıkılıyor insan sinirleniyor. Sıra beklemek sıkıcı geliyor. Fazla beklediğinde sıkıcı geliyor sıra.” (H1)

Takipte oldukları doktordan randevu alamama, aynı sağlık personeliyle iletişimde olamama nedeniyle başka bir doktora gitmek zorunda kaldıklarını, diğer doktorların kendi doktoruyla aynı özeni göstermediği düşüncesinde olduklarını ifade etmektedirler.

“Mesela bir doktor için randevu alıyorum. Hastaneye gidiyorum, bekliyorum, o doktor o gün izinli oluyor ve şey göremiyorum o doktoru. Beni takip eden bir doktor mesela, dahiliyede çok oldu, dahiliye doktoru bir şeyleri istiyor, yaptırıyorsun bazı testleri, tekrar onu göstermek için gidiyorsun, izinli oluyor. O zaman boşuna gitmiş oluyorsun, çünkü doktor da kendi doktoruna göster diyor, bakmıyor.” (H12)

Kronik psikiyatri hastaları, mevcut sağlık durumu ile ilgili bilgilerin başka bir hastanede görüntülenmediğini bu nedenle fiziksel sağlıklarıyla ilgili tanı ve tedavi sürecinin aksayabildiğini ifade etmektedirler.

“Ben şimdi mesela oraya doktora gittim dedim ki 9 eylülde yatıyorum ben oradaki bilgileri alalım dedim siz bana daha iyi şey yaparsınız, doktor şey yaptı öyle bir şeyimiz yok dedi.” (H1)

Kronik psikiyatri hastaları, fiziksel sağlıklarıyla ilgili bir sorunu halinde sağlık hizmetlerine başvurması durumunda muayene ücretinin olması, tedavi aşamasında ilaç ya da tedaviyle ilgili materyallerin ücretli olması ya da bu ücretlerin fazla olması durumunda ekonomik açıdan zorlandıklarını aktarmıştırlar. Bu durum muayeneye gitmeyi ertelemeye, muayeneye gitmemeye neden olarak fiziksel sağlıklarının kötüleşmesine neden olabilmektedir.

“Mesela insanlar ilaçlarını bulamıyor ya da parası olmuyor, hastayım doktora gitmem gerekiyor ama muayene ücreti çıkacak eczanede diye doktora gitmiyorum diyor. Mesela

bunları duyuyorum şahit oluyorum. Bunlar mesela kalksa çok iyi olur. Çok insan mesela böyle, doktora gitmiyor parası olmadığı için. Az önce verdiğim örnek parası olmayan bir hasta nasıl alacak o torbayı, bunlar düzeltilse çok çok güzel olur. Şu muayene ücreti olayları da düzeltilse mesela, çok hasta böyle gitmiyor.” (H13)

“Muayene paraları, kontrol paraları, bazı ilaçların devlet tarafından karşılanmaması bu durumları yaşıyorum.” (H7)

Kronik psikiyatri hastaları, psikiyatri hekimlerinin zaman zaman konsültasyon istediğini fakat konsültasyon istenen diğer alanlara muayene olmanın geciktiğini ifade etmektedirler. Hastalar bu durumdan psikiyatrik durumunun da etkilendiğini, psikiyatri ve fiziksel sağlık hizmeti veren alanların yeterli iş birliği ile çalışmadığını iletmektedirler. Bu aksamalar hastaların hem fiziksel hem de psikiyatrik sağlıklarını olumsuz etkileyebilmektedir.

“Tedavim gecikebiliyor. Dahiliyenin yorumlarını bekleyen başka bir bölüm olabiliyor, konsültasyon bekleyen başka bir bölüm olabiliyor. Orası da gecikiyor böylece, hepsi birbirini zincirleme takip etmiş olabiliyor.” (H12)

Kronik psikiyatri hastaları bürokratik işlemlerin çok ve sık olması nedeniyle yoğun bir sıkıntı yaşamaktadırlar. Özellikle engelli raporu ve ilaç raporlarıyla çok fazla uğraşmaları gerektiğini, bölüm bölüm gezmenin kendileri için zor ve yorucu olduğunu dile getirmişlerdir. Hastanedeki tahlil, tetkik tıbbi işlemlerin çok olması nedeniyle sıkıldıklarını, yorulduklarını ifade etmişlerdir.

“Tıkanıyorum tutuluyorum gidemiyorum. Hastanede mesela rapor çıkaracağım gidemiyorum. Bakıyorum bekliyorum orada geliyor sıra, o da öğleden sonraya kalıyor zaten, öğleden sonra işte doktor veriyor raporu alıp geliyoruz.” (H1)

“İşim çabuk görülsün bitsin istiyorum. Tabii sıkıntı da yaratıyor bu. Başka hastanelerde beş tane tüp kan alıyorlar orada. 5 tane tüp kan alınıp veriliyor, ben gitmiyorum oraya, şeker hastalığının tedavisi gecikiyor, gitmiyorum.” (H1)

TEMA 2: KOLAYLAŞTIRICILAR

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişiminde bazı kolaylaştırıcı etmenler bulunmaktadır. Bu tema sağlık sisteminin kolaylaştırıcıları ve sosyal kolaylaştırıcılar olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır.

Alt Tema 1:Sağlık Sisteminin Kolaylaştırıcıları

Sağlık sisteminin sağlamış olduğu engelli kartı toplu taşımalarda maddi yönden kolaylık sağlaması ve hastaneye başvurularda sırada öncelik tanınması, daha az beklemleri açısından kronik psikiyatri hastaları tarafından olumlu olarak aktarılmıştır.

“Ulaşım için kent kart çıktı. Daha önce paralıydı, şu anda engelli kartım var o yönden maddi yönden rahatım yani.” (H5)

Genelde engelli kartım olduğu için muayenede ön sırada oluyorum. Öyle olduğu için devlete teşekkür ederim. (H10)

Sağlık personelinin iletişime açık bir tavır sergilemesi, özellikle hemşirelerin ulaşılabilirliğinin yüksek olması da kronik psikiyatri hastalarına kendini aktarabileceği bir ortam oluşturmakta ve fiziksel sağlıklarını olumlu etkilemektedir.

“Onların bana davranışı daha yumuşak oluyor. Ne rahatsızlığın var da sen bu kartla geldin buraya diye soruyorlar. Diyorum işte böyle şizofreni rahatsızlığım var. Ee tamam diyorlar daha yumuşak davranmaya başlıyorlar. Yumuşaktan kastım tane tane konuşuyorlar üzmemeye çalışıyorlar, başka ben ne söyleyebilirim ki size, daha yakın daha içten davranıyorlar bana.” (H10)

“Hemşireler doktora yönlendiriyor, doktoruma danışıyorum. Doktorum da yapılması gereken ne varsa onları yaptırıyor, önlemlerini alıyor.” (H12)

Alt Tema 2:Aile Desteği

Aileler, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişiminde maddi ve manevi yönden en büyük destekçisi konumundadır. Doktor-hastane seçiminde, randevu alma, ulaşımında, sırayı beraber bekleme, muayenede kendi gözlemlerini iletme, ilaçlarını düzenli

almasında yardımcı olma, maddi yönden katkıda bulunma gibi birçok konuda hastalara yardımcı olmaktadır.

“Eskiden annem olurdu bir tek ama şimdi kuzenlerim oluyor, kuzenlerimin teyzesi oluyor. Ödemiş’e gittiğimde izne gittiğimde herhangi bir sorunum olduğunda şu doktora git diye tavsiye veriyor.” (H4)

“İşte annem doktor gibi, şöyle yapacaksın, böyle yapacaksın, beni yönlendiriyor. Der ki bak ilacını içmedin, şu duruma düşebilirsin, düştüğün anda bil ki ilacını içmemişsindir. Sorarım mesela bazen anne sanırım böbreklerimi üşüttüm ben, hangi bölüm bakıyordu ya ona diyorum. Annem diyor iç hastalıklar. O şekilde yardımcı oluyor bazen bana.” (H10)

TEMA 3: BEKLENTİLER

Kronik psikiyatri hastaları, fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik olumlu ya da olumsuz deneyimleri doğrultusunda daha iyi hizmet almaya yönelik beklentileri bulunmaktadır. Fiziksel sağlıklarını korumak, geliştirmek için öneriler sunmaktadırlar. Beklentiler teması, sağlık sistemine yönelik beklentileri ve sağlık personeline yönelik beklentileri olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır.

Alt Tema 1: Sağlık Sistemiyle İlgili Beklentiler

Kronik psikiyatri hastaları, sağlık hizmetlerine başvurularında oldukça sabırsız olduklarını ifade edip ve sağlık hizmetlerinin hızlı ilerlemesini, muayene olmak için beklenen sürenin kısa olmasını istemektedirler. Daha hızlı hizmet alabilmelerine yönelik kliniklerin ve sağlık personelinin artmasına yönelik öneri ve beklentileri bulunmaktadır.

Başvurularında bekleme odalarında ve muayenelerde daha fazla vakit geçirdikleri için bu alanların daha geniş, ferah, aydınlık olarak düzenlenmesine yönelik beklentileri olduğunu ifade etmişlerdir.

“Koridorlar daha geniş daha düzenli daha fazla oturma yeri olan, eğer ekrandan takip edilecek bir şey varsa ekran daha büyük olmalı, gözü tam olarak görmeyen insanlar için.” (H10)

“Biraz daha geniş olması gerekiyor bence odaların. Mesela o bekleme salonlarının. Kötü değil ama daha geniş olursa daha ferah olur. Hava giriş çıkışı açısından.” (H11)

Kronik psikiyatri hastaları bürokratik işlemlerde güçlük yaşadıklarını, çok fazla vakitlerini aldıklarını belirtmişlerdir, bu nedenle özellikle heyet raporunu da içeren bürokratik işlemlerin daha hızlı ve kolayca yapılmasını dilemektedirler. Kronik psikiyatri hastaları fiziksel sağlıkla ilgili belirtilerine uygun hangi bölümlere gitmeleri gerektiğini bilemediklerini, kendilerine bu yönden bilgi verecek zorunlu yayınların yapılması beklentisi içindedirler.

“Daha adam hastalığını bilmeden hangi bölümden randevu alacağım kardeşim deyip telefonla soruyor. Benim karnım ağrıyor hani bölüme alayım ben diyor. Böyle de soruyorlar, 182 ye sorulur mu böyle soru. Herkes bekliyor, arayalım da ulaşalım diye. Şimdi televizyonda eğitici programlar olması gerekiyor. Zorunlu reklamların mutlaka çoğaltılması gerekiyor. Ücretsiz kurslar verilebilir mesela.” (H10)

Psikiyatri hastalarına yapılan damgalamadan olumsuz etkilenen hastalar sağlık çalışanlarının psikiyatrik hastalıklar konusunda ve damgalamayla ilgili eğitimler verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

“.... Bunun(damgalanmanın) önlenmesi için de sağlık çalışanlarının psikiyatrik hastalıklar konusunda daha bilinçli olması gerektiğini düşünüyorum.” (H12)

Birçoğu maddi açıdan zorluk çeken kronik psikiyatri hastaları sağlıktan daha düşük ücretle yararlanabilme, ilaçlarını daha ucuza temin etme isteklerini iletmışlerdir.

“Ne yapabiliriz, ithal gelen ilaçları neden ücretli yapıyorlar, çok farklı fahiş fiyata satıyorlar.” (H10)

Kendilerini tanıyan, aralarında güven bağının oluştuğu, anlaşılabildikleri tek bir hekim tarafından takip edilmek istediklerini belirten hastalar, bu durumun tanı ve tedavilerini hızlandıracağını düşündüklerini iletmışlerdir.

“Tabii daha birinci doktorun yanında daha güvende, güvende derken tedavi açısından diyorum, ilaç açısından diyorum ve kendinizi rahat hissetmek, yani doktorla karşıya karşıya değil de bir dostunuzla arkadaşınızla ve o kişinin yalnız bana değil diğer hastalara da

baktığını, baktığı hastalara da çok çok çok ilgili çok samimi olması, görüşmeleri sık yapması, başka sorunlarına da değinmesi, başka hastalıklara da değinmesi.” (H7)

Hasta haklarını yeterince bilmediği için sağlık personelinin olumsuz davranışları karşısında kendini koruyamadığını, hakkını savunamadığı görüşünde olan kronik psikiyatri hastaları, kendilerinin hasta hakları konusunda eğitim alması gerektiğinden bahsetmekteydiler.

“Yani hasta haklarını bizim daha iyi bilmemizi yardımcı olmalarını istiyorum. Çünkü biz eziliyoruz hasta haklarını bilmediğimiz için bunları daha rahatça kolayca edinmemizi sağlamasını istiyorum.”(H1)

Alt Tema 2: Sağlık Çalışanları ile İlgili Beklentiler

Kronik psikiyatri hastaları, sağlık çalışanlarının en çok iletişiminden ve güler yüzlülüğünden etkilenmekte ve bunu sıkça dile getirmişlerdir. Sağlık personelinin beklentileri güler yüzlü olması, ilgili olması, zaman ayırması, empati yapması, etkin dinlemeyi yapabilmesi, uygun geribildirim vermesi gibi etkili iletişim öğelerini içermektedir.

“Valla faydalı ilaçları vermeleri ve hastalarına böyle hastaları hatalı bile olsa düzgün hareket ve davranışlarda bulunmalı, tatlı sözlerle, tatlı söz yılanı deliğinden çıkarır demişler. Çünkü biz nörolojik ve psikolojik bir rahatsızlığımız var. Biz ne kadar hatalı bile olsak bizi yağ gibi suyun üstüne çıkararak tatlı dille güler yüzle rahatlatıp ondan sonra illa iğneyle değil tatlı dille bile başarabilirler.”(H3)

Sağlık personelinin hastayı dinleyerek iyi bir şekilde tıbbi öyküsünü alması da hastalara kendilerine önem verildiğini ve daha doğru tanı konulduğunu düşündürmektedir. Tanı sonrası ya da işlemlerle ilgili bilgi vermesini de kronik psikiyatri hastaları oldukça önemsemektedirler. Sağlık personelinin eğitiminin iyi olması ve doğru tanıyı koyup, doğru tedaviyi uygulamasının kendileri için önemli olduğunu belirtmişlerdir. Kronik psikiyatri hastaları, sağlık personelinin kendisiyle olan iletişiminde güven bağıını oluşturması beklentisinde olduklarını belirtmişlerdir.

“Mesela hastayla göz kontağı kurma, hastayı selamla, bunları önemsiyorum çünkü ben. Hastasının öyküsünü iyi dinleme bunun gibi şeyler.” (H12)

Kronik psikiyatri hastaları, her hastaya farklı şekilde davranılması gerektiği, tıbbi önerilerin, tedavinin kişiye göre esneklik içermesi ve kişiye özgü olması gerektiğini düşünmektedirler.

“Bu arada çok kilo oynamaları oluyor, yani bir diyetisyen neredeyse bir ansiklopedi veriyor ve kendisinin hiçbir zaman uygulamadığı uygulamaları istiyor. Herkese aynı verilmez.” (H7)

Sağlık sorunu belirtilerini ya da kullandıkları ilaçların yan etkilerini her zaman fark edemediklerini dile getiren kronik psikiyatri hastaları, kendisiyle ilgilenen psikiyatri doktorlarının da bu durumda yetersiz kalabildiğini bu nedenle hem fiziksel sağlıkla hem de psikiyatrik hastalıklarla ilgili bilgisi bulunan spesifik bir kişinin görevlendirilebileceğini belirtmişlerdir.

“Doktora bildirirsek o zaman evet fiziksel sağlığımızla da ilgileniliyor. çok yoğun çalışıyor doktorlar gözden kaçan durumlar da olabilir. Belki başka bir hekim muayene için gelebilir. Dahiliye mütehassısı ya da asistanı olabilir ek bir hekim bizi fiziksel sağlık açısından değerlendirebilir.” (H6)

Kronik psikiyatri hastaları, sağlığı koruma ve geliştirme gibi önemli bir rolü olan aile sağlığı merkezi personellerinin daha aktif rol oynayarak, daha dikkatli ve ilgili olmasıyla fiziksel hastalıklardan korunabileceklerini ifade etmişlerdir. Ev ziyaretleri ile ailenin ve hastanın ortamının gözlenmesi gibi önerileri de bulunmaktadır.

“Eee bence evlere gidip de ya da evlere gidip de bence herkesin şöyle bir gözden geçirilmesi, ailenin gözden geçirilmesi...” (H8)

“Mesela sana geliyor seni düzgünce dinlemiyor sadece ilacı yazıp geçiyor. Bizim başvurduğum bir sağlık ocağı var öyle.” (H11)

“Sağlık kurumuna gidip ilk önce ondan bilgi alıp oradaki hekim yönetebilir. Zaten sağlık bizim sağlık, aile hekimi zaten oraya asıyor. Kanseri şeyleri o yazıldığı broşürler dağıtıldı, şudur budur alıp okumamız lazım, bilinçlenmemiz lazım diyorum ben.” (H8)

Kendilerinin unutulması nedeniyle sağlık personelinin kontrolleri takip etmesi ve gerektiğinde hatırlatmasının fiziksel sağlıkları için iyi olabileceğini ifade etmişlerdir.

“Ama eğer benim takip edileceğim izlenebileceğim bir rahatsızlığım varsa onu da doktoruma veya sekreteriyle, doktorumun kontrol etmesini isterdim. Yani işte sizin iki ayınız geçti üç ayınız geçti sizin böyle bir durumunuz vardı onu kontrol etmeniz lazım, ilerledi mi ilerlemedi mi, böyle bir şey.” (H7)



5. TARTIŞMA

Psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik erişimleriyle ilgili deneyimlerini ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışmada üç temaya ulaşılmıştır. Bu temalar; engeller, kolaylaştırıcılar ve beklentilerdir. Her tema kendi içinde tartışılmıştır.

TEMA 1: ENGELLER

Bu çalışmada kronik psikiyatri hastaları, engeller temasının altında fiziksel sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili kendileri ve hastalıklarıyla ilgili, sağlık personeliyle ilgili ve sağlık sistemiyle ilgili engeller tanımlamışlardır.

Bireysel ve Hastalıkla İlgili Engeller

Bu çalışmanın sonucunda kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişirken yaşadıkları engeller; randevu alamama, randevularına hastalıktan ya da tıbbi bir durumdan dolayı vaktinde gidememe, fiziksel ve ruhsal hastalık belirtilerini yorumlayamama, hastalıklar için uygun bölümlere gitmeme, hastalık belirtilerini yeteri kadar aktaramama, kullandıkları psikiyatrik ilaçların yan etkileri, ekonomik güçlükler ve hizmetlere ulaşımında güçlükler olarak belirlenmiştir.

Kronik psikiyatrik hastalığı olan bireyler hastalığın neden olduğu bilişsel bozulmalar nedeniyle fiziksel sağlık hizmetlerine erişmede zorluklar yaşamaktadırlar. Literatürde kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığa erişim ile ilgili birçok engeli olduğu belirtilmektedir (Lawrence ve Kisely, 2010; Drapalski ve ark., 2008; Happell ve ark., 2017; Bradford ve ark., 2008).

Kronik psikiyatri hastalarının ekonomik güçlükler yaşaması, kötü barınma koşulları, sosyal izolasyon gibi etkenlerin yanı sıra fiziksel hareketsizlik, yetersiz ve kötü beslenme gibi yaşam tarzı alışkanlıkları da fiziksel sağlığa erişimlerinde riski artıran faktörler olarak tanımlanmıştır. Düşük sosyal destek seviyesi de erişimi engelleyebilmektedir (Faulkner ve ark. 2007).

Kronik psikiyatri hastalarının düşük eğitim düzeyi, sosyal destek yetersizliği, aile desteği yetersizliği, yoksulluk, barınma koşullarının elverişli olmaması nedeniyle fiziksel sağlıklarıyla ilgili hizmete ulaşmada sorun yaşamaları ve gerekli olan yaşam tarzı

değişikliklerini yapamamalarını sağlığa erişimlerinde bir sorun olarak tanımlamışlardır (WHO, 2005; Robson ve Gray, 2007; Kane, 2009; Lambert ve ark., 2003).

Kronik psikiyatri hastalarının bilişsel bozulmalarının olması (Jeste ve ark., 1996; Goldman, 1999), antipsikotik tedaviyle ilişkili ağrı hassasiyetlerinin azalması, (Jeste ve ark., 1996; Goldman, 1999), ve fiziksel sorunların farkında olmamaları nedeniyle hastalar fiziksel sağlıkla ilgili belirtileri yorumlayamamaktadırlar (Robson ve Grey, 2007). Bu çalışmada da kronik psikiyatri hastaları psikiyatrik ve fiziksel hastalıkla ilgili belirtileri birbirine karıştırabildiklerini ya da fiziksel sorunlarının farkına varamadıklarını belirtmişlerdir. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının kronik psikiyatri hastalarına fiziksel sağlık ile ilgili eğitimler vermesi hastaların farkındalıklarını artırabilir.

Kronik psikiyatri hastalarının iletişim zorlukları yaşaması ve sosyal becerilerinin zayıf olması (Phelan ve ark, 2001; Sokal ve ark, 2004) ve özgüven eksikliği çekmeleri kronik psikiyatri hastalarının yaşadıkları sağlık sorunlarını, sağlık çalışanlarına iletmesinde engel oluşturmaktadır (Drapalski, 2008). Bu durumlar hastaların sağlık hizmetlerine başvurumamasına, fiziksel hastalıklarıyla ilgili gerekli tanıyı ve tedaviye daha geç almasına neden olabilmektedir (Robson ve Grey, 2007; Lester, 2005). Kronik psikiyatri hastaları fiziksel sağlık sorunları için acile başvurduğunda, acilde sorun yaşadıklarını, ciddiye alınmadıklarını düşündüklerini, yeterli bilgi alamadıklarını ifade etmişlerdir (De Coux, 2005). Oud ve arkadaşları (2009) kronik psikiyatri hastalarının tarama programları hakkında farkındalığı olmamasını, farkındalık ve eğitim eksikliğinin olması, fiziksel sağlıklarını korumak ve geliştirmek amaçlı hangi hizmetlerin var olduğunu bilmemesinin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimi engellediğini ifade etmektedir. Yaşadıkları sağlık sorunlarına uygun bölümlere gitmeme de kronik psikiyatri hastalarının yaşadıkları sorunlardan biridir. (Schmutte ve ark., 2009)

Drapalski'nin (2008) yapmış olduğu kantitatif bir çalışmada kronik psikiyatri hastalarının maddi durumlarının yetersizliğinin, sağlık hizmetlerine gidebilmek için işten izin alma ve zaman bulmada sorun yaşamalarının, randevuyu alamama, nasıl alacağını bilmeme ve randevuyu unutma gibi problemlerin, fiziksel sağlık hizmetlerine erişmede bir engel olarak anladığını belirtmiştir. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine gitme, randevu alma gibi sorunları yaygın olarak yaşadığı bildirilmiştir. (Schmutte ve ark. (2009). Telefonda bekleme süreleri gibi nedenlerle sağlık hizmetleriyle bağlantı kurmada zorluklar yaşayabilmektedir (Schmutte ve ark. 2009). Bunun sonucunda bireyler fiziksel sağlıklarıyla

ilgili geç tanı alabilmekte ve tedavisi gecikebilmektedir. Özellikle yaygınlaşan internetten randevu alma uygulamaları için kronik psikiyatri hastalarına internet kullanımı hakkında bilgiler verilebilir. Telefonla randevu almakta güçlük çeken hasta grupları için ise kontrole gittiğinde bir sonraki randevunun oradaki sağlık çalışanı tarafından verilmesi kolaylaştırıcı olabilir.

Kronik psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerine olan uzaklığı ve ulaşım seçenekleri, herhangi bir araca sahip olmaması da yine hastaların sağlık hizmetlerin ulaşmada engel olarak algıladığı etkenlerden olup birçok çalışmada yer almaktadır. (Happell ve ark., 2012; Mesidor ve ark., 2011; Miller ve ark., 2007). Kronik psikiyatri hastaları ulaşımda toplu taşıma kullanımlarında, araç değiştirmede zorlandıklarını ifade etmekte ve bunu erişimde bir güçlük olarak algıladıklarını söylemişlerdir (De Coux-2005; Miller, 2007). Bu çalışmada da kronik psikiyatri hastaları çok kalabalık taşıtları kullanmak, çoklu taşıt değişimi yapmak ya da sağlık hizmetlerine uzak bir yerde yaşamak nedenleriyle sağlık hizmetlerine başvuruda güçlük yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilir yerlerde olması, hastanelere olan ulaşımın güçlendirilmesi hatta dezavantajlı hasta grupları için servislerin sağlanması hastaların sağlık hizmetlerine başvurusunu kolaylaştırabilir.

Kronik psikiyatri hastalarının yaşadıkları maddi sorunlar sağlık hizmetlerine erişimde önemli engellerdir (Happell ve ark., 2012; McCabe ve Leas, 2008; O'Day ve ark., 2005). Bakımın maliyetinin yüksek oluşu, sigortanın her bakımı ve ilacı kapsamaması hastaları olumsuz etkilemektedir (Borba ve ark., 2012; O'Day ve ark, 2005; Schmutte ve ark, 2009; DeCoux, 2005; Schmutte ve ark., 2009). Bu çalışmaya katılan hastalar da maddi yönden zorluk çektiklerini bu durumun fiziksel sağlık hizmetlerine başvurularını ve tedavi süreçlerini etkilediğini belirtmişlerdir. Engelli haklarından dolayı aldıkları engelli maaşı bireyleri olumlu etkilemekle beraber günümüz ekonomik durumuna göre bu desteğin artırılması, bu maaşı alamayan kronik psikiyatri hastaları için iş imkanlarının artırılması, çalışan olarak kabul edilmesi ekonomik kısıtlamalarını büyük ölçüde etkileyecektir. Bu nedenle ekonomik özgürlüklerinin sağlanabilmesi için iş yerlerine ve dolayısıyla topluma, psikiyatri hastalarının damgalanması ile ilgili eğitimler verilmesi, farkındalık sağlanması etkili bir girişim olabilir. Danışmanlık ve yönlendiricilik görevi olan hemşirelerin kronik psikiyatri hastalarına bütüncül bakım doğrultusunda verebileceği eğitimlerin içeriğinde sağlık hizmetlerini ne zaman, nasıl kullanacağı, nasıl başvuruda bulunacağı, hangi hizmetlerin var olduğu konuları yer almalıdır.

Yaşadıkları sağlık sorunlarına uygun birimlere başvuruya ilgili eğitimler verilmesi ya da televizyon yayınlarında gösterilen kamu spotlarının bu doğrultuda çoğaltılması hasta grubumuzun farkındalığını daha çok yükseltebilir.

Sağlık çalışanlarıyla ilgili engeller

Bu çalışmada kronik psikiyatri hastaları sağlık personelinin kendileriyle etkili iletişim kurmaması, sağlık personelinin olumsuz davranışları nedeniyle sorunlarını ifade edememe, damgalama yapıldığını düşünme, sağlık personeliyle çatışma yaşama, psikiyatri hekimlerinin fiziksel sağlıkla ilgili şikayetleri önemsememesi, bilgi verilmemesi gibi nedenlerle fiziksel sağlık hizmeti alamadıklarını ifade etmişlerdir.

De Coux (2005) kronik psikiyatri hastalığı olan 10 birey ile yaptığı çalışmada hastaların acil ve birinci basamakta tedaviye karar verme süreçlerini incelemiştir. Sağlık çalışanlarının saygısız davranışları, hastalarının gerekli tedaviyi geç aramasına ve tedaviye erişimi geciktirmesine, başvurularında kendinde gördüğü sağlık sorunlarını etkili bir şekilde aktaramamasına neden olabilmektedir. Bu çalışmada da kronik psikiyatri hastaları saygısız davranışlara maruz kalabildiklerini, sağlık çalışanının tepkisinden çekindikleri için kendilerini ifade etmekten çekindiklerini belirtmişlerdir. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının iletişim becerileriyle ilgili eğitimler verilmesi, çalışma ortamındayken hastalarla iletişiminin değerlendirilmesi, servis içi eğitimlerin yaygınlaştırılması, özellikle kronik psikiyatri hastalarına hasta haklarıyla ilgili eğitimler verilmesi, sağlık çalışanıyla sorun yaşadığı zaman nerelere başvurabileceğinin belirtilmesi etkili olabilir.

Literatürde psikiyatri hastalarının fiziksel hastalıklarını fark etmemeleri, hizmetler ve taramalar konusunda bilgi vermemeleri sağlık çalışanlarından kaynaklanan engeller olarak tanımlanmaktadır (De Coux 2005; Levinson- Miller ve ark., 2003; Robson ve Gray 2007). Kronik psikiyatrik hastalıkların fiziksel hastalıkların önüne geçmesi demek olan tanısal gölgelemenin (Filik ve ark., 2006; Jones ve ark., 2008; Lester ve ark., 2005; Oud ve ark., 2009; Weiser ve ark., 2009) kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinde engelleyici birer faktör olarak vurgulanmaktadır. McCabe ve Leas'ın (2008) çalışmasında da kronik psikiyatri hastalarının sağlık çalışanları tarafından ciddiye alınmaması, fiziksel sağlıkla ilgili sorunları yerine psikiyatrik hastalıklarının üzerinde durulması kronik

psikiyatri hastalarının birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimlerinde algıladıkları engeller ve memnuniyetlerini azaltan faktörler olarak görülmektedir. Psikiyatri hekimlerinin fiziksel sağlığı göz ardı ederek psikiyatrik hastalık ve belirtilere yoğunlaşması psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine olan erişimlerini güçleştirip geciktirebilmektedir (Colton ve Manderscheid, 2006; Phelan ve ark, 2001) Fiziksel şikayetlerin psikosomatik semptom olarak değerlendirilmesi sonucu kronik psikiyatri hastalarının kalitesiz fiziksel sağlık bakımı almalarına neden olabilmektedir (Marder ve ark, 2004; Kane, 2009; Ananth, 1984; Druss ve ark, 2002). Hem psikiyatri hekimlerinin hem de diğer birimlerde çalışan hekimlerin psikiyatri hastalarının fiziksel hastalıklarla ilgili şikayetlerini psikosomatik semptomlar olarak değerlendirmesi doğru tanı ve tedavi sürecinin gecikmesine ya da olmamasına neden olabilmektedir (Lawrence ve Kisely, 2010) Levinson-Miller ve ark. (2003) çalışmasında ise fiziksel sağlık bakımına erişimde kronik psikiyatri hastaları tarafından algılanan engeller arasında psikiyatri çalışanlarının fiziksel sağlıklarıyla ilgili sorular sormaması ve hastaların sorunlarını yeterince dikkate almaması yer almaktadır. Bunun sonucunda da hastalar sağlık çalışanlarının fiziksel sağlıkla ilgili sorunlarına inanmadıklarını düşündüklerinde psikiyatri hastası olduklarını gizlemektedirler (Schmutte ve ark. 2009). Çelik İnce ve arkadaşlarının (2018) 12 psikiyatri hemşiresi ile yaptığı kalitatif çalışmada hemşireler psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin sağlık profesyonelleri tarafından hak ettiği fiziksel sağlık bakımı almadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin, hastalarda var olan psikiyatrik problemleri öncelikli olarak gördükleri, hastaların fiziksel yakınmalarını somatik olarak yorumladıkları ve bu durumun hastaların fiziksel sağlık bakımı almalarını engellediği belirlenmiştir (Çelik İnce, Partlak Günüşen, ve Serçe, 2018).

Diğer hasta gruplarına göre kronik psikiyatri hastalarının sağlık çalışanları tarafından damgalama ve ayrımcılığa maruz kalması fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen önemli bir faktördür (Robson ve Grey, 2007). Sağlık çalışanlarının psikiyatri hastalarını damgalamaması (Fleischacker ve ark, 2008; Phelan ve ark, 2001; Kane, 2009; WHO, 2003) hekimlerin kronik psikiyatri hastalarına damgalama nedeniyle daha az kalitede hizmet sunması (Fleischacker ve ark, 2008; Kane, 2009; Hennekens ve ark, 2005; Druss ve ark, 2002), bu hastalara karşı olumsuz tutum sergilemesi (De Coux 2005; Levinson- Miller ve ark., 2003; Robson ve Gray 2007) kronik psikiyatri hastaları için sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir engel olarak yer almaktadır.

Bu çalışmada da olduğu literatürde kronik psikiyatri hastaları sağlık personeli ve danışmada yer alan sekreter gibi kişilerin de olumsuz tutumlarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinde önemli oluğu bir engel teşkil edebileceğini belirtilmiştir (Miller, 2007, Schmutte ve ark. (2009). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personellerinin kronik psikiyatri hastalarıyla etkili olmayan iletişimleri de sağlık hizmetlerine erişimi etkilemektedir (Colton ve Manderscheid, 2006). Lester'ın (2015) çalışmasında birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin kronik psikiyatri hastalarıyla etkili iletişim kurmanın zor olduğunu düşündükleri ortaya çıkmıştır. Miller'ın (2007) çalışmasında kronik psikiyatri hastaları fiziksel sağlık hizmetleriyle ilgili deneyimlerinde sağlık çalışanlarının kendilerine saygısız, ihmalkâr ve yardımcı olmayan tutumlar sergilediklerini belirtmişlerdir. Kronik psikiyatri hastaları sağlık hizmetlerine başvurduklarında, yaşadıkları belirtileri aktarırken sağlık personelleri tarafından ciddiye alınmadığını, söylediklerinin doğruluğunun, gerçekliğinin sorgulandığını hissetmektedirler (McCabe ve Leas, 2008 Mesidor ve ark., 2011). Kronik psikiyatri hastaları sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları nedeniyle takip ve kontrollerine gitmeyebilmektedir (Drapalski, 2008).

Sağlık çalışanları ile yaşanan sıkıntılar ve hastaların olumsuz deneyimleri fiziksel sağlık bakımı almada bir sonraki başvuruları etkileyebilir ve hastaların yaşadıkları fiziksel problemler daha ciddi sorunlara neden olabilir. Bu çalışmada da hastalar damgalama yaşadıklarını ve hastayla iletişimde olan her sağlık çalışanının damgalamayla ilgili eğitiminin gerekliliğini belirtmişlerdir. Sağlık ekibinin tüm üyelerini kapsayacak şekilde sağlık hizmeti veren kuruluşlarda damgalamayı azaltmaya yönelik programların oluşturulması, bu eğitimlerin sürekliliği ve etkililiğinin sağlanması gerekmektedir. Tüm sağlık çalışanlarının güler yüzlü olma, kibar olma, nazik davranma, uygun sorular sorma, uygun geribildirim verme, göz iletişimi kurma gibi iletişim becerileriyle ilgili eğitimi yararlı olabilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık çalışanlarına hastayla yaşanabilecek olası çatışmalar için çatışma yönetimiyle ilgili eğitim de faydalı olabilir.

Lester'ın (2015) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının kronik psikiyatri hastalarıyla ilgilenebilecek kadar yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarını belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik psikiyatrik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği olabildiğini bunun kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinde bir güçlük yaratabileceği belirtilmiştir (Decoux, 2005; Kilbourne ve ark., 2011). Kronik psikiyatri

hastalarının psikiyatri çalışanları tarafından fiziksel sağlıkları açısından yeterli değerlendirme ve izlemlerinin yapılmaması da hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerine engel oluşturabilmektedir (Lawrence ve Kisely, 2010; Robson ve Gray, 2007; Burns ve Cohen, 1998; Greening, 2005; De Coux 2005; Levinson- Miller ve ark., 2003). Psikiyatri çalışanlarının da fiziksel sağlıkları ilgili bilgi eksikliği olması nedeniyle kronik psikiyatri hastalarının tıbbi sorunlarını değerlendirmede güçlük yaşayabilmektedir (Druss ve ark, 2010). Psikiyatri hemşireleri ile yapılan kalitatif bir çalışmada psikiyatri hemşirelerinin hastalara fiziksel sağlık bakımı sunmada bilgi ve becerilerini yeterli görmediği, hastaların fiziksel sağlıklarını geliştirme ve korumada eksiklikleri olduğu belirlenmiştir (Çelik Ince, Partlak Günüşen, ve Serçe, 2018). Sağlık çalışanlarının fiziksel sağlık bakımı hizmeti sunmaları ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması gerekmektedir. Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik yapılandırılmış eğitimler oluşturulabilir. Kurumlarda psikiyatri hastalarına verilen fiziksel sağlık bakımı hizmetini geliştirmek için hemşireleri ve diğer sağlık profesyonellerini destekleyici stratejiler geliştirilmelidir (Çelik Ince, Partlak Günüşen, & Serçe, 2018).

Literatüre ek olarak bu çalışmada kronik psikiyatri hastaları, kullanılan ilaçların yan etkisi olarak bazı fiziksel sağlık sorunları yaşadıklarını belirtmiş ve ilaç seçiminde hastaların geribildirimlerinin dikkate alınması gerektiğini dile getirmişlerdir. Sağlık çalışanlarının tedaviye uyumu sağlamak ve fiziksel hastalıkları yönetmek açısından hastayla iş birliği içerisinde çalışması tedavi sürecini olumlu etkileyecektir.

Sağlık sistemiyle ilgili engeller

Kronik psikiyatri hastaları bu çalışmada sağlık sistemiyle ilgili olarak randevuyu istenen zamana alamama, uzun bekleme süreleri, kalabalık hastane ortamı, takipte olduğu hekime muayene olamama, kendiyile ilgili verilerin başka hastanede görüntülenemiyor olması, muayene ve ilaç ücretlerinin fazla olması, disiplinler arası işbirliğinde yetersizlik olması, bürokratik işlemlerin sık ve çok olması, tıbbi işlemlerin çok olması, hastanelerdeki kapasite yetersizliği gibi hizmetlere erişimde yaşadıkları sorunları dile getirmişlerdir.

Happell'in (2012) çalışmasına göre kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerindeki en büyük engellerden birinin sağlık sistemlerinin fiziksel, psikiyatrik olarak ayrılması olduğunu belirtmiştir. Literatürde birinci basamak sağlık

hizmetleri veren kurumlarla psikiyatrik hizmet veren kurumlar arasında koordinasyonun yetersiz olduğu yer almaktadır. Sağlık sistemleri arasındaki koordinasyon zayıflığı, bilgi akışını etkileyerek kronik psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerine olan erişimini güçleştirmektedir (Happell ve ark., 2012; Oud ve ark., 2009). Levinson-Miller ve ark. 2003 yılındaki çalışmasında psikiyatri çalışanlarının diğer sağlık çalışanlarıyla koordinasyonunun yetersiz olmasının fiziksel bakımı üzerine olumsuz etkisi üzerinde durulmaktadır. Psikiyatrik hizmetler ile fiziksel sağlık bakım hizmetleri arasındaki koordinasyon eksikliği uygun tanı ve tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının kronik psikiyatrik hastalıklarının fiziksel sağlık sorunları yaşama riskinin daha yüksek olduğu, mutlaka değerlendirmeye alınması gerektiği konusunda eğitilmesi gerekli görülmektedir. Ayrıca fiziksel ve psikiyatrik hizmetlerin bir bütün olarak görülmesi, ayrıştırılmaması gerekmektedir. Bütüncül bakım anlayışının sağlık hizmetlerinde eksikliğin giderilmesi için kurumların önlem alması ve sağlık çalışanlarının eğitilmesi gerekmektedir.

Entegre bakımın yüksek maliyetlere sahip olması ve sağlık hizmetlerinin fiziksel ve psikiyatrik sağlık hizmetleri olarak ayrılmasının entegre bakımı olumsuz etkilemesi nedeniyle birimler arasında iş birliğinin yeterince sağlanamaması nedeniyle kronik psikiyatri hastaları hizmetlere erişimde güçlük yaşamaktadır (Zeber ve ark, 2007; Lawrence ve Kisely, 2010; Fleschhacker ve ark, 2008; Horvitz-Lennon ve ark, 2006). Kronik psikiyatri hastalarında fiziksel hastalıkları ilgili belirtileri saptama ve fiziksel sağlığın yönetimi konusunda kimin sorumlu olması gerektiği konusunda netliğin olmayışı sağlık çalışanlarının kronik psikiyatri hastalarına karşı olan tutumlarını etkilemektedir (Lawrence ve Kisely, 2010; Fleschhacker ve ark, 2008; Robson ve Gray, 2007). Sağlık hizmetleri arası bilgi akışı sağlanmalı ve iş birliği kurulmalıdır. Özellikle aile sağlığı merkezleri gerekli taramalarla risk altındaki kişileri belirleyip gerekirse bir başka sağlık hizmetine sevk etmelidir.

Lester'in (2015) çalışmasında kronik psikiyatri hastalarının psikiyatrik semptomlar nedeniyle sesli ve kalabalık ortamlarda bulunmasının güçlüğü üzerinde durulmuştur. Bu nedenle hastalar fiziksel sağlık hizmet alma konusunda isteksiz olabilmektedirler. Uygun olmayan fiziksel koşulların (Zeber ve ark, 2009) ve randevuların beklendiği ortamların kronik psikiyatri hastaları için endişe ve huzursuzluk verici olduğu görülmüştür (Happell ve ark., 2012; Lester ve ark., 2005; O'Day ve ark., 2005). Bu doğrultuda kronik psikiyatri hastaları bu tür ortamlardan kaçınmak için sağlık hizmetlerine başvurularını erteleyebilmektedir. Sağlık

hizmeti verilen yerlerin giriş, bekleme odaları ve tedavi odalarına kadar sıcaklık, aydınlatma, temizlik, oturma planı ve ses açısından düzenlenmesi özellikle psikiyatri hastaları için önem taşımaktadır.

Miller'e (2007) göre fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde hastalar tarafından algılanan engeller içerisinde uzun süre bekleme sürelerinin olduğu ve başka bir çalışmada da hastaların uzun bekleme sürelerinde sıkıldıkları ve hastaların %23'ünün ilk 30 dakikadan sonra muayene olmadan ayrıldığı yer almaktadır (Zeber ve ark, 2009). Uzun bekleme süreleri kronik psikiyatri hastaları tarafından erişimde bir engel olarak tanımlanmaktadır (Robson ve Grey, 2007, Ehrlich, 2014; Decoux, 2005; Miller ve ark., 2007; O'Day ve ark., 2005; Schmutte ve ark., 2009). Kronik psikiyatri hastalarının muayene için uzun beklemeler sonucu, tanı ve tedavi için acil servislere yönlendikleri, birinci basamak hizmetlerini kullanmadıkları görülmüştür (Happell ve ark., 2012; Schmutte ve ark., 2009). Randevuların ve muayenelerin daha düzenli ayarlanması ile bekleme odalarındaki kalabalığı ve bekleme sürelerini azaltabilir. Psikiyatri hastalarına sağlık hizmetlerinde önceliğin tanınması da beklerken yaşamış oldukları anksiyetelerini azaltmada ve başvurularının devamlılığını sağlamada önemli olabilir. Bu doğrultuda kullandıkları engelli kartıyla önceliğe sahip olmaları olumlu etki ederken, engelli haklarından doğan öncelik hakları olduğunu bilmeyen bireyler için böyle bir hakları olduğuyla ilgili bilgilendirme farkındalık yaratacaktır.

Ehrlich'in (2014) çalışmasında kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişim algılarının hizmetlere ulaşılabilirliğine bağlı olduğunu belirtilmiştir. Ulaşım zorluğu ve sağlık hizmetlerine olan mesafe Drapalski'nin (2008) çalışmasında da ortaya çıkmıştır. Yapılan kantitatif bir çalışmada sağlık merkezlerine olan uzaklığın ve gerektiğinde acil bakım alamamanın hastalar tarafından sağlık hizmetlerine erişimde engel oluşturduğu ifade edilmiştir (Zeber ve ark, 2009).

Yapılan kantitatif bir çalışmada hastaların sağlık sisteminde işlemler için farklı noktalara başvurmak zorunda olmaları zor olduğunu, bakım-hizmetin ücretini ödeyememe ya da ilaç için reçete alamayacaklarından endişelendiklerinden fiziksel sağlık hizmetlerine başvurmadıkları görülmüştür (Bradford ve ark., 2008, Nankivell, 2013). Sigorta kapsamının kronik psikiyatri hastaları için yetersiz oluşu kronik psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerine başvurusunu olumsuz etkilemektedir (Fleschhacker ve ark, 2008; Kane, 2009). Bu çalışmada da sağlık sistemlerinin ücretinin fazla olmasından dolayı ya da ilaçlar

için ücret ödemelerinin gerekmesi hastaların olumsuz olarak aktardıkları noktalar olmuştur. Sağlık hizmeti sunan merkezlerin muayene için ödenen ücretin özellikle ekonomik yönden güçlük çeken kronik psikiyatri hastalarının daha çok etkilenebildiği görülmüştür. Kronik psikiyatri hastalarının iş imkanları ve ekonomik durumları göz önünde bulundurulduğunda sağlık sisteminde muayene ve ilaç ücretlerindeki farkların bu hasta grubu için özelleştirilmesi faydalı olabilir.

Sağlık sisteminin fiziksel ve ruhsal sağlık hizmetleri olarak ayrılması ve aralarındaki yeterli koordinasyonun sağlanamaması, bekleme süresi, randevu almada sıkıntı yaşama, ücret farklarının olması, sigortayla ilgili sorunlar yaşama ve kalabalık ortamlar diğer ülkelerin sağlık sistemlerinde kronik psikiyatri hastalarının yaşadıkları sorunlar arasındadır. Bu çalışmanın yapıldığı grupta da hastaneler arası veri akışının olmaması hastanelerin kapasitelerinin eksik olması, hastaların devamlı takipte olduğu doktorla muayenesine, tedavisine devam edememesi, tıbbi işlemlerin çok olması ve hastaların belli sürelerde engelli haklarının devamı için aldıkları engelli raporunu alma sürecindeki zorluklardan söz etmişlerdir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin bütüncül sunulması psikiyatri hastalarının birinci basamak hizmetleri etkin kullanmasının sağlanması, aile sağlığı merkezlerinin kronik psikiyatrik hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi, sağlığı koruma ve geliştirme amaçlı daha yoğun taramalar yapması ve takiplerin devamlılığının sağlanması ve psikiyatri hastalarına öncelik verilmesi fiziksel sağlık hizmetlerine erişimin artırılması için önemli girişimler olabilmektedir.

TEMA 2: KOLAYLAŞTIRICILAR

Bu tema altında kronik psikiyatri hastaları fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıran alt temalar olarak; engelli kartı kullanımı ve sağlık personelinin etkili iletişimini içeren sağlık sistemi kolaylaştırıcıları ve aile desteği kolaylaştırıcılar olarak belirlenmiştir.

Psikiyatri klinik ve polikliniklerinde çalışan sağlık personelinin destekleyici tutumu, aile ve arkadaşlardan alınan destekleyici, teşvik edici tutum kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık erişimlerinde kolaylaştırıcı bir rol oynamaktadır (Miller, 2007). Kronik psikiyatri hastalarının aile desteğinin ve sosyal ağlarının az olması, yaşam biçimi davranışlarını değiştirmede zorluk yaşamaları neden olarak bakım arayışlarını etkilemektedir

(WHO, 2005; Robson ve Gray, 2007; Kane, 2009; Lambert ve ark, 2003). Sosyal destek eksikliği ve sosyal izolasyon (Borba ve ark., 2012; Happell ve ark., 2012; McCabe ve Leas, 2008), yalnız yaşama (Zeber ve ark., 2009) kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinde güçlük yaşamalarına neden olmaktadır. Bu çalışmada da kronik psikiyatri hastalarının ailelerinden aldıkları destek çok büyük bir kolaylaştırıcı rolü oynamaktadır. Bugüne kadar, araştırma verilerinde görüşlerine çok az yer verilmesine karşın kronik psikiyatri hastalarının aileleri, ruhsal sağlık hizmet sistemindeki kilit konumdadır. Aileler, ruhsal hastalığı olan bireyleri destekleyen bakım vericilerdir (Happell ve ark, 2016). Aileler, kronik psikiyatri hastalarının fiziki sağlık bakımında, özellikle de sağlık bakım sisteminde yer almasında ve destek sistemini geliştirmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Scott ve Happell, 2011). Ailelerin bakıma dahil edilmek yerine yalnızca kişiyi ihtiyaç duyulan hizmetlerle ilişkilendirme ile sınırlı görüldüğü bildirilmektedir. Bu nedenle aileler sistem tarafından yok sayıldıklarını hissetmektedir (Happell ve ark, 2016a). Sonuç olarak aileler, kronik psikiyatri hastalarına kaliteli fiziksel sağlık hizmeti sağlama konusunda önemli deneyime sahiptir ve bu nedenle sorunları çözmek için tasarlanacak stratejilere önemli katkılarda bulunabilirler (Happell ve ark, 2017). Türkiye'deki sağlık sisteminde de aileler kronik psikiyatri hastalarının sağlık arayışlarında çok önemli bir göreve sahiptir, damgalama eğitimleri, iletişim becerileri ve fiziksel sağlıkla ilgili verilecek eğitimlerde bulunmaları kronik psikiyatri hastaları açısından önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarınca hasta öyküsü alınırken ve hatta psikosomatik semptom ve sağlık sorunu ayırt edilmesinde görüşlerine yer verilmesi önemli olabilir.

Kronik psikiyatri hastalarının engelli haklarından dolayı kullanmaya hak kazandıkları engelli kartları da sağlık hizmetlerine ulaşım, randevu alma gibi konularda hastalara yardımcı olmaktadır. Ancak bazen hastalar bu haklarını kullanmaktan çekindiklerini ifade edebilmektedirler, bu nedenle engelli hakları konusunda kronik psikiyatri hastalarının bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

TEMA 3: BEKLENTİLER

Kronik psikiyatri hastaları sağlık personeliyle ve sağlık sistemiyle ilgili çeşitli beklentiler içerisindedir bu çalışmada da bununla ilgili birçok önerileri olmuştur. Çalışmalar incelendiğinde Amerika, Avustralya, İngiltere ve Hollanda gibi farklı ülkelere ve farklı sağlık sistemlerine ait olmalarına rağmen kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine

erişimde yaşadıkları engeller benzerlik göstermektedir (Happell ve ark, 2012). Bu çalışmadaki sonuçlar da literatürle uyumluluk göstermektedir, bu nedenle çalışmalardaki öneriler de ülkemizde yapılabilecek sağlığı koruma ve geliştirme stratejilerinde önem taşımaktadır. Bu çalışmada kronik psikiyatri hastalarının sağlık çalışanlarından beklentileri etkili iletişim becerilerini sergileyebilmesi, doğru tanı ve tedavi için gerekli şartları sağlayabilmesi, primer sağlık hizmeti veren ASM'lerin daha aktif rol alması ve eğitim beklentileri bulunmaktadır. Sağlık sisteminden beklentilerinde ise bürokratik işlemlerin hızlı olması, randevuların daha esnek olması, eğitimlerin sağlanması, sağlık çalışanı ve sağlık hizmetlerinin artırılması yer almaktadır.

Sağlık çalışanları zaman yetersizliği, sağlık çalışanı sayısının az olması (Shuel ve ark., 2010) ya da aşırı iş yükü (Happell ve ark., 2012; Wright ve ark., 2006) nedenleriyle kronik psikiyatri hastalarının ayrıntılı fiziksel muayenelerini yapmayabilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının sayılarının artırılması önemli bir rol oynayabilir. Ayrıca De Hert (2011), kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığıyla ilgili kimin sorumlu olduğu ve kimlerin rol alması gerektiğinin belirtilmesinin önemli olduğunu belirtmektedir. Bu durumla ilgili olarak bu çalışmada hastalar hastane yattıkları sürece fiziksel sağlıkla ilgili sorunlarını anlayabilecek bir psikiyatri çalışanının olmasını kendilerinin ya da psikiyatri hekimlerinin gözden kaçırdığı durumların anlaşılmasında önemli rol oynayabileceğini ifade etmişlerdir. Brunero ve Lamont (2009) bir çalışmada kronik psikiyatri hastalarının kullandığı antipsikotiklerin kardiyovasküler etkilerini değerlendirmek hem de birinci basamakta kronik psikiyatri hastalarının fiziksel durumlarını değerlendirecek bir kardiyometabolik psikiyatri hemşiresi rolü tanımlamışlardır. Başka bir çalışmada da psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarını değerlendirecek bir psikiyatri hemşiresi rolü tanımlanmıştır (Happell, 2015) Psikiyatri hemşirelerinin kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini engelleyen durumları incelemek için çalışmalar yapması da öneriler arasındadır (Happell ve ark., 2012). Sağlık çalışanlarının kronik psikiyatri hastalarıyla iletişim ve psikiyatrik hastalıklarla ilgili eğitimleri, psikiyatri çalışanlarının da fiziksel hastalıklarla ilgili eğitimleri önerilmiştir (De Hert, 2011). Psikiyatri hemşirelerinin de kronik psikiyatri hastalarının çok sık karşılaştığı kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolları hatalıkları gibi konularda bireyleri bilinçlendirmek adına eğitimler verebilir. (Blythe ve White, 2012; Bradshaw ve Pedley, 2012; Gray, 2012; Hardy ve Thomas, 2012) Sağlık hizmetlerine ilk başvurusunda bir psikiyatri

hemşiresinin olması ve yönlendiricilik görevi ile ilgili yerlere erişimini sağlanması hastanede koordinasyonu sağlayabilmektedir.

Schmutte ve ark.'nın (2009) yaptığı araştırmaya göre sağlığı geliştirici aktiviteler konusunda çoğu kronik psikiyatri hastasının istekli olduğu görülmüştür. Ancak sağlık çalışanlarının, kronik psikiyatri hastalarının yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin tavsiyelere uymayacağına dair inançlarının olması bir sorun olduğu belirtilmektedir (Dunn ve ark., 2005; Kilbourne ve ark., 2007). Bu nedenle sağlık çalışanlarına damgalama ile eğitim verilmesi kronik psikiyatri hastalarına verecekleri sağlık eğitimlerini de etkileyeceğinden önem teşkil etmektedir. Psikiyatri hekimlerinin diğer hekim gruplarıyla daha etkili etkileşimde ve iş birliğinde bulunması ve özellikle psikiyatri çalışanlarının kronik psikiyatri hastaları için daha iyi bir hasta öyküsü alması, risk faktörlerini belirlemek için yaşam tarzları, soy öykülerinin alınması, fiziksel sağlıkla ilgili tarama ve ölçümlerin yapılması gerektiğinde sonuçların diğer sağlık profesyonellerine iletilmesi önerilmektedir. Hastalara gerekli yaşam tarzı değişikliğini sağlanmasında yardımcı olunması ve onların cesaretlendirilmesi de önem taşımaktadır. (De Hert, 2011) Sigara, madde kullanımı, kötü beslenme, fiziksel aktivitenin azlığı, güvenli olmayan cinsel ilişkilerde bulunma gibi fiziksel hastalıklarla ilgili daha fazla risk taşımalarına (Lawrence ve Kisely, 2010; Cradock-O'Leary ve ark., 2002; Kendrick, 1996; Brown ve ark., 1999) neden olabilecek durumlara yönelik eğitimler verilmesi, fiziksel hastalıklara karşı hemşirenin primer görevi olan sağlığın korunması kapsamında önemli bir girişim olabilir. Kronik psikiyatri hastaları tarafından kullanılan antipsikotikelerin obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklara zemin hazırlaması (Robson ve Gray, 2007) nedeniyle bu hastalıklara karşı taramaların sıklaştırılması ve önlemeye yönelik hastaların eğitimi uygun olabilir.

Kronik psikiyatri hastaları için fiziksel hastalıkların önlenmesi ve erken tanınması için, tarama ve programlar geliştirilmesi kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının korunma ve geliştirilmesi için önemle vurgulanmaktadır (De Hert, 2011). Bu nedenle birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda hizmetlerin entegrasyonunu sağlamak adına bir psikiyatri hemşiresi rol alabilir, bu durum Amerika ve İngiltere gibi ülkelerde değerlendirme aşamasındadır (Druss ve ark., 2010; Lewis ve ark., 2010; Shuel ve ark., 2010; Smith ve ark., 2007). Psikiyatrik ve birinci basamak hizmetler arasında koordinasyon ve bağlantı eksikliği olduğu (Happell ve ark., 2012; Oud ve ark., 2009) göz önüne alındığında

birinci basamak sağlık hizmetlerinin psikiyatriyle ilgili eğitimlerinin olması ve birinci basamak hizmetlerle tüm tıbbi hizmetler arasında koordinasyonun sağlanması hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini olumlu etkileyebilmektedir (Bradford, 2008). Fiziksel ve psikiyatrik hizmetler arasında iletişim ve iş birliğinin sağlanması önerileri doğrultusunda bütünleşik bakımın sağlanması ve desteklenmesi için kamusal ve politik desteğin gerekliliği önerilmiştir (Happell ve ark, 2012). Bu çalışmada da hastalar tarafından aile sağlığı merkezlerinin fiziksel hastalıklar bakımından daha aktif görevler alması gerektiği, danışmanlık ve yönlendirme görevlerini gerçekleştirmesi gerektiği önerilerinde bulunmuşlardır.

Damgalama hastaların fiziksel sağlık arayışlarında gecikmesine ya da hizmetlere başvurmaktan tamamen kaçınmalarına neden olmaktadır (Corrigan ve ark., 2009). Bu nedenle damgalamayla ilgili özellikle sağlık personellerinin eğitimi önemli durumdadır. Happell (2012)'e göre de damgalama ile ilgili eğitim ve farkındalık programları kronik psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerine erişimlerinde önemli yer tutmaktadır. Sağlık  alışanlarının damgalamayla ilgili eğitim alması bu çalışmada da beklenti teması altında gelmiştir. Damgalamayla ilişkili olarak kronik psikiyatri hastalarının fiziksel hastalıklardan dolayı ölümlerinin sık olduğuna dair bilinçlendirme yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Lawrence ve ark, 2003). Yine damgalamayla ilgili hem sağlık çalışanlarına hem topluma yapılacak eğitimler kronik psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerine erişimini olumlu etkileyecektir.

Kronik psikiyatri hastaları sağlık çalışanları ya da sağlık hizmetlerinden diğer hasta gruplarıyla ortak beklentileri paylaşabilmektedir. Hem fiziksel sağlıkla ilgili sorunlar açısından daha riskli olmaları hem de sağlık hizmetlerini daha az kalitede almaları bakımından yaşadıkları olumsuz deneyimlerden daha çok etkilenebilmektedirler. Hastalar fiziksel sağlıkla ilgili başvurularını erteleyebilmekte ya da başvurmayabilmektedirler. Bu durumda da fiziksel hastalıkların erken tanılanması ve tedavisinde gecikmeye, yeterince iyi y netilmemesine neden olabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik deneyimlerini anlamak amacıyla yapılan bu çalışmanın sonunda sonuçlar temalara göre belirtilmiştir;

Engeller:

- Kronik psikiyatri hastaları sağlığı koruma ve geliştirme stratejilerinden yeteri kadar yararlanamadıkları, aile sağlığı merkezlerinin kendileri için daha aktif olmasını bekledikleri, kendileri için verilecek olan sağlığı koruma ve geliştirme eğitimlerine daha çok ihtiyaç duydukları,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri ve diğer sağlık hizmetleri arasında bir koordinasyon eksikliği bulunduğu ve aynı koordinasyon eksikliğinin fiziksel ve psikiyatrik sağlık hizmeti sunan birimler arasında da mevcut olduğu, bilgi ve işbirliği eksikliğinin özellikle kronik psikiyatri hastaları açısından sağlık hizmetlerine erişimde büyük bir engel oluşturduğu,
- Kronik psikiyatri hastaları kendileri ve hastalıklarıyla ilgili erişimlerini engelleyecek birçok faktöre sahip olduğu en çok kendi başına randevu alma, kendini aktaramama, ekonomik olarak engeller yaşadıkları,
- Sağlık çalışanlarının en çok güler yüz, göz kontağı kurma gibi iletişim becerilerinden etkilendikleri,
- Sağlık çalışanlarının psikiyatrik tanıya odaklı olduğunda fiziksel sorunları göz ardı edebildiği,
- Kronik psikiyatri hastalarına yapılan damgalama ve ayrımcılığın her insanın hakkı olan sağlık hakkını ve engelli haklarını etkileyerek, bu hastaların sağlık hizmetlerine erişimlerini engellediği,
- Sağlık çalışanlarının damgalama, iletişim, fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarla ilgili eğitimlerinin gerekli olduğu
- Uzun bekleme süreleri, kalabalık ortamlar ve bürokratik işlemlerin sıklığı, yoğunluğu gibi konularda diğer hasta gruplarına göre daha dezavantajlı durumda olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kolaylaştırıcılar:

- Özellikle aile desteğinin kronik psikiyatri hastaları için çok önemli olduğu ve sağlık hizmetlerine erişimde ailenin desteğinin çok önemli olduğu,
- Engelli kartlarıyla ilgili, engelli ve hasta haklarıyla ilgili kronik psikiyatri hastalarının yeterli bilgiye sahip olmadığı,

Beklentiler:

- Kronik psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerine erişimleri ve kullanımlarını kendileri için kolaylaştıracak değişiklikler istedikleri,
- Kronik psikiyatri hastalarının sağlık çalışanlarının etkili iletişim yöntemlerini kullanması beklentisinde oldukları sonuçlarına varılmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda uygulamaya ve araştırmaya yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Uygulamaya yönelik öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık sistemlerini entegre edecek, kurumlar arası ve kurum içi koordinasyon ve bilgi akışını sağlayacak sistem bazında uygulamalar geliştirilmeli,
- Topluma ve özellikle sağlık çalışanlarına kronik psikiyatrik hastalıklarla ilgili eğitimler verilerek damgalama azaltılmalı,
- Sağlık çalışanlarına etkili iletişim yöntemleri hakkında düzenli olarak servis içi eğitimler yapılmalı,
- Fiziksel sağlık hizmeti veren birimlerdeki sağlık çalışanlarına kronik psikiyatrik hastalıklar, psikiyatrik hizmetler sunan birimlerdeki sağlık çalışanlarına fiziksel hastalıklarla ilgili eğitimler düzenlenmeli,
- Kronik psikiyatri hastalarına düzenli olarak fiziksel sağlıklarıyla ilgili muayeneler düzenlenmeli,
- Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarını değerlendirecek özelleşmiş bir psikiyatri hemşiresi rolü oluşturulmalı,

- Sağlık hizmetlerine erişim için randevu almada ve başvuru yapmada kronik psikiyatri hastalarına öncelik tanınmalı,
- Kronik psikiyatri hastalarının ulaşımını kolaylaştıracak servis hizmeti, bekleme odalarının gürültü ve kalabalık durumunu düzenleyecek hastane stratejileri uygulanmalı,
- Engelli hakları, hasta hakları ve kullanabileceği hizmetlerle ilgili kronik psikiyatri hastalarına bilgilendirme yapılmalıdır.

Araştırmaya yönelik öneriler

- Sağlık hizmetleri kullanımı bakımından dezavantajlı olan bölgelerde yaşayan kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimleriyle ilgili kalitatif çalışmalar yapılması,
- Kronik psikiyatri hastalarının aileleri de fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde büyük bir rol oynadığından onların da deneyimlerini inceleyen kalitatif çalışmalar yapılması,
- Sağlık çalışanları açısından da kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimleriyle ilgili düşüncelerini içeren kalitatif çalışmalar yapılması,
- Bütüncül bir bakış açısı yakalayabilmek için kronik psikiyatri hastası, ailesi ve sağlık çalışanını içeren kalitatif çalışmalar yapılması,
- Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini engelleyen faktörlerin çözümüne odaklanan kantitatif çalışmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abou-Saleh, M. T., & Janca, A. (2004). The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 16(1), 3-8.
- Ananth, J. (1984). Physical illness and psychiatric disorders. *Comprehensive psychiatry*, 25(6), 586-593.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2010). Mental health services in Australia 2007–08. Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare.
- Ertem, A., Özcan, Ö., & Sarvan, I. (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler. *Uygulamalar. Ed. Fatma Akça Ay. İstanbul Medikal Yayıncılık*, 2.
- Basu, R., Brar, J. S., Roy Chengappa, K. N., John, V., Parepally, H., Gershon, S., ... & Kupfer, D. J. (2004). The prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizoaffective disorder–bipolar subtype. *Bipolar disorders*, 6(4), 314-318.
- Beyer, J., Kuchibhatla, M., Gersing, K., & Krishnan, K. R. R. (2005). Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population. *Neuropsychopharmacology*, 30(2), 401.
- Birol, L. (2003). *Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*. Etki Matbaacılık Yayıncılık.
- Blank, M. B., Mandell, D. S., Aiken, L., & Hadley, T. R. (2002). Co-occurrence of HIV and serious mental illness among Medicaid recipients. *Psychiatric services*, 53(7), 868-873.
- Blomqvist, M., & Ziegert, K. (2011). ‘Family in the waiting room’: A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3), 185-194.
- Blythe, J., & White, J. (2012). Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 193-201.
- Borba, C. P., DePadilla, L., McCarty, F. A., Silke, A., Druss, B. G., & Sterk, C. E. (2012). A qualitative study examining the perceived barriers and facilitators to medical healthcare

services among women with a serious mental illness. *Women's Health Issues*, 22(2), e217-e224.

Bradford, D. W., Kim, M. M., Braxton, L. E., Marx, C. E., Butterfield, M., & Elbogen, E. B. (2008). Access to medical care among persons with psychotic and major affective disorders. *Psychiatric Services*, 59(8), 847-852.

Bradshaw, T., & Pedley, R. (2012). Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 266-273.

Brown, S. (1997). Excess mortality of schizophrenia: a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 171(6), 502-508.

Brown, S., Barraclough, B., & Inskip, H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 177(3), 212-217.

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

Brugha, T. S., Wing, J. K., & Smith, B. L. (1989). Physical health of the long-term mentally ill in the community. Is there unmet need?. *The British Journal of Psychiatry*, 155(6), 777-781.

Brunero, S., & Lamont, S. (2010). Health behaviour beliefs and physical health risk factors for cardiovascular disease in an outpatient sample of consumers with a severe mental illness: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 753-760.

Burla, L., Knierim, B., Barth, J., Liewald, K., Duetz, M., & Abel, T. (2008). From text to codings: intercoder reliability assessment in qualitative content analysis. *Nursing research*, 57(2), 113-117.

Burns, T., & Cohen, A. (1998). Item-of-service payments for general practitioner care of severely mentally ill persons: does the money matter?. *Br J Gen Pract*, 48(432), 1415-1416.

Carney, C. P., & Jones, L. E. (2006). The influence of type and severity of mental illness on receipt of screening mammography. *Journal of general internal medicine*, 21(10), 1097-1104.

Casey, D.E., Hanson, T.E., 2003. In: Meyer, J.M., Nasrallah, H.A., (Eds.), *Medical Illness and Schizophrenia*. American Psychiatric Publishing, Vancouver.

Cavill, N., Kahlmeier, S., & Racioppi, F. (Eds.). (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. World Health Organization.

Chadwick, A., Street, C., McAndrew, S., & Deacon, M. (2012). Minding our own bodies: Reviewing the literature regarding the perceptions of service users diagnosed with serious mental illness on barriers to accessing physical health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 211-219.

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

Cohen, M. E., Dembling, B., & Schorling, J. B. (2002). The association between schizophrenia and cancer: a population-based mortality study. *Schizophrenia research*, 57(2-3), 139-146.

Cole, D. P., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Soares, J. C., Luther, J. F., Kupfer, D. J., & Frank, E. (2002). Slower treatment response in bipolar depression predicted by lower pretreatment thyroid function. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 116-121.

Colton, C. W., & Manderscheid, R. W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis*, 3(2), A42.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.

Cournos, F., McKinnon, K. M., & Sullivan, G. (2005). Schizophrenia and comorbid human immunodeficiency virus or hepatitis C virus.

Cradock-O'Leary, J., Young, A. S., Yano, E. M., Wang, M., & Lee, M. L. (2002). Use of general medical services by VA patients with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 53(7), 874-878.

Creswell, J. W. (2013). Nitel araştırma yöntemleri: beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni (3. Baskı). Çev. Ed., M. Bütün ve SB Demir). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Çelik Ince, S., & Partlak Günüşen, N. (2018). The views and habits of the individuals with mental illness about physical activity and nutrition. *Perspectives in Psychiatric care*, 54(4), 586-595.

Çelik Ince, S., Partlak Günüşen, N., & Serçe Ö. The opinions of Turkish mental health nurses on physical health care for individuals with mental illness: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2018; 25(4), 245–257. <https://doi.org/10.1111/jpm.12456>

Çelik Ince, S., Günüşen, N. P., Özerdem, A., & Özışık, S. (2017). Diabetes self-care views of individuals with severe mental illness and comorbid type 2 diabetes and of those only with type 2 diabetes. *Archives of psychiatric nursing*, 31(4), 386-393.

De Hert M., Cohen D., Bobes J., et al. (2011b) Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 10, 138–151.

De Hert, M., Cohen, D. A. N., Bobes, J., CETKOVICH-BAKMAS, M. A. R. C. E. L. O., Leucht, S., Ndeti, D. M., ... & Gautam, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World psychiatry*, 10(2), 138-151.

De Hert, M., Dekker, J. M., Wood, D., Kahl, K. G., Holt, R. I. G., & Möller, H. J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European psychiatry*, 24(6), 412-424.

de Leon, J., Tracy, J., McCann, E., McGrory, A., & Diaz, F. J. (2002). Schizophrenia and tobacco smoking: a replication study in another US psychiatric hospital. *Schizophrenia Research*, 56(1-2), 55-65.

DeCoux, M. (2005). Acute versus primary care: The health care decision making process for individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(9), 935-951.

Desai, M. M., Rosenheck, R. A., Druss, B. G., & Perlin, J. B. (2002). Mental disorders and quality of diabetes care in the veterans health administration. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1584-1590.

Department of Health. (2006). Choosing Health: Supporting the Physical Health Needs of People with Serious Mental Illness. London: DH.

Dickson, R. A., & Glazer, W. M. (1999). Neuroleptic-induced hyperprolactinemia. *Schizophrenia research*, 35, S75-S86.

Diwan, A., Castine, M., Pomerleau, C. S., Meador-Woodruff, J. H., & Dalack, G. W. (1998). Differential prevalence of cigarette smoking in patients with schizophrenic vs mood disorders. *Schizophrenia research*, 33(1-2), 113-118.

Dixon, L., Weiden, P., Delahanty, J., Goldberg, R., Postrado, L., Lucksted, A., & Lehman, A. (2000). Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophrenia bulletin*, 26(4), 903.

Drapalski, A. L., Milford, J., Goldberg, R. W., Brown, C. H., & Dixon, L. B. (2008). Perceived barriers to medical care and mental health care among veterans with serious mental illness. *Psychiatric services*, 59(8), 921-924.

Druss, B. G. (2007). Improving medical care for persons with serious mental illness: challenges and solutions. *The Journal of clinical psychiatry*.

Druss, B. G., Bradford, D. W., Rosenheck, R. A., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2000). Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *Jama*, 283(4), 506-511.

- Druss, B. G., Bradford, W. D., Rosenheck, R. A., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2001). Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 565-572.
- Druss, B. G., Rosenheck, R. A., Desai, M. M., & Perlin, J. B. (2002). Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Medical care*, 40(2), 129-136.
- Druss, B. G., von Esenwein, S. A., Compton, M. T., Rask, K. J., Zhao, L., & Parker, R. M. (2009). A randomized trial of medical care management for community mental health settings: the Primary Care Access, Referral, and Evaluation (PCARE) study. *American Journal of Psychiatry*, 167(2), 151-159.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American journal of preventive medicine*, 28(1), 1-8.
- Dworkin, R. H. (1994). Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 235-248.
- Edward, K. L., Rasmussen, B., & Munro, I. (2010). 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*, 24(1), 46-53.
- Ehrlich, C., Kendall, E., Frey, N., Denton, M., & Kisely, S. (2015). Consensus building to improve the physical health of people with severe mental illness: a qualitative outcome mapping study. *BMC health services research*, 15(1), 83.
- Ehrlich, C., Kendall, E., Frey, N., Kisely, S., Crowe, E., & Crompton, D. (2014). Improving the physical health of people with severe mental illness: Boundaries of care provision. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 243-251.
- Erdemir F. (1998). Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 2 (1).
- Erginer, D. K., & Günüşen, N. P. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: ihmal edilen bir alan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(3).

- Erginer, D. K., & Günüşen, N. P. (2018). Determination of physical health status and healthy lifestyle behaviors of individuals with mental illness. *Perspectives in psychiatric care*, 54(3), 371-379.
- Fagiolini, A., & Goracci, A. (2008). The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 70, 22-29.
- Fagiolini, A., Frank, E., Scott, J. A., Turkin, S., & Kupfer, D. J. (2005). Metabolic syndrome in bipolar disorder: findings from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians. *Bipolar disorders*, 7(5), 424-430.
- Fasmer, O. B. (2001). The prevalence of migraine in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Cephalalgia*, 21(9), 894-899.
- Faulkner, G. E., Gorczynski, P. F., & Cohn, T. A. (2009). Psychiatric illness and obesity: recognizing the "obesogenic" nature of an inpatient psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 60(4), 538-541.
- Faulkner, G., Taylor, A., Munro, S., Selby, P., & Gee, C. (2007). The acceptability of physical activity programming within a smoking cessation service for individuals with severe mental illness. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 123-126.
- Filik, R., Sipos, A., Kehoe, P. G., Burns, T., Cooper, S. J., Stevens, H., ... & Stephenson, D. (2006). The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(4), 298-305.
- Firoz, A. H. M. (2003). Smoking in patients with mental disorders: observations in a developing country. *ORION*, 16.
- Fleischhacker, W. W., Cetkovich-Bakmas, M., De, M. H., Hennekens, C. H., Lambert, M., Leucht, S., ... & Olfson, M. (2008). Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 514-519.
- Foley, D. L., & Morley, K. I. (2011). Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Archives of general psychiatry*, 68(6), 609-616.

- Frayne, S. M., Halanych, J. H., Miller, D. R., Wang, F., Lin, H., Pogach, L., ... & Berlowitz, D. R. (2005). Disparities in diabetes care: impact of mental illness. *Archives of internal medicine*, 165(22), 2631-2638.
- Friedlander, A. H., & Marder, S. R. (2002). The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *The Journal of the American Dental Association*, 133(5), 603-610.
- Gitlin, M. (1999). Lithium and the kidney. *Drug Safety*, 20(3), 231-243.
- Goldman, L. S. (1999). Medical illness in patients with schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Golomb, B. A., Pyne, J. M., Wright, B., Jaworski, B., Lohr, J. B., & Bozzette, S. A. (2000). The role of psychiatrists in primary care of patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 51(6), 766-773.
- Gough, S., & Peveler, R. (2004). Diabetes and its prevention: pragmatic solutions for people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 184(S47), s106-s111.
- Gray, R. (2012). Physical health and mental illness: a silent scandal. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 191-192.
- Greening, J. (2005). Physical health of patients in rehabilitation and recovery: a survey of case note records. *Psychiatric Bulletin*, 29(6), 210-212.
- Halbreich, U., & Kahn, L. S. (2003). Hormonal aspects of schizophrenias: an overview. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 1-16.
- Hansen, S. S., Munk-Jørgensen, P., Guldback, B., Solgård, T., Lauszus, K. S., Albrechtsen, N., ... & Gosden, N. P. (2000). Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(6), 432-438.
- 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.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2013). Are nurses in mental health services providing physical health care for people with serious mental illness? An Australian perspective. *Issues in mental health nursing*, 34(3), 198-207.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2013). Physical health care for people with mental illness: Training needs for nurses. *Nurse education today*, 33(4), 396-401.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2014). A systematic review of nurse physical healthcare for consumers utilizing mental health services. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(1), 11-22.

Happell, B., Platania-Phung, C., Webster, S., McKenna, B., Millar, F., Stanton, R., ... & Scott, D. (2015). Applying the World Health Organization Mental Health Action Plan to evaluate policy on addressing co-occurrence of physical and mental illnesses in Australia. *Australian Health Review*, 39(4), 370-378.

Happell, B., Scott, D., & Platania-Phung, C. (2012a). Perceptions of barriers to physical health care for people with serious mental illness: a review of the international literature. *Issues in mental health nursing*, 33(11), 752-761.

Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012). Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International journal of mental health nursing*, 21(3), 202-210.

Happell, B., Wilson, K., Platania-Phung, C., & Stanton, R. (2016). Physical health nurse consultant role to improve physical health in mental health services: A carer's perspective. *International journal of mental health nursing*, 25(3), 243-250.

Happell, B., Wilson, K., Platania-Phung, C., & Stanton, R. (2017). Filling the gaps and finding our way: family carers navigating the healthcare system to access physical health services for the people they care for. *Journal of clinical nursing*, 26(13-14), 1917-1926.

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.

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173(1), 11-53.

Hasta Hakları Yönetmeliği (2014) Erişim: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=182:hasta-haklari-yetmelik&catid=2:ymelik&Itemid=33 E.T: 10.05.2019

Hawamdeh, S., & Fakhry, R. (2014). Therapeutic relationships from the psychiatric nurses' perspectives: An interpretative phenomenological study. *Perspectives in psychiatric care*, 50(3), 178-185.

Henderson, J., & Battams, S. (2011). Mental health and barriers to the achievement of the 'right to health'. *Australian Journal of Primary Health*, 17(3), 220-226.

Hennekens, C. H. (2006). Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 68, 4-7.

Hennekens, C. H., Hennekens, A. R., Hollar, D., & Casey, D. E. (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *American heart journal*, 150(6), 1115-1121.

Hogan, B. K., & Shattell, M. M. (2007). Psychiatric clinical nurse specialists, nurse practitioners, or the new practice doctorate: meeting patients'needs?. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(8), 927-930.

Holt, R. I. G., Peveler, R. C., & Byrne, C. D. (2004). Schizophrenia, the metabolic syndrome and diabetes. *Diabetic Medicine*, 21(6), 515-523.

Horvitz-Lennon, M., Kilbourne, A. M., & Pincus, H. A. (2006). From silos to bridges: meeting the general health care needs of adults with severe mental illnesses. *Health affairs*, 25(3), 659-669.

Hummer, M., & Huber, J. (2004). Hyperprolactinaemia and antipsychotic therapy in schizophrenia. *Current medical research and opinion*, 20(2), 189-197.

Jeste, D. V., Gladsjo, J. A., Lindamer, L. A., & Lacro, J. P. (1996). Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 22(3), 413-430.

- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169-171.
- Kamışlı, S., Karatay, G., Terzioğlu, F., & Kubilay, G. (2008). Sigara ve ruh sağlığı. *TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara*, 7-14.
- Kane, J. M. (2009). Creating a health care team to manage chronic medical illnesses in patients with severe mental illness: the public policy perspective. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Kaplan HI.,Sadock, B. J. (2016). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría*. Wolters Kluwer Health.
- Karakuş, G., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Cukurova Medical Journal*, 37(1).
- Karşıdağ, Ç., Aksoy, U. M., Yüksel, G., Alpay, N., & Uysal, A. (2013). Yataklı tedavi hizmeti sunan psikiyatri kliniklerinde ektanılar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 47-52.
- Kelly, J. A., St Lawrence, J. S., Diaz, Y. E., Stevenson, L. Y., Hauth, A. C., Brasfield, T. L., ... & Andrew, M. E. (1991). HIV risk behavior reduction following intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis. *American journal of public health*, 81(2), 168-171.
- Kendrick, T. (1996). Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patients with long-term mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 169(6), 733-739.
- Kılavuzu, M. S. (2009). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. *Ankara, Tuna Matbaacılık*, 1-25.
- Kilbourne, A. M., Greenwald, D. E., Bauer, M. S., Charns, M. P., & Yano, E. M. (2012). Mental health provider perspectives regarding integrated medical care for patients with serious mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(6), 448-457.

- Kisely, S., Smith, M., Lawrence, D., & Maaten, S. (2005). Mortality in individuals who have had psychiatric treatment: population-based study in Nova Scotia. *The British Journal of Psychiatry*, 187(6), 552-558.
- Kisely, S., Smith, M., Lawrence, D., Cox, M., Campbell, L. A., & Maaten, S. (2007). Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *Cmaj*, 176(6), 779-784.
- Kohen, D. (2004). Diabetes mellitus and schizophrenia: historical perspective. *The British Journal of Psychiatry*, 184(S47), s64-s66.
- Lai, D. W., & Chau, S. B. (2007). Effects of service barriers on health status of older Chinese immigrants in Canada. *Social work*, 52(3), 261-269.
- Lambert, T. J., & Newcomer, J. W. (2009). Are the cardiometabolic complications of schizophrenia still neglected? Barriers to care. *Medical Journal of Australia*, 190(4), S39.
- Lambert, T. J., Velakoulis, D., & Pantelis, C. (2003). Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia*, 178(9), S67.
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Agerbo, E., Gasse, C., & Mortensen, P. B. (2009). Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 713-720.
- Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 425-448.
- Lawrence, D. M., D'Arcy, C., Holman, J., Jablensky, A. V., & Hobbs, M. S. (2003). Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1998. *The British journal of psychiatry*, 182(1), 31-36.
- Lawrence, D., & Kisely, S. (2010). Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of psychopharmacology*, 24(4_suppl), 61-68.
- Lawrence, D., Hancock, K. J., & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*, 346, f2539.

- Lawrence, D., Holman, C. D. A. J., & Jablensky, A. (2001). *Preventable physical illness in people with mental illness*. Centre for Health Services Research, Department of Public Health, University of Western Australia.
- Lester, H., Tritter, J. Q., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *Bmj*, 330(7500), 1122.
- Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., & Sartorius, N. (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 317-333.
- Levinson Miller, C., Druss, B. G., Dombrowski, E. A., & Rosenheck, R. A. (2003). Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. *Psychiatric Services*, 54(8), 1158-1160.
- Lewis, M., Allen, H., & Warr, J. (2010). The development and implementation of a nurse-led hepatitis C protocol for people with serious mental health problems. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(7), 651-656.
- Liberman, R. P. (2008). Yetiyitiminden İyileşmeye. Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı.
- Lichtermann, D., Ekelund, J., Pukkala, E., Tanskanen, A., & Lönnqvist, J. (2001). Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 573-578.
- Lucksted, A., Dixon, L. B., & Sembly, J. B. (2000). A focus group pilot study of tobacco smoking among psychosocial rehabilitation clients. *Psychiatric Services*, 51(12), 1544-1548.
- Marder, S. R., Essock, S. M., Miller, A. L., Buchanan, R. W., Casey, D. E., Davis, J. M., ... & Stroup, S. (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1334-1349.
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International journal of mental health nursing*, 23(3), 212-220.

McCabe, M. P., & Leas, L. (2008). A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness. *Psychology, Health and Medicine*, 13(3), 303-312.

McCloughen, A., Foster, K., Huws-Thomas, M., & Delgado, C. (2012). Physical health and wellbeing of emerging and young adults with mental illness: An integrative review of international literature. *International journal of mental health nursing*, 21(3), 274-288.

McCreadie, R. G. (2003). Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *The British Journal of Psychiatry*, 183(6), 534-539.

McCreadie, R. G., Stevens, H., Henderson, J., Hall, D., McCaul, R., Filik, R., ... & McKendrick, J. (2004). The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(4), 306-310.

McDaid, T. M., & Smyth, S. (2015). Metabolic abnormalities among people diagnosed with schizophrenia: a literature review and implications for mental health nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(3), 157-170.

McIntyre, R. S., Soczynska, J. K., Beyer, J. L., Woldeyohannes, H. O., Law, C. W., Miranda, A., ... & Kennedy, S. H. (2007). Medical comorbidity in bipolar disorder: reprioritizing unmet needs. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 406-416.

Mesidor, M., Gidugu, V., Rogers, E. S., Kash-MacDonald, V. M., & Boardman, J. B. (2011). A qualitative study: Barriers and facilitators to health care access for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 34(4), 285.

Miller, E., Lasser, K. E., & Becker, A. E. (2007). Breast and cervical cancer screening for women with mental illness: patient and provider perspectives on improving linkages between primary care and mental health. *Archives of women's mental health*, 10(5), 189-197.

Milletlerarası Sözleşme (2009) Engellilerin Haklarına Yönelik Sözleşme Erişim: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=686:engeller-haklarina-k-slee&Itemid=36 E.T: 10.05.2019

Minden, S. L. (2000). Mood disorders in multiple sclerosis: diagnosis and treatment. *Journal of neurovirology*, 6(2), S160.

Mitchell, A. J., & Malone, D. (2006). Physical health and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 432-437.

Mitchell, A. J., Malone, D., & Doebbeling, C. C. (2009). Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 491-499.

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.

Nankivell, J., Platania-Phung, C., Happell, B., & Scott, D. (2013). Access to physical health care for people with serious mental illness: a nursing perspective and a human rights perspective-common ground?. *Issues in mental health nursing*, 34(6), 442-450.

Nasrallah, H. A., Meyer, J. M., Goff, D. C., McEvoy, J. P., Davis, S. M., Stroup, T. S., & Lieberman, J. A. (2006). Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophrenia research*, 86(1-3), 15-22.

National Institute For Health And Clinical Excellence (NICE), (2009). Schizophrenia: Core Interventions In The Treatment And Management Of Schizophrenia In Adults In Primary And Secondary Care <https://www.nice.org.uk/guidance/cg82/documents/schizophrenia-update-draft-nice-guideline-for-consultation2> E.T: 10.05.2019

Newcomer, J. W. (2005). Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects. *CNS drugs*, 19(1), 1-93.

Newcomer, J. W., Haupt, D. W., Fucetola, R., Melson, A. K., Schweiger, J. A., Cooper, B. P., & Selke, G. (2002). Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 59(4), 337-345.

O'Day, B., Killeen, M. B., Sutton, J., & Iezzoni, L. I. (2005). Primary care experiences of people with psychiatric disabilities: barriers to care and potential solutions. *Psychiatric rehabilitation journal*, 28(4), 339.

Osby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekblom, A., & Sparén, P. (2001). Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archives of general psychiatry*, 58(9), 844-850.

Oud, M. J., Schuling, J., Slooff, C. J., Groenier, K. H., Dekker, J. H., & Meyboom-de Jong, B. (2009). Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Family Practice*, 10(1), 29.

Öz, F. (2010). *Sağlık alanında temel kavramlar*. İmaj. Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Ltd. Şti. Yenilenmiş 2. Baskı. sayfa: 14

Parks, J., Radke, A. Q., & Ruter, T. J. (2008). Obesity reduction and prevention strategies for individuals with serious mental illness. *Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council*.

Phelan, M., Stradins, L., & Morrison, S. (2001). Physical health of people with severe mental illness: can be improved if primary care and mental health professionals pay attention to it. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7284), 443.

Rathore, S. S., Wang, Y., Druss, B. G., Masoudi, F. A., & Krumholz, H. M. (2008). Mental disorders, quality of care, and outcomes among older patients hospitalized with heart failure: an analysis of the national heart failure project. *Archives of general psychiatry*, 65(12), 1402-1408.

Roberts, L., Roalfe, A., Wilson, S., & Lester, H. (2007). Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Family Practice*, 24(1), 34-40.

Robson, D., & Gray, R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International journal of nursing studies*, 44(3), 457-466.

Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Osher, F. C., Swartz, M. S., Essock, S. M., Butterfield, M. I., ... & Salyers, M. P. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American journal of public health*, 91(1), 31.

Rylance, R., Chapman, H., & Harrison, J. (2012). Who assesses the physical health of inpatients?. *Mental Health Practice*, 16(2).

Sağlık Bakanlığı (2011) Erişim: [https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-
yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html](https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html)

E.T:10.05.2019

Sağlık Bakanlığı (2016) Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeligi.html> E.T: 10.05.2019

Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?. *Archives of general psychiatry*, 64(10), 1123-1131.

Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods-whatever happened to qualitative description?. *Research in nursing and health*, 23(4), 334-340.

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in nursing & health*, 23(4), 334-340.

Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., ... & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9593), 1164-1174.

Sarı D., Doğan S. (2017) Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Durumuna Hemşirelerin Yaklaşımları Ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi

Schmutte, T., Flanagan, E., Bedregal, L., Ridgway, P., Sells, D., Styron, T., & Davidson, L. (2009). Self-efficacy and self-care: missing ingredients in health and healthcare among adults with serious mental illnesses. *Psychiatric quarterly*, 80(1), 1-8.

Scott, D., & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in mental health nursing*, 32(9), 589-597.

Shahzad, S., Suleman, M. I., Shahab, H., Mazour, I., Kaur, A., Rudzinskiy, P., & Lippmann, S. (2002). Cataract occurrence with antipsychotic drugs. *Psychosomatics*, 43(5), 354-359.

Shanley, E., & Jubb-Shanley, M. (2012). Coping focus counselling in mental health nursing. *International journal of mental health nursing*, 21(6), 504-512.

Shanley, E., Jubb, M., & Latter, P. (2003). Partnership in Coping: an Australian system of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 431-441.

- Shuel, F., White, J., Jones, M., & Gray, R. (2010). Using the serious mental illness health improvement profile [HIP] to identify physical problems in a cohort of community patients: a pragmatic case series evaluation. *International journal of nursing studies*, 47(2), 136-145.
- Simonelli-Muñoz, A. J., Fortea, M. I., Salorio, P., Gallego-Gomez, J. I., Sánchez-Bautista, S., & Balanza, S. (2012). Dietary habits of patients with schizophrenia: A self-reported questionnaire survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 220-228.
- Smith, S., Yeomans, D., Bushe, C. J., Eriksson, C., Harrison, T., Holmes, R., ... & Sullivan, G. (2007). A well-being programme in severe mental illness. Reducing risk for physical ill-health: A post-programme service evaluation at 2 years. *European Psychiatry*, 22(7), 413-418.
- Sokal, J., Messias, E., Dickerson, F. B., Kreyenbuhl, J., Brown, C. H., Goldberg, R. W., & Dixon, L. B. (2004). Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(6), 421-427.
- Stanley, S. H., & Laugharne, J. D. (2011). Clinical guidelines for the physical care of mental health consumers: a comprehensive assessment and monitoring package for mental health and primary care clinicians.
- Strudsholm, U., Johannessen, L., Foldager, L., & Munk-Jørgensen, P. (2005). Increased risk for pulmonary embolism in patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 7(1), 77-81.
- Taylan S., Alan S., Kadioğlu S.(2012). Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 14(3).
- Taylan, S., Alan, S., & Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 14(3).
- Taylor, D., Paton, C., Kerwin, R., 2005. The South London and Maudsley NHS Trust and Oxleas NHS Trust 2005-2006 Prescribing Guidelines, eighth ed. Taylor & Francis, London.
- Taylor, J., Edwards, J., Kelly, F., & Fielke, K. (2009). Improving transfer of mental health care for rural and remote consumers in South Australia. *Health & social care in the community*, 17(2), 216-224.

Taylor, V., & MacQueen, G. (2006). Associations between bipolar disorder and metabolic syndrome: A review. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(7), 1034-1041.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. (2011). *Ankara, TC Sağlık Bakanlığı*

Usher, K., Foster, K., & Park, T. (2006). The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(6), 730-734.

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 72(4), 334-341.

Weiser, P., Becker, T., Losert, C., Alptekin, K., Berti, L., Burti, L., ... & Friedrich, F. (2009). European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods. *BMC Public Health*, 9(1), 315.

Werneke, U., Taylor, D., Sanders, T. A. B., & Wessely, S. (2003). Behavioural management of antipsychotic-induced weight gain: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 252-259.

Wheeler, A. J., Harrison, J., Mohini, P., Nardan, J., Tsai, A., & Tsai, E. (2010). Cardiovascular risk assessment and management in mental health clients: whose role is it anyway?. *Community mental health journal*, 46(6), 531-539.

World Health Organization. (2001). *World health report 2001: mental health* (No. EM/RC48/INF. DOC. 1).

World Health Organization. (2003). Investing in mental health.

World Health Organization. Department of Mental Health, Substance Abuse, World Health Organization, World Health Organization. Mental Health Evidence, & Research Team. (2005). *Mental health atlas 2005*. World Health Organization.

Wright, C. A., Osborn, D. P., Nazareth, I., & King, M. B. (2006). Prevention of coronary heart disease in people with severe mental illnesses: a qualitative study of patient and professionals' preferences for care. *BMC psychiatry*, 6(1), 16.

Xiong, G. L., Bermudes, R. A., Torres, S. N., & Hales, R. E. (2008). Use of cancer-screening services among persons with serious mental illness in Sacramento County. *Psychiatric Services*, 59(8), 929-932.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2008). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (6. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Zeber, J. E., Copeland, L. A., McCarthy, J. F., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2009). Perceived access to general medical and psychiatric care among veterans with bipolar disorder. *American Journal of Public Health*, 99(4), 720-727.

Zeber, J. E., McCarthy, J. F., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2007). Datapoints: self-reported access to general medical and psychiatric care among veterans with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 58(6), 740-740.

8. EKLER

EK I. Kronik Psikiyatri Hastası Bireylere Ait Tanıtıcı Bilgi Formu

Ad- Soyad:

Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

Yaş:

Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Boşanmış

Eğitim Durumu: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans

Yaşadığınız yer: ☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy

Kiminle yaşıyorsunuz? ☐ Ailemle ☐ Yalnız ☐ Diğer...

Mesleğiniz:

Çalışma durumunuz: ☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum ☐ İşten ayrıldım

Gelir durumu: ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla

Psikiyatrik tanı:

Hastalık başlama yaşı:

Hastalık süresi:

Kullanılan psikiyatrik ilaçlar:

İlaç kullanım süresi:

Mevcut fiziksel rahatsızlıklar:

Kullanılan diğer ilaçlar:

Birinci derece akrabalarınızda var olan fiziksel rahatsızlıklar nelerdir?

Fiziksel hastalık ile ilgili başvuru durumu:

Fiziksel hastalıklara yönelik başvurduğu kurum ya da kişiler:

EK II. Kronik Psikiyatri Hastası Bireylere Yönelik Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Merhaba. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik deneyimlerini, algılarını, düşüncelerini anlayabilmek amacıyla bir çalışma yapıyorum. Hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine ulaşmaları ile ilgili deneyimlerini öğrenmek istiyoruz. Sizin görüşlerinizin fiziksel sağlığın geliştirilmesiyle ilgili yapılacak girişimlere yol gösterici olacağını düşünüyoruz.

Bu araştırma kapsamında sizlerle yüz yüze yaklaşık 30-60 dk süreceğinin tahmin ettiğim görüşme yaparak birkaç soru sormak istiyorum. Görüşmenin tamamı, verilerin eksiksiz toplanabilmesi için ses kayıt cihazıyla kaydedilecektir. Görüşme süresince söylediklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken görüştüğümüz bireylerin isimlerini kesinlikle rapora yansıtmayacağız. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tümü ile özgürsünüz. Bu çalışma gönüllü olarak katılımınız ile gerçekleştirilecektir. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim. Eğer sizin bana görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz bir soru varsa, önce bunu yanıtlamak isterim.

Görüşme Soruları

- 1- Fiziksel bir sağlık sorunu yaşadığınızda ne yapıyorsunuz?
- 2-Fiziksel sağlık sorunlarınız için sağlık hizmetlerine başvurduğunuzda neler yaşadınız?
- 3-Fiziksel sağlık hizmetlerine ulaşmada ne tür güçlükler yaşadınız? Bu güçlükleri neye bağlıyorsunuz?
- 4-Fiziksel sağlık sorunlarını önlemeye ve gidermeye yönelik beklentileriniz nelerdir?
- 5-Psikiyatri hastalarının daha iyi hizmet alması için neler önerirsiniz?

EK III. Etik Kurul Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine yönelik deneyimlerinin ve düşüncelerinin ortaya koyulmasıdır. Sizden bu amaçla yapılacak olan bireysel görüşmelere katılmanız beklenmektedir. Görüşmeler 30-60 dakika sürebilmektedir. Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Sonuçlar, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının geliştirilmesinde ve fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinin artırılması yönünde bize fikir verecektir. Herhangi bir risk öngörülmemekte ve bütçe gerekmemektedir. Bu form sizi araştırma ile ilgili bilgilendirmek içindir. Araştırmacı tarafından size özel olarak anlatılan araştırma ile ilgili bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Bilmediğiniz terimleri ve anlamadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak numaralı telefonda araştırmacıya.....ulaşmanız mümkündür. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde uygulanan tedavinizde hiçbir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı: tarafından “**Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Yönelik Deneyimleri**” isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma biçimi ile verdiğim bilgiler ile ilgili gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım telefon numarası verildi. İstediğim zaman kendisiyle temasa geçebilirim. İstediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda hastamın tedavi ve tetkiklerinin bundan etkilenmeyeceği belirtildi. Bu araştırmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı	Görüşme Tanığı	Araştırmayı Yapan Araştırmacının
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:	Adı, soyadı: Mukaddes GEDİK
Tarih:	Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:	İmza: Tel:.... E-mail:.....

EK IV. Uygulama Kurum İzinleri



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : 82010743-045
Konu : Uygulama İzni



-10387

24 Temmuz 2017/2017

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06.07.2017 tarih ve 1852 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen; Yüksek Lisans programı öğrencisi Mukaddes Müberra GEDİK'in "Kronik Psikiyatri Hastaları ve Ailelerinin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Erişime Yönelik Deneyimleri" isimli tez çalışmasını Psikiyatri Anabilim Dalında yürütmesi Başhekimliğimiz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Erkan DEREBEK
Başhekim

Ek : 1 Sayfa

Öğrenci İdari
25.07.2017
AY

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi : 25/07/2017
Kayıt No :
Dosya No : 3651

Mithatpaşa Cad. No:1606 İncirali Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR
Telefon: +90(232)4123541 Faks: +90(232)4129797
E-Posta: aylin.celep@deu.edu.tr Elektronik Ap: www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için lütfen:
Aylin CELEP
Birim Sorumlusu

EK V. Etik Kurul İzin Belgesi

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı: 1776

03.08.2017

Sayın Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN,

Kurulumuz tarafından 03.08.2017 tarih ve 3509-GOA protokol numaralı 2017/20-17 karar numarası ile görüşülen **“Kronik Psikiyatri Hastaları ve Ailelerinin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Yönelik Deneyimleri”** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr



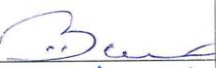
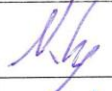
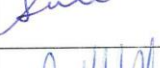
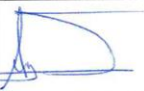
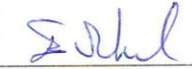
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3509-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Psikiyatri Hastaları ve Ailelerinin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Yönelik Deneyimleri
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/20-17	Tarih:03.08.2017
	Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN'in sorumlusu olduğu "Kronik Psikiyatri Hastaları ve Ailelerinin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Yönelik Deneyimleri" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ			
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI			
Sayın Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN			
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.			
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.			
ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ		
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
TELEFON	Dokuz Eylöl Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR		
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58		
E-POSTA	0 232 412 22 43		
	etikkurul@deu.edu.tr		

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3509-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ YÜKSEKLİSANS ☒	MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ DOKTORA ☐ ÖÇM ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Psikiyatri Hastaları ve Ailelerinin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Yönelik Deneyimleri	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN Hemşirelik Fakóltesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		Araştırmacı dilekçesi	15.11.2018	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/01-23	Tarih:18.01.2019				
	Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN'in sorumlusu olduğu "Kronik Psikiyatri Hastaları ve Ailelerinin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Yönelik Deneyimleri" isimli klinik araştırmaya ait 15.11.2018 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma adının "Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Yönelik Deneyimleri" olarak değiştirilmesi, -Çalışma süresinin Ağustos 2017 – Eylül 2019 olarak uzatılması, ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Can SEVİNÇ (Başkan)	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan Yardımcısı)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	KATILMADI
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK VII. Araştırmacı Özgeçmişi



MUKADDES MÜBERRA GEDİK

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	31769037242
Doğum Tarihi	04/07/1994
İletişim Adresi	
Telefon	(554) 987 22 80
E-posta	mukaddes.gedik35@gmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

05 Eylül 2012 - 09 Haziran 2016 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, HEMŞİRELİK PR.
Diploma Numarası: 201601692
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 84.82 / 100.0

01 Eylül 2008 - 01 Haziran 2012 (3 yıl 10 ay)
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI İL MİLLÎ EĞİTİM MÜDÜRLÜKLERİ VE OKULLAR İZMİR
İLİNDEKİ OKULLAR BORNOVA İLÇESİNDEKİ OKULLAR BORNOVA SUPHİ
KOYUNCUOĞLU ANADOLU LİSESİ, TÜRKİYE
Diploma Numarası: 386
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 79.22 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ekim 2017 - Şu Anda (1 yıl 8 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAŞKANLIĞI İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY BÖLGESİ TÜRKİYE KAMU HASTANE
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)