T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN FİZİKSEL SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİ: TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE YÜRÜTÜLEN NİTEL BİR ÇALIŞMA

Gamze TOPÇU

Kocaeli Üniversitesi
Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.

KOCAELİ

2023

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN FİZİKSEL SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİ: TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE YÜRÜTÜLEN NİTEL BİR ÇALIŞMA

Gamze TOPÇU

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.

Danışman: Doç. Dr. Rahime AYDIN ER

Etik Kurul Onay No: KÜ GOKAEK- 2022/02.10

Proje No: 2022-13

KOCAELİ

2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tez Adı: Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Deneyimleri: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Yürütülen Nitel Bir Çalışma

Tez Yazarı: Gamze TOPÇU

Tez Savunma Tarihi: 14.06.2023

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Rahime AYDIN ER

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programında BİLİM UZMANLIĞI tezi olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		
ÜNVANI	ADI SOYADI	İMZA
BAŞKAN (ÜYE)	Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Yüksel CAN ÖZ	
DANIŞMAN (ÜYE)	Doç. Dr. Rahime AYDIN ER	

Onay

Bu tez Kocaeli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla onaylanmıştır.

.... /.... /2023

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Deneyimleri: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Yürütülen Nitel Bir Çalışma

Amaç: Bu tez çalışmasının amacı şizofreni tanılı bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini belirlemek ve deneyimlerini değerlendirmektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan ve fenomenolojik (olgu bilim) yaklaşımının kullanıldığı araştırma, Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Derince Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)'nde yürütülmüştür. Araştırma verileri, TRSM'de takip edilen 20 şizofreni tanılı bireyden yarı yapılandırılmış görüşmeler ve katılımcı bilgi formu aracılığıyla toplanmıştır. Elde edilen veriler, nitel araştırmada tümevarım analiz basamakları doğrultusunda analiz edilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 40,3 olan katılımcıların %75'i erkek ve bekardır. Katılımcıların %70'i çalışmadığını ve %60'ı gelirinin giderinden daha az olduğunu ifade etmiştir. Hastalık süresi 2 ile 27 yıl arasında (ortalama: 12,0) değişen katılımcıların toplum ruh sağlığı merkezinden takip edilme süresi ise 1 ile 10 yıl arasındadır (ortalama: 6,0). Araştırma katılımcılarımızın söylemlerinin içerik analizinden fiziksel sağlık hizmetine erişimde engeller, kolaylaştırıcılar ve beklentiler şeklinde üç tema elde edilmiştir.

Sonuç: Şizofreni tanılı bireyler fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde bireysel ve hastalıkla, sağlık profesyonelleri ve sağlık sistemiyle ilgili birçok engelle karşı karşıya kalmaktadır. Hastaların ailelerinden aldıkları destek ve engelli kartı fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinlerinde öne çıkan kolaylaştırıcılardır. Hastalar tıbbi tedavi ve bakım masraflarını karşılamada maddi desteğe, sağlık profesyonellerinin destekleyici ve olumlu yaklaşımına gereksinim duymaktadır.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, Fiziksel Sağlık, Sağlık Hizmetlerine Erişim, Engeller

ABSTRACT

The Experiences of Individuals with Schizophrenia on Physical Health Services: A Qualitative Study Conducted in a Community Mental Health Center

Objective: The aim of this thesis study is to determine the access of individuals with schizophrenia to physical health services and to evaluate their experiences.

Method: Descriptive type of research using phenomenological (phenomenological) approach, It was carried out at Derince Community Mental Health Center (DMHC) affiliated to Kocaeli Provincial Health Directorate Health Sciences University Derince Training and Research Hospital. Research data were collected through semi-structured interviews and participant information form from 20 individuals with a diagnosis of schizophrenia followed in DMHC. . The obtained data were analyzed in accordance with the inductive analysis steps in qualitative research.

Results: 75% of the participants, whose average age is 40.3, are male and single. 70% of the participants stated that they did not work and 60% stated that their income was less than their expenses. The duration of follow-up from the community mental health center of the participants, whose disease duration varies between 2 and 27 years (mean: 12.0), is between 1 and 10 years (mean: 6.0). From the content analysis of the discourses of our research participants, three themes were obtained as barriers to accessing physical health services, facilitators and expectations.

Conclusions: Individuals with a diagnosis of schizophrenia face many obstacles in accessing physical health services related to the individual and the disease, health professionals and the health system. The support that patients receive from their families and the disability card are prominent facilitators in their access to physical health services. Patients need financial support and the supportive and positive approach of health professionals to cover medical treatment and care costs.

Keywords: Schizophrenia, Physical Health, Access to Health Services, Obstacles

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın başından itibaren süreçte değerli bilgilerini benimle paylaşan ve büyük bir sabırla bana destek olan, yaşadığım sorunlarda olumlu tutumuyla beni cesaretlendiren, gelecekteki mesleki hayatımda faydalanacağımı düşündüğüm kıymetli bilgileri öğreten saygı ve sevgi duyduğum kıymetli Doç. Dr. Rahime AYDIN ER'e, yüksek lisans sürecine beni hazırlayan ve desteğini hissettiğim Yüksel CAN ÖZ'e, eğitimin kıymetini bana öğreten ve tüm süreçte bana destek olan kıymetli ailem annem Munire TOPÇU, babam Nusret TOPÇU ve kardeşim Ezgi TOPÇU'ya, çalışmamı yürüttüğüm kurumda bana destek olan Nilgün YEL'e ve diğer değerli sağlık profesyonellerine, kıymetli zamanlarına bana ayıran değerli katılımcılarıma ve süreçte beni motive eden sevgili arkadaşlarıma teşekkür ederim.

ORİJİNALLİK BİLDİRİMİ

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bilim uzmanlığı tezi olarak hazırlayıp sunduğum "**Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Deneyimleri: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Yürütülen Nitel Bir Çalışma"** başlıklı tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, şekil ve diğer malzemeler kaynaklar gösterilerek verilmiştir. Tezimde yer alan araştırmalar bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yapılmıştır. Tezimin fikri tamamıyla tez danışmanım ve bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususlar bir intihal programı kullanılarak test edilmiş olup, doğruluğunu beyan ederim.

14/06/2023

Gamze TOPÇU

İÇİNDEKİLER

ÖZET v
ABSTRACT v
TEŞEKKÜR vi
ORİJİNALLİK BİLDİRİMİ viii
İÇİNDEKİLER ix
SİMGELER VE KISALTMALAR xi
ŞEKİLLER xi
TABLOLAR xii
GENEL BİLGİLER ……..……..…1
1.1. Şizofreni ……..1
1.1.1. Epidemiyolojisi ……...……1
1.1.2. Etiyolojisi …….....2
1.1.3. Belirtileri ……3
1.1.4. Tedavisi …..……4
1.1.5. Seyri .....…….……4
1.2. Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlık ……...…....5
1.3. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlık Açısından Risk Faktörleri ……7
1.3.1. Sağlıksız beslenme ……..……7
1.3.2. Yetersiz fiziksel aktivite ……..8
1.3.3. Sigara, alkol ve madde kullanımı …….....9
1.3.4. Antipsikotik ilaçlar ……..9
1.3.5. Şizofreni hastalığına ilişkin faktörler ……10
1.4. Şizofrenik Bozukluğu olan Hastalarda Fiziksel Sağlık Sorunları …….....10
1.4.1. Obezite …….……11
1.4.2. Metabolik sendrom ……...……11
1.4.3. Diyabet ……..……12
1.4.4. Kardiyovasküler hastalıklar …….……13
1.4.5. Solunum sistemi hastalıkları ……13
1.4.6. Diş hastalıkları ……..14
1.4.7. Kanser …….……..15
1.4.8. Sindirim sistemi hastalıkları ……..15

1.4.9. Enfeksiyonlar ……..……..16
1.4.10. Kemik sağlığı ve D vitamini eksikliği ……...……16
1.5. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Erişimlerindeki Engeller ……...17
1.5.1. Bireysel hastalık engelleri ……..…….....17
1.5.2. Sağlık profesyonellerinden kaynaklı engeller ……...18
1.5.3. Sağlık sistemiyle ilişkisel engeller ……...……19
1.6. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Gereksinimlerinin Karşılanmasında Psikiyatri Hemşirelerinin Sorumlulukları …….20
2. AMAÇ ……..……23
3. YÖNTEM ……..……24
3.1. Araştırmanın Tipi……...…24
3.2. Araştırma Sorusunun Belirlenmesi ……...24
3.3. Kavramsal Çerçevenin Oluşturulması ……...25
3.4. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer …….……25
3.5. Araştırma Katılımcılarının Belirlenmesi ……...26
3.6. Verilerin Analizi ve Yazımı ……..……....26
4. BULGULAR ……...30
4.1. Katılımcıların Kişisel ve Klinik Bilgileri ……...…...30
4.2. Araştırma Sorularına İlişkin Bulgular……33
5. TARTIŞMA ……...……..44
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER ……...……51
7. KAYNAKLAR ……...……54
8. ÖZGEÇMİŞ ……..……....64
9. EKLER ..……..65
EK-1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Protokolü ...……65
EK-2. Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Onayı ...……66
EK-3. Etik Kurul Onayı ……...……70
EK-4. Katılımcı Bilgilendirme Formu ...…..…..71
EK-5. Aydınlatılmış Onam Formu ...……...…….…74
EK-6. Ses Kaydı İzin Formu ...……...…75
EK-7. Katılımcı Bilgi Formu ...……76

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

Ark.: Arkadaşları

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKG: Elektrokardiyografi

HBV: Hepatit B Virüsü

HCV: Hepatit C Virüsü

HIV: Human Immmunodeficiency Virus

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TABLOLAR

Tablo 4.1. Katılımcıların Kişisel ve Klinik Bilgileri …….40

Tablo 4.2. Katılımcıların Kişisel ve Klinik Bilgilerinin Dağılımı …….41

Tablo 4.3. Katılımcıların Fiziksel Sağlık Sorunu Nedeniyle Başvurdukları Birimler …...……42

Tablo 4.4. Nitel Verilerin Analizi Sonucunda Belirlenen Tema ve Alt Temalar ……..43

1. GENEL BİLGİLER

Tezin bu bölümünde şizofreni, fiziksel sağlık ve şizofreni bozukluğu olan bireylerde fiziksel sağlık başlıkları altında genel bilgilere yer verilecektir.

1.1. Şizofreni

Şizofreni bireyde düşünce, algı ve davranış bozukluklarına neden olan, beynin yapısında fizyolojik ve kimyasal değişikliklerin olduğu psikiyatrik bir bozukluktur (Charlson ve ark., 2018). Bir başka tanıma göre şizofreni bireyin; bellek, dikkat, algı, duygu, öğrenme, sosyal biliş, motor aktiviteler, toplumsal ilişki ve iş yaşamı gibi birçok işlevini olumsuz etkileyen, alevlenme ve remisyon dönemleriyle seyreden, yaşam boyu süren ciddi bir ruhsal bozukluktur (Özdemir, 2020). Şizofreni, sadece hastanın değil ailesinin de yaşamını önemli derecede etkileyen önemli toplum sağlığı sorunlarından biridir. Şizofreni bozukluğu olan bireylerin aileleri toplumdan ve diğer yakınlarından uzaklaşmakta ve aile işlevleri bozulmaktadır (Köroğlu ve Hocaoğlu, 2017).

1.1.1. Epidemiyolojisi

Şizofreni neredeyse her toplumda karşılaşılan ve en fazla yeti yitimine sebep olan bir hastalıktır (Özdemir, 2020). Şizofreni dünya nüfusunun yaklaşık %1'ini etkilemektedir. Şizofreni spektrum bozuklukları olan şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları ile şizoaffektif ve sanrılı bozukluklar eklendiğinde bu oran %5'e kadar çıkabilmektedir (Köroğlu ve Hacıoğlu, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre şizofreni sıklığı Avrupa ve Asya'da %0,85 olarak bildirilmiştir (Karakuş, Kocal & Sert, 2017). Saha ve arkadaşları (ark.) 1960 ile 2000 yılları arasında 46 ülkede yürütülen araştırmalara dayandırdıkları sistematik gözden geçirmede şizofreninin yaşam boyu yaygınlık oranının geniş bir aralıkta (1000 kişide 4.6 ile 9.2 arası), heterojen bir dağılım gösterdiğini bildirmektedir (Binbay, Ulas, Elbi & Alptekin, 2011). Türkiye'de şizofreni yaygınlığının %0,89 (Özdemir, 2020), 15-45 yaş arası bu oranın %1 civarında olduğu belirtilmektedir (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018).

Şizofreni hastalığının cinsiyete özgü farklılıkları kapsamlı bir şekilde incelenmiştir ve kesin bulgular olmasına rağmen, farklılıkların boyutu hakkında pek çok belirsizlik devam etmektedir. Şizofreni insidans ve prevalansının kadın ve erkeklerde aynı olduğu kabul

edilmekle birlikte (Ochoa, Usall, Cobo, Labad & Kulkarni, 2012) son araştırmalar hastalığın insidansında cinsiyete özgü farklılıklar olduğunu göstermektedir. Li ve ark. şizofreni insidansının yaklaşık 1.4:1'lik bir oranla erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğunu, hastalığın yaşam boyu yaygınlığında cinsiyet farklılıklarının olmadığını belirtmektedir (Li, Zhou & Yi, 2022). Cinsiyete özgü farklılıklar hastalığın başlangıç yaşı, klinik belirtileri, tedaviye yanıt ve seyrinde daha net gözlenmektedir (Oache ve ark., 2012). Erkeklerde şizofreni başlangıcı, kadınlara göre 3,2 ila 4,1 yıl daha erkendir (Li ve ark. 2022). Genellikle 15- 25 yaş arasında (ortalama 23,3 yaş) ortaya çıkan hastalığın (Karakuş ve ark., 2017) erkeklerde en sık ortaya çıktığı yaş aralığı 15-25 iken kadınlarda bu yaş aralığı 25-35'tir (Danış, 2019; Oache ve ark., 2012). Ayrıca, erkekler ve kadınlar için hastalığın başlangıç dağılım eğrileri aynı değildir. Kadınlarda hastalık başlangıç yaşı iki pik yapmıştır: ilki menarştan sonra ve ikincisi 40 yaşın üzerindeyken. Bununla birlikte az sayıda çalışma sonuçları ise şizofreninin başlangıç yaşında cinsiyet özgü fark olmadığını göstermektedir (Oache ve ark., 2012).

1.1.2. Etiyolojisi

Şizofreni etiyolojisi genetik yatkınlık, nörogelişimsel ve çevresel etkenlerle açıklanmaktadır.

Genetik yatkınlık, şizofreni etiyolojisinde önemli bir rol oynamaktadır (Janoutová ve ark., 2016). Şizofreni bozukluğu olan bireylerin biyolojik akrabalarında hastalığın gelişim riski artmaktadır. Her iki ebeveyni şizofreni olan çocukların şizofreni olma olasılığı %40 olarak bildirilmiştir. Yapılan ikiz çalışmalarında ise tek yumurta ikizlerinin, çift yumurta ikizlerine göre şizofreniye daha yatkın olduğu ortaya konmuştur (Ayano, 2016; Fatani ve ark., 2017; Karakuş ve ark., 2017). Ayano'nın (2016) bildirdiğine göre şizofreni bazı kromozomlarla bağlantılı bir hastalıktır (Fatani ve ark., 2017).

Nörobiyolojik teoriye göre şizofreni, beynin yapısında ve işlevlerinde oluşan anomaliler sonucu gelişmektedir. Şizofrenide görülen sanrı ve varsanı gibi psikotik semptomlar sinir sistemindeki nörotransmiterlerin (dopamin, seratonin, glutamat, gama aminobütirik asit ve östrojen) fonksiyon bozukluğu ile ilgilidir (Ayano, 2016; Fatani ve ark., 2017; Jaara Peled & Sawa, 2020). Gebelik ve doğum komplikasyonları, gebelikte geçirilen enfeksiyonlar, annenin madde kullanımı, anne stresi, beslenme yetersizliği veya prematüre doğum gibi perinatal dönemdeki olumsuz çevresel riskler nörolojik gelişimi etkileyebileceğinden bu faktörlerin şizofreni gelişimi üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir (Ayano, 2016; Fatani ve ark.,

2017; Kim, 2016). Ayrıca kafa travması, otoimmün hastalıklar, epilepsi ve ciddi enfeksiyonlar şizofreni riskini artırmaktadır (Turunç, 2021).

Düşük sosyo-ekonomik düzey, kentleşme, sosyal stres, çocukluk çağı zorlukları, birinci ve ikinci nesil göç geçmişi ve ayrımcılık gibi pek çok çevresel faktör de şizofreni etiyolojisi ile ilişkilidir (Karakuş ve ark., 2017; Fatani ve ark., 2017; Summakoğlu & Ertuğrul, 2018; Li ve ark., 2022).

1.1.3. Belirtileri

Şizofreni başlangıcı akut veya sinsi olabilmektedir (Arabacı, 2020). Hastalığın başlamasından önce bireyde depresyon, uykusuzluk, öz bakım eksikliği, dikkatini odaklamada güçlük ve anksiyete gibi belirtiler görülebilmektedir (Karakuş ve ark., 2017).

Şizofreniye bağlı bireyde duygulanım, algı, düşünce süreci ve içeriği, davranış, genel görünüm, kişilerarası ilişkiler, bilişsel yetiler ve fizyolojik alanlarda belirtiler ortaya çıkmaktadır (Arabacı, 2020; Yaşar, 2020). Literatürde şizofreni belirtileri iki ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar normalin dışında fazlalık, aşırılık ve sapmalar olarak ortaya çıkan pozitif belirtiler; normal işlevlerde azalma, duygulanımda küntlük, konuşma ve düşünce içeriğinde yoksunluk, ilgi ve isteğin azalması, zevk alamama, sosyal geri çekilme ve kendine bakımın bozulması olarak ortaya çıkan negatif belirtilerdir (Arabacı, 2020; Yaşar, 2020; Yuvalı, 2021). Hastalığın temel belirtileri; hezeyan, varsanı, dezorganize konuşma, ileri derecede dağınık davranış, katatoni, bilişsel kayıplar, mesleki ve sosyal becerilerde bozukluk ve öz bakım yetersizliğidir (Karakuş ve ark., 2017; Yuvalı, 2021).

Cinsiyete özgü şizofreni belirtileri arasındaki farklılıklar en çok araştırılan konulardan biridir (Li ve ark., 2022). Erkek şizofreni hastalarında negatif belirtiler daha yoğunken (Eroğlu, 2018; Karakuş ve ark., 2017), kadın hastalarda depresyon, dürtüsellik, duygusal dengesizlik, cinsel suistimal ve cinsel sanrılar gibi duygusal belirtiler daha fazladır. Bilişsel işlev bozukluğuyla ilgili olarak, erkek hastalar kadın hastalara göre yürütücü işlev, sözel bellek ve bilgi işleme hızı ölçümlerinde daha kötü performans gösterirken, görsel hafıza ve dikkat açısından daha yüksek performans göstermektedir. Cinsiyete özgü bu farklılıklar genetik risk faktörlerine, gonadal ve adrenal hormonların kolaylaştırdığı östrojen etkilerinin nöroprotektif fonksiyonlarına bağlanmaktadır. Ayrıca benzer belirtiler kadın ve erkek hastalarda farklı yorumlanabilmektedir. Örneğin; dış dünyadan soyutlanma, geri çekilme ve kaçınma, şizofrenili kadın hastalarda depresif bir sendromu gösterebilirken, erkek hastalarda negatif belirtilere işaret edebilir (Li ve ark., 2022).

1.1.4. Tedavisi

Şizofreni, bireyin hayatını her yönüyle etkilediğinden tedavisinde birden fazla müdahale yöntemi kullanılması, bütüncül yaklaşılması ve hastanın bireysel özelliklerine dikkat edilmesi gerekmektedir (Arabacı, 2020; Summakoğlu & Ertuğrul, 2018; Yuvalı, 2021).

Şizofrenide farmakolojik ve psikososyal tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır. Antipsikotik ilaçlar, farmakolojik tedavinin temelidir (Divac, Prostran, Jakovcevski, & Cerovac, 2014). Farmakolojik tedavide öncelikle başvurulan antipsikotikler, hastalık belirtilerini hafifletmekte ve kontrol altına almakta, hastaneye yatışları ve hastalığın yineleme olasılığını azaltmakta, hastanın yeti yitimini en aza indirmekte ve işlevselliğini korumaktadır (Karakuş ve ark., 2017; Sağlam, Civil Arslan, Tiryaki, Özkorumak & Karakullukçu, 2017). Bu nedenle hastalığın tedavisinde antipsikotik ilaç kullanımı ve tedavinin uzun süreli takibi önemlidir (Arabacı, 2020; Karakuş ve ark., 2017).

Şizofreninin tedavi sürecinde hastanın hastalığın yıkıcı etkileri ile baş etmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve kişilerarası iletişiminin desteklenmesi noktasında psikososyal tedaviler önemli katkı sağlamaktadır. Uygulanan psikososyal tedaviler; bireysel, grup, aile, davranış, sosyal yeti ve rehabilitasyon terapisi gibi yaklaşımlardır (Arabacı, 2020; Karakuş ve ark., 2017; Summakoğlu & Ertuğrul, 2018; Yuvalı, 2021). Fiziksel sağlık sorunları hastanede yatış süresinin uzamasına, tedavi başarısızlığına, düşük yaşam kalitesine ve erken ölümlere neden olduğundan (Smith, Langan, McLean, Guthrie & Mercer, 2013), şizofreni hastalarını iyileştirmeye yönelik diğer bir yaklaşım, psikiyatrik ortamlarda meydana gelen fiziksel sağlığın izlenmesini iyileştirmektir (Marder ve ark., 2004).

1.1.5. Seyri

Şizofreninin bireyden bireye farklılık gösteren bir hastalık seyri vardır. Hastalığın seyri; tam iyilik hali ile hastalık belirti ve bulguların olduğu ve kronikleştiği seyir arasında değişkenlik gösterebilir (Karaca, 2019).

Şizofreninin başlangıç döneminde sinsi ve yavaş gidişatın ardından ani bir atak olabilmekte, sonrasında tıbbi müdahale ile veya kendiliğinden hasta düzelebilmektedir. Şizofreni hastalarında taburculuk sonrası ilaçlı tedaviye uymalarına rağmen ilk senede atağın tekrarlama olasılığı %35 ile %40 arasındadır (Soylu, 2018). İlk atak sonrası ve hastanın ilk beş yıllık takibi, hastalığın seyri açsından önemli bilgiler vermektedir. Tekrarlayan sık ataklar kronikleşmeyi ve yıkımı artırmaktadır (Karaca, 2019).

Şizofreni seyrini olumlu veya olumsuz etkileyen bazı faktörler belirlenmiştir. Geç başlangıcın olması, açık tetikleyici etkenlerin varlığı, hastalık öncesi işlevselliğin iyi olması, evli olma, ailede duygu durum bozukluk öyküsünün olması, sosyal destek sistemlerinin iyi olması, pozitif belirtilerin varlığı, hayatta bir amaç duygusunun olması, ailede şizofreni öyküsünün olmaması, dengeli yaşam koşulları, güvenli ve yapılandırılmış bir çevre, fiziksel iyilik hali, gerçekçi beklentiler ve gelecekten umutlu olma gibi faktörler hastalığın olumlu gidişat göstergeleri olarak kabul edilmektedir (Arabacı, 2020; Fındıkoğlu, 2015; Karakuş ve ark., 2017). Şizofreninin kötü gidişat göstergeleri ise erken ve sinsi başlangıç, tetikleyici etkenlerin yokluğu, hastalık öncesi işlevselliğin kötü olması, bekar veya dul olma, ailede şizofreni öyküsünün bulunması, destek sistemlerinin iyi olmaması, negatif belirtilerin varlığı, nörolojik belirti ve bulgular, perinatal travma öyküsü, nüksler, saldırganlık öyküsü, maddenin kötüye kullanımı ve aşırı strestir (Arabacı, 2020; Karakuş ve ark., 2017).

Cinsiyet, şizofreni seyrinin yordayıcılarından biridir. Erkek hastalarda hastalığın tekrarlama, kadınlarda remisyon (hastalık belirtilerinin görülmemesi) oranları daha yüksektir (Oache ve ark., 2012). Ayrıca hastalık öncesi sosyal işlevselliklerinin ve evlilik uyumlarının daha iyi olmasına bağlı kadınlarda şizofreni daha iyi seyretmektedir (Eroğlu, 2018).

Son 50 yıldır şizofrenide yaşam beklentisinin %37 oranında artığı bildirilmekle birlikte genel nüfusla kıyaslandığında şizofreni bozukluğu olan bireylerin beklenen yaşam süresinin 10-20 yıl daha kısa, mortalite oranın ise 2-3 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Happell ve ark., 2016; Hjorth ve ark., 2017). Şizofreni bozukluğu olan bireylerin ölüm nedenleri; büyük oranda kanser ve kardiyovasküler hastalıklar gibi ek fiziksel hastalıklar, öz kıyım ve travma gibi diğer nedenlerdir (Döngel & Demirkol, 2018; Happell ve ark., 2016).

1.2. Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlık

DSÖ'ye göre sağlık, yalnız hastalık ve sakatlık hali değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Düzenli fiziksel aktivite ve dengeli beslenme fiziksel sağlığı desteklerken tütün, uyuşturucu ve aşırı alkol tüketimi ise olumsuz etkilemektedir (Fişek, 1983). Ayrıca sağlıklı yaşamın gerekliliği olarak, her birey fiziksel sağlığını korumaya yönelik kişisel sorumluluk almalı ve hastalık nedeniye ne zaman profesyonel tıbbi yardım almasu gerektiğinin bilincinde olmalıdır (Yorulmaz & Erdem, 2021).

Hastalıklar, fiziksel sağlığı etkileyen en önemli tehditlerdir. Şizofreni bozukluğu olan bireyler genel nüfusla kıyaslandığında daha yüksek fiziksel hastalık oranına sahiptir (Filipþiü & Filipþiü, 2018; Happell ve ark., 2019; Yaşar & Yıldız, 2021). Şizofreni hastalarının dörtte üçünde psikiyatrik hastalığa eşlik eden kronik tıbbi bir hastalık vardır (Döngel & Demirkol, 2018; Happell ve ark., 2019). Şizofreni hastalarında kötü fiziksel sağlık erken yaşlarda başlamakta, fiziksel hastalığa bağlı belirtiler en sık 25 ile 44 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır (Filipþiü & Filipþiü, 2018). Bu hastalarda en yaygın ortaya çıkan fiziksel hastalıklar; diyabet, hipertansiyon, obezite, osteoporoz, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarıdır (Demirel & Demirkol, 2018; Filipþiü & Filipþiü, 2018; Gezgin Yazıcı, Şahiner, Didin & Öner, 2022). İntihara bağlı ölüm katkıda bulunan bir faktör olsa da (Smith ve ark., 2013), şizofreni bozukluğu olan bireylerin ölüm nedeni %60 gibi önemli oranla fiziksel hastalıklardır (Happell ve ark., 2019). Avrupa'da şizofreni hastalarının ölüm nedenlerinin değerlendirildiği bir araştırma, bu hastalarda en yaygın ölüm nedeninin kardiyovasküler hastalıklar (KVH) olduğunu (tüm ölümlerin %24'ü), ikinci sırada kansere (%21), üçüncü sırada ise intihara (%7) bağlı ölümlerin görüldüğünü ortaya koymaktadır (González Rodriguez ve ark., 2020). Diyabet, bu hastalarda sık karşılaşılan bir diğer ölüm nedenidir (Olfson, Gerhard, Huang, Crystal, & Stroup, 2015).

Şizofreni ilerledikçe dengesiz beslenme, hareketsizlik, sigara tüketimi ve hijyen eksikliği gibi sağlıksız yaşam biçimi davranışları ortaya çıkmakta ve fiziksel sağlığa ilişkin duyarsızlık giderek artmaktadır. Hastalığın sosyal izolasyon gibi yıkıcı etkileri de hastanın yaşam kalitesini bozmakta, fiziksel hastalık ve ölüm riskini artırmaktadır (Ashworth, Schofield, & Das Munshi, 2017; Döngel & Demirkol, 2018; Gedik, Günüşen & Çelik, 2020; İpekçioğlu & Kendirlioğlu, 2019). Ayrıca şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların yan etkilerine bağlı olarak hastaların yaşam süresinin kısaldığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Birinci ve özellikle ikinci kuşak antipsikotik ilaçların kilo artışı, diyabet, hiperlipidemi, metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalıklara neden olduğu, dolayısıyla bu ilaçların yan etkilerine bağlı olarak hastalarda morbidite ve mortalite oranlarının arttığı bildirilmektedir (İpekçioğlu & Kendirlioğlu, 2019; Yazıcı ve ark., 2022).

Şizofrenide fiziksel sağlık sorunlarının sık görülmesinin bir diğer nedeni; hastaların hastalık nedeniyle fiziksel hastalık belirtilerini yorumlamakta güçlük çekmesi ve bu durumun fiziksel sağlıklarını korumalarına engel olmasıdır (Rivera-Segarra, Varas-Díaz & Santos-Figueroa, 2019). Ayrıca şizofreni olan bireylerin maruz kaldığı iç ve dış damgalanma fiziksel sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Sağlık profesyonellerinin şizofreni hastalarına karşı önyargılı yaklaşımı, genel tıbbi durumu ilgilendiren sorunlarında tanısal gecikmeye ve tedavide

eksikliklerin yaşanmasına neden olmaktadır. Diğer yandan şizofreni tanılı bireylerde tedavi uyumsuzluklarıyla sık karşılaşılmaktadır. Bu durum, hastaya fiziksel hastalık tanısı konulsa bile hastalığın etkin tedavisini engellemektedir (Ashvorth ve ark., 2017; İpekçioğlu & Kendirlioğlu, 2019).

Şizofreni bozukluğu olan bireylerde fiziksel sağlık açısından risk faktörleri ve bu bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimindeki engeller sonraki bölümlerde ayrıntılandırılmıştır.

1.3. Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlık Açısından Risk Faktörleri

Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık açısından risk faktörleri; sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, antipsikotik ilaçlar, sigara, alkol ve madde kullanımı ile hastalığın kendisine ilişkin faktörlerdir.

1.3.1. Sağlıksız beslenme

Sağlıksız beslenme şizofreni bozukluğu olan bireylerde obezite, metabolik sendrom, kalp hastalıkları ve diyabet gibi fiziksel hastalık insidansını artırmakta ve beklenen yaşam süresini azaltmaktadır. Sağlıksız beslenme olumsuz beden imajı algısı açısından da bir risk faktörü olmaktadır (Heald ve ark., 2016; Manu ve ark., 2015; Pack, 2009).

Şizofreni hastaları doymuş yağlar ve rafine şekerler açısından zengin, meyve ve sebzeler açısından fakir ve düşük lifli beslenme eğilimindedir (Kalinowska ve ark., 2021; Pack, 2009; Dispasquale ve ark., 2013). Güney Brezilya'da yürütülen bir araştırmada şizofreni hastalarının günlük vücut ağırlığının kilogramı başına daha yüksek kalori ve protein aldıkları, toplam kalori alımında karbonhidratların katkısının fazla olduğu ortaya konmuştur (Manu ve ark., 2015). Bir başka araştırmada ilk şizofreni epizod başlangıcında olan bireylerin sağlıklı bireylere göre daha fazla doymuş yağ tükettiği belirlenmiştir. Şizofreni gelişme riski en yüksek olan 14-35 arası yaş grubunun çok fazla hazır gıda ve tam şekerli, gazlı içecekler tükettiği de bildirilmektedir (Pack, 2009). Yüksek doymuş yağlar açısından zengin ve doymamış yağlar açısından fakir bir diyet obezite, kolesterol yüksekliği ve insülin direnciyle, yüksek karbonhidrat alımı ise yüksek açlık trigliseritleri ve düşük HDL kolesterol seviyeleri ile ilişkilidir (Dispasquale ve ark., 2013; Kalinowska ve ark., 2021).

Şizofreni olan bireylerin sağlıksız beslenmesine neden olan etkenlerden biri kullandıkları antipsikotik ilaçlara bağlı iştah artışıdır (Gedik, 2019; Kalinowska ve ark., 2021; Tréhout & Dollfus, 2018). Hastalığa bağlı bilişsel yetilerde ve düşünce süreçlerinde bozulma, motivasyon kaybı, sosyal izolasyon ve öz bakım eksiklikleri de hastaların sağlıksız gıda seçimine ve daha hazır yiyecekler tüketmesine neden olabilmektedir. Şizofreni olan bireylerin beslenmesine etki eden bir başka önemli faktör ise işsizlik ve buna bağlı düşük sosyoekonomik düzeydir. Bu durum, hastaların ucuz ve sağlıksız gıda alımına neden olabilmektedir (Manu ve ark., 2015; Kalinowska ve ark., 2021).

1.3.2. Yetersiz fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, hareket sistemindeki kasların kasılması ile enerji harcanmasına neden olan bedensel hareketlerdir (Bay & Yılmaz, 2021; Stubbs ve ark., 2016). Kronik hastalıkları ve erken ölümü önlemede fiziksel aktivite, en çok ihtiyaç duyulan aşı olarak nitelendirilmektedir (Ringen ve ark., 2018). Genel nüfusla kıyaslandığında hastalığın psikotik belirtileri, antipsikotik ilaçların yan etkileri ve düşük sosyoekonomik düzey gibi nedenlerle şizofreni bozukluğu olan bireylerde fiziksel aktivite yetersizliği yaygın görülmektedir (Jakobsen ve ark., 2018; Ringen ve ark., 2018; Şimşek, Akkuş, Kefeli & Yıldız, 2022). Değiştirebilir bir faktör olan fiziksel aktivitenin yetersizliğinde obezite, diyabet, osteoporoz, metabolik sendrom, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları sık görülmekte ve beklenen yaşam süresi kısaltmaktadır (Ringen ve ark., 2018; Stubbs ve ark., 2016).

DSÖ'nün sağlığın kazanılması ve sürdürülmesi için önermiş olduğu 'haftada 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite' önerilerini şizofreni hastalarının sadece %25,7'si karşılamaktadır (Şimşek ve ark., 2022). Hastalığa bağlı ortaya çıkan isteksizlik, ilgisizlik, yorgunluk ve psikomotor yavaşlama nedeniyle şizofreni bozukluğu olan bireyler yetersiz fiziksel aktivite gösterebilmektedir (Ringen ve ark., 2018; Şimşek ve ark., 2022). Yürütülen çalışmalar şizofreni hastalarının %40'ının orta düzey, %75'inin şiddetli düzey fiziksel aktivite bildirmediğini göstermektedir (Ratlif ve ark., 2012). İşsizliğe bağlı olarak da sosyoekonomik düzeyi düşük hastaların fiziksel aktivitelere katılımı olumsuz etkilenmektedir. Hastalık süresi uzadıkça hastanın günlük yaşamındaki fiziksel aktivitesi azalmaktadır (Heald ve ark., 2016; Ratliff ve ark., 2012; Şimşek ve ark., 2022).

1.3.3. Sigara, alkol ve madde kullanımı

Şizofreni bozukluğu olan bireyler için sigara içmek genellikle en ciddi yaşam tarzı risk faktörlerinden biridir (Laursen, 2018). Genel nüfusla kıyaslandığında hastaların sigara içme riskleri 2 ila 5 kat, sigara içme yaygınlığı ise yaklaşık 4 kat daha fazladır. Genel nüfusun %21'i, şizofreni olan bireylerin ise yaklaşık %80'i sigara kullanmaktadır (Chen ve ark., 2020; Coustals ve ark., 2020; Zengin, 2020). Tayvan'da yürütülen bir araştırmada genel nüfustaki erkeklerin %28'inin ve kadınların %26'sının, erkek şizofreni hastaların %71'inin ve kadın şizofreni hastaların %42'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca ortalama sigaraya başlama yaşının sağlıklı bireylerde 22 iken şizofreni hastalarında 17 olduğu ve cinsiyete özgü farklılık olmadığı bildirilmiştir (Gündoğan, 2019). Sigara içimi kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalık, kanser, metabolik sendrom ve enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkma riskini artırmaktadır (Chen ve ark., 2020; Coustals ve ark., 2020; Döngel & Demirkol, 2017; Yaşar, 2015; Yıldız & Gürcan, 2020).

Epidemiyolojik çalışmalar, genel nüfusla kıyaslandığında şizofreni hastalarında alkol kullanım bozukluğunun üç kat, uyuşturucu kullanım bozukluğunun da altı kat fazla olduğunu göstermektedir (Bennett, Bradshaw, & Catalano, 2016). Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yürütülen epidemiyolojik alan çalışmasında, şizofreni spektrum bozukluğu olan bireylerde yaşam boyu alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu yaygınlık oranı %47 olarak belirlenmiştir. Ayrıca araştırmalar incelenen madde kullanımının türüne bağlı olarak şizofrenide madde kullanım bozukluğu oranını %20 ila 65 arasında bildirmektedir (Bennet ve ark., 2016; Uludağ ve Güleç, 2016). Madde kullanımının varlığı; tedavide uyumsuzluğa, intihar girişimine, evsizliğe, şiddete, artmış İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV), hepatit B (HBV) ve hepatit C (HCV) enfeksiyonlarına ve kronik fiziksel hastalıklara neden olmaktadır (Archibald, Brunette, Wallin & Green, 2019; İmer Aras, 2013).

1.3.4. Antipsikotik ilaçların yan etkileri

Şizofreni tedavisinde öncelikle başvurulan ilaçlar antipsikotiklerdir. Birinci kuşak antipsikotikler hastalığın pozitif semptomlarını hafifletmede etkili olmakta ancak negatif semptomları düzeltememesi ve özellikle ekstrapiramidal belirtiler başta olmak üzere hastadaki yan etkileri, bu ilaçların ciddi dezavantajları olmaktadır (Divac ve ark., 2014). Atipik antipsikotiklerin geliştirilmesiyle daha yüksek etkinlik ve daha az yan etki ile hastaların tedavi edilmeleri sağlanmıştır (Jeon & Kim, 2017). Atipik antipsikotikler bilişsel yıkımı tamir etmekte, dikkat, hafıza, öğrenme, yönetim becerileri gibi önemli beyin fonksiyonlarını, pozitif,

negatif ve mizaç belirtilerini düzelterek hastalık seyrini olumlu etkilemektedir. Ancak olumlu yönlerine rağmen atipik antipsikotiklerin ciddi metabolik yan etkileri bulunmaktadır. Araştırmalar, antipsikotik alan hastaların %80'inde ilaca bağlı en az bir yan etkinin ortaya çıktığını göstermektedir (Karakuş ve ark., 2017; Sağlam ve ark., 2017).

Antipsikotik ilaç yan etkileri; hissizlik, uyku hali, sedasyon, anhedoni, motivasyon eksikliği gibi şizofreninin negatif semptomlarına benzer belirtilerdir (Karakuş ve ark., 2017; Summakoğlu & Ertuğrul, 2018). Antipsikotiklerin ekstrapiramidal yan etkileri ise akut distoni, akatizi, parkinsonizm ve tardiv diskinezidir (Divac ve ark., 2014; Yoshida & Takeuchi, 2021). Antipsikotiklerin metabolik yan etkileri olan kilo alımı, hiperglisemi, hiperlipidemi ve hiperprolaktinemi de tedavi sırasında ortaya çıkabilmektedir (Jeon & Kim, 2017; Yoshida & Takeuchi, 2021). Antipsikotik ilaç yan etkilerine bağlı olarak hipertansiyon, metabolik sendrom, cinsel işlev bozukluğu, epilepsi eşiğinin düşmesi, meme kanseri, diyabet, osteoporoz, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık gibi fiziksel hastalıkların gelişme riski artmaktadır (Çetin, 2015; Karakuş ve ark., 2017; Yoshida & Takeuchi, 2021).

1.3.5. Şizofreni

Şizofreni hastalığının kendisi fiziksel hastalık için bir risk faktörü olmaktadır ve varlığı, kişinin bir veya daha fazla kronik fiziksel hastalığa yakalanma riskini artırmaktadır. Hastaların doğum öncesinde yaşadığı hipoksi ve enfeksiyonlar, hastalık başlangıcında ilaç kullanmamış olmaları, çocukluk çağında travmaya ve kronik strese maruz kalmaları ile erken yaşlanma fiziksel hastalık için birer risk faktörü olmaktadır (Filipþiü & Filipþiü, 2018).

Şizofrenide ortaya çıkan bilişsel bozukluklar, motivasyon eksikliği, iletişim güçlükleri, güven problemi, korku, isteksizlik, yorgunluk, sosyal izolasyon ve kendilerini ihmal etme gibi davranışlar hastaların fiziksel hastalıkları fark etme ve yardım arayışlarını olumsuz etkilemektedir (Döngel & Demirkol, 2018; Gedik, 2020; Gedik ve ark., 2020; Held ve ark., 2017). Ayrıca hastaların kendilerine önerilen tedaviye uyum sağlamamaları da fiziksel hastalık riskini artırmaktadır (Gedik ve ark., 2020).

1.4. Şizofreni Bozukluğu olan Hastalarda Fiziksel Sağlık Sorunları

Yukarıda açıklanan risk faktörleri şizofreni bozukluğu olan bireylerde fiziksel sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu başlık altında bu hastalarda sık görülen fiziksel sağlık sorunları detaylandırılacaktır.

1.4.1. Obezite

DSÖ obeziteyi, 'yağ dokusunun, sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlara yol açacak ölçüde artması' olarak tanımlanmaktadır. Obezite hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gittikçe artış gösteren önemli bir küresel halk sağlığı sorunudur (Mermi, 2018). Genel nüfusta obezite oranı %30 civarında iken şizofreni bozukluğu olan bireylerde bu oran önemli derecede artarak %40 ila 60 arasında seyretmektedir (Demirel Döngel & Demirkol, 2018; McWhinney ve ark., 2022; Yaşar, 2020).

Şizofreni bozukluğu olan bireylerde obezitenin en önemli nedenlerinden biri antipsikotik ilaçların yan etkisi olan iştah artışıdır. Ayrıca hastalığın tedavisinde sıklıkla kullanılan duygudurum dengeleyiciler ve antidepresanlar da kilo alımına neden olabilmektedir. Şizofreni bozukluğu olan bireylerin obeziteye yatkınlığını artıran diğer risk faktörleri sağlıksız beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, düşük yaşam kalitesi, genetik yatkınlık, yoksulluk, ileri yaş, kadın ve bekar olmaktır (Manu ve ark., 2015; McWhinney ve ark., 2022; Tian ve ark., 2019).

Şizofreni hastalarında obeziteyi tetikleyen önemli bir diğer faktör, hastalık belirtileridir. Sosyal izolasyon ve sosyal başarıya düşük ilgi hastanın spor gibi fiziksel aktivitelere katılımını (Manu ve ark., 2015; Tian ve ark., 2019), apati ya da anhedoni ise yeme davranışı üzerindeki kontrolünü azaltabilmektedir (Chouinard ve ark., 2016; Demirel Döngel & Demirkol, 2018; Mermi, 2018). Yürütücü işlev ve bellek eksiklikleri, rezidüel psikotik belirtiler ile zayıf hastalık öz yönetim becerileri ve madde kötüye kullanımı, yeni davranışların benimsenmesini ve tam olarak öğrenilmesini engelleyebilir. Bu etkenler, hastanın sağlıklı gıda seçimini kısıtlayarak ve kalori harcamasını azaltarak obeziteye yatkınlığını artırmaktadır (Manu ve ark., 2015; Mermi, 2018). Obez şizofreni hastalarında kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, inme, uyku apnesi, osteoartrit, dislipidemi ve metabolik sendrom gibi birçok kronik hastalığın görülme riski artmaktadır (Chouinard ve ark., 2016; Döngel, Tamam, Kır & Demirkol, 2018; Manu ve ark., 2015; Tian ve ark., 2019; Yaşar, 2020).

1.4.2. Metabolik sendrom

Metabolik sendrom hipertansiyon, dislipidemi ve hiperglisemi gibi metabolik bozuklukları kapsayan klinik bir durumdur (Gurusamy, Gandhi, Damodharan, Ganesan & Palaniappan, 2018; Türkoğlu, Yıldız & Mercanlıgil, 2017). Amerikan Kalp Derneği metabolik sendromu abdominal obezite, dislipidemi, artmış kan basıncı, glukoz intoleransı, proinflamatuar ve protrombotik durum şeklinde altı ana bileşen ile tanımlamaktadır (Ijaz ve

ark., 2018). Metabolik sendrom kardiyovasküler hastalıklar için artmış risk, diyabet ve mortalite ile ilişkilendirilmektedir (Gürcan, Hun Şenol, Anıl Yağcıoğlu, Karahan & Ertuğrul, 2021; Ijaz ve ark., 2018). Şizofreni hastalarında metabolik sendrom prevalansı %37 ile %67 arasındadır ve bu oran genel nüfusa kıyasla 2-3 kat daha fazladır (Goh, Chen, Wu, Chen & Lu, 2022). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1460 kişi ile yürütülen klinik antipsikotik müdahale etkinlik çalışmaları antipsikotik ilaç kullanan hastaların en az üçte birinin (%40,9) metabolik sendrom tanı kriterlerini karşıladığını göstermektedir (McEvoy ve ark., 2005).

Şizofreni bozukluğu olan hastalarda metabolik sendrom için risk faktörleri; antipsikotik ilaç kullanımı, hareketsiz yaşam/yetersiz fiziksel aktivite ve sosyal destek, düşük sosyoekonomik düzey, sigara kullanımı, fiziksel sağlık hizmetlerine erişememe, yüksek kalorili ve yağlı beslenme alışkanlıkları ile hastalığın klinik özellikleridir (Goh ve ark., 2022; Gurusamy ve ark., 2018; Türkoğlu ve ark., 2017). Şizofreni tedavisinde öncelikle başvurulan antipsikotikler kilo alımına, abdominal obeziteye, insülin direncine, lipid ve glikoz metabolizması değişikliklerine neden olarak metabolik sendrom riskini artırmaktadır (Gurusamy ve ark., 2018).

1.4.3. Diyabet

Diyabet insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki yetersizlikten kaynaklanan, hiperglisemi ile karakterize, sürekli tıbbı tedavi gerektiren metabolik kronik bir hastalıktır (Küçükköseler, 2022). Dünyada giderek artan yaygınlığı ile diyabet, bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında en sık tanı konulan ve prevalansı en hızlı artış gösteren sağlık sorunudur (Intel Developer Forum, 2019).

Şizofreni hastalarında diyabet riski yüksektir. Özellikle tip 2 diyabet prevalansı genel nüfusla karşılaştırıldığında 2 ila 5 kat daha fazladır. ABD'de yürütülen retrospektif bir kohort çalışmasında şizofreni hastalarında diyabet prevalansının %14,3 olduğu belirlenmiştir. 819 şizofreni hastasıyla yürütülen bir başka kesitsel çalışmada bu oran %18,8 olarak bildirilmiştir (Citrome, Jaffe, Levine & Martello, 2006). Yeni şizofreni tanısı almış ve antipsikotik kullanmamış genç hastalarda diyabet prevalansının genel nüfusa kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Cohen & Hert, 2011).

Antipiskotik ilaç tedavisi insülin direncine, insülin duyarlılığında azalmaya ve glukoz düzensizliğine neden olarak diyabet riskini artırmaktadır (Mamakou ve ark., 2018; Suvisaari, Keinänen, Eskelinen, & Mantere, 2016). Ayrıca negatif hastalık belirtileri, bilişsel eksiklikler, obezite, sedanter yaşam tarzı, hipertansiyon, hiperlipidemi, sağlıksız beslenme, ileri yaş,

kalitesiz uyku, sigara içme, düşük sosyoekonomik düzey, stres ve sağlık hizmetlerine sınırlı erişim gibi birçok faktör şizofreni hastalarında diyabet riskini artırmaktadır (Döngel ve ark., 2017; Mamakou ve ark., 2018; Suvisaari ve ark., 2016). Arap İsrailli ailelerle yürütülen bir başka araştırma sonucu şizofreni tanılı bireylerde görülen diyabet hastalığında genetik yatkınlığı desteklemekte, bu sonuç hem şizofreni hem diyabet hastalıkların ortaya çıkmasında benzer genetik faktörlerin sorumlu olduğuna işaret etmektedir (Alkelai ve ark., 2012).

1.4.4. Kardiyovasküler hastalıklar

Koroner kalp hastalığı, inme ve periferik vasküler hastalıkları içeren KVH -ilk sırada koroner arter hastalığı ile- yaklaşık %30'luk oranla dünyadaki ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Döngel ve ark., 2017; Kritharides, Chow & Lambert, 2017). Genel nüfusta olduğu gibi şizofreni hastalarında da en sık ölüm nedeni KVH özellikle koroner arter hastalığıdır. Şizofreni hastalarında koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği gibi KVH genel nüfusa oranla 2-3 kat daha fazladır (Döngel ve ark., 2017; Holt, 2015).

Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri olan diyabet, dislipidemi, obezite, hipertansiyon, anormal elektro-kardiyogram (EKG), sigara kullanımı, kötü beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite yaygınlığı şizofreni hastalarında daha fazladır (Kritharides ve ark., 2017; Nielsen ve ark., 2020; Veeneman ve ark., 2022). Şizofreni etiyolojisinde yer alan hamilelik sırasında düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve annenin yetersiz beslenmesi KVH için bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Veeneman ve ark., 2022). Ayrıca akut miyokard enfarktüsü gibi önemli KVH ortaya çıktığında alınan fiziksel sağlık hizmeti genel nüfusla karşılaştırıldığında şizofreni hastalarında daha yetersizdir (Nielsen ve ark., 2020). Diğer yandan hastaların damgalamasına bağlı ihmal edilmesi, psikiyatristlerin KVH'yı değerlendirme becerilerindeki sınırlılıklar, tıbbi ve psikiyatrik sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyon eksiklikleri de şizofrenide KVH'ya bağlı ölümleri artırmaktadır (Döngel ve ark., 2017).

1.4.5. Solunum sistemi hastalıkları

Sınırlı sayıda araştırma genel nüfusla karşılaştırıldığında şizofreni hastalarında solunum sistemi hastalığına bağlı ölüm riskinin 10 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Stubbs ve ark., 2014). ABD'de yürütülen bir araştırmada şizofreni hastalarında kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve pnömoniye bağlı ölümlerin yüksek olduğu belirlenmiştir. Birleşik Krallık'ta 363 şizofreni hastasının 25 yıl izlendiği bir başka araştırma tüm ölümlerin %19'unun solunum hastalıkları nedeniyle özellikle KOAH ve pnömoni kaynaklı olduğunu ortaya koymuştur (Suetani ve ark., 2021). Ayrıca şizofreni hastalarında amfizem, astım ve obstrüktif

uyku apne sendromu görülme oranı yüksektir (Gedik, 2020). İngiltere'de katılımcıların solunum sistemlerinin tarandığı bir araştırmada hırıltılı solunum, balgam artışı ve nefes darlığı gibi belirtilerin şizofreni hastalarında daha sık görüldüğü ve yine bu hastaların akciğer fonksiyon testlerinin daha bozuk olduğu saptanmıştır (Döngel ve ark., 2017).

Şizofreni hastalarında solunum sistemi hastalıklarının gelişimi farklı risk faktörlerine bağlıdır. Bu faktörler doğum öncesinde sigara dumanına ve çocuklukta hava kirliğine maruz kalma, sigara kullanımı, düşük sosyoekonomik düzey ve yetersiz fiziksel aktivitedir (Suetani ve ark., 2021). Şizofreni hastalarında sigara kullanımı yaygın görülmekte ve hastaların sigarayı bırakmaları genellikle mümkün olmamaktadır. Aşırı sigara kullanımında KOAH riski artmaktadır (Döngel ve ark., 2017). Ayrıca antipsikotik ilaçlar, boğaz ve gırtlakta kas tonusunda değişikliğe yol açarak öksürük ve yutma reflekslerini bozmakta ve hastada aspirasyon pnömonisi riskini artırmaktadır (Chang ve ark., 2020; Vasankari ve ark., 2015). Birçok fiziksel hastalığın görülme riskini artıran sağlık hizmetlerine erişimindeki zorluklar, şizofreni hastalarında solunum sistemi hastalıklarının geç fark edilmesine ve hastalığın ciddileşmesine neden olmaktadır (Vasankari ve ark., 2015).

1.4.6. Diş hastalıkları

Şizofreni bozukluğu olan bireylerin ağız ve diş sağlıkları genel nüfusa kıyasla daha kötüdür (Denis ve ark., 2021; Hatipoğlu, Güler & Hatipoğlu, 2019; Yang ve ark., 2019). Avrupa'da şizofreni hastaları ile yürütülen bir araştırmada hastaların %61'inin ağız kuruluğu, diş kaybı ve dişte ciddi çürük gibi yetersiz ağız hijyenine sahip oldukları belirlenmiştir (Torales, Barrios & González, 2017). Kisely ve ark. da şizofreni tanılı bireylerinde yer aldığı psikiyatri hastalarının sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında tüm dişlerini kaybetme olasılığının 3- 4 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir (Sun, Zhou & Li, 2021).

Hastalığın klinik belirtilerinden dolayı şizofreni hastaları ağız hijyeni alışkanlıklarını benimseme ve sürdürme becerisinden ve motivasyonundan yoksundur (Arnaiz ve ark., 2011; Moullan & Denis, 2017). Antipsikotik ilaçların ekstrapiramidal yan etkileri nedeniyle hastanın dişlerini fırçalaması zorlaşabilmektedir (Yang ve ark., 2019). Ayrıca uzun süreli tedavinin neden olduğu ağız kuruluğu ve tükürük salgısında azalma gibi ağız sağlığı ile ilgili birçok yan etki bu hastalarda sıklıkla görülmektedir (Hatipoğlu ve ark., 2019; Yang ve ark., 2019). Hastalar çoğunlukla diş hekimine sadece ciddi ağız problemleri olduğunda gitmekte ve rutin diş kontrollerini yaptırmamaktadır (Arnaiz ve ark., 2011).

1.4.7. Kanser

Şizofreni hastalarında kanserin daha az ya da daha çok yaygın olup olmadığı tartışmalı bir konudur (González Rodriguez, Labad & Seeman, 2020). Şizofrenide akciğer, kolon, meme, karaciğer, pankreas, kan ve diğer organların kanseri nedeniyle ölüm riski fazlayken, akciğer kanseri nedeniyle ölüm oranının diğer kanserlere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Yaşar, 2020). Danimarka'da yürütülen bir araştırmada ise şizofreni hastalarında kansere bağlı ölüm oranının genel nüfusa göre erkeklerde %15 daha düşük, kadınlarda %17 daha yüksek olduğu belirlenmiştir (González Rodriguez ve ark., 2020).

Cinsiyete özgü kanser türlerinde farklılıklar bulunmaktadır. Meme kanseri özellikle genel nüfusa benzer şekilde kadın şizofreni hastalarında yaygın görülmektedir. Kadınlarda artan meme kanseri oranı çoğunlukla obezite, madde kullanımı ve sigara kullanımı ile ilişkilidir. Antipsikotik ilaçların hiperprolaktinemiye neden olarak kanser riskini artırdığı ileri sürülse de kanıtlar, yüksek prolaktin seviyesinin kansere karşı koruduğu yönündedir (Hachim, López Ozuna, Hachim, Lebrun & Ali, 2019). Şizofreni tanılı erkek hastalarda ise aşırı sigara kullanımına bağlı akciğer kanseri görülme ve buna bağlı ölüm riski daha yüksektir (Döngel ve ark., 2017; González Rodriguez ve ark., 2020).

Şizofreni hastalarının tedavi hizmetlerine ulaşımımda yaşadığı güçlükler ve hastalara yetersiz bakım sunumu ölümlerin fazla olmasının birincil nedeni olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca hastaların kanser taramasına katılımlarının az, kanser teşhisinin geç konulması nedeniyle kanserin metastaz yapmış ve ileri evrede olması klinik gidişin kötü olmasına yol açabilmektedir (Yaşar, 2020).

1.4.8. Sindirim sistemi hastalıkları

Şizofreni bozukluğu olan bireylerde sindirim sistemine ilişkin çeşitli tıbbi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Sindirim sistemine ilişkin sorunlardan biri olan peptik ülserin görülme oranı şizofreni hastalarında genel nüfusa kıyasla daha yüksektir (Döngel ve ark., 2017). Liao ve ark. tarafından (2014) Tayvan'da yürütülen bir araştırmada şizofreni hastalarında peptik ülser insidansının kontrol grubuna göre 1,3 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastalarda klozapin tedavisinin bir yan etkisi olarak kabızlık, genel nüfusa kıyasla daha fazladır (Chen ve ark., 2020). Şizofrenide yaygın olarak ciddi yutma bozuklukları da ortaya çıkmaktadır. İrlanda'da yürütülen bir araştırmada yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında asfiksiye bağlı ölüm oranı 85/100.000 olarak bildirmiştir ki bu oran genel nüfusun yüz katından fazladır. Şizofrenideki yutma bozuklukları çoğunlukla antipsikotik ilaçların ekstrapiramidal yan

etkileriyle ilişkilidir (Kulkarni, Kamath & Stewart, 2017). Şizofreni hastalarıyla Tayvan'da yürütülen bir araştırma inflamatuar bağırsak hastalığı görülme oranının genel nüfusa kıyasla yüksek olduğunu ortaya koyarken (Sung ve ark., 2022), ABD' de yürütülen bir başka araştırma bu hastalarda kronik karaciğer hastalık riskinin sağlıklı kontrollere göre 4,4 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Carney ve ark., 2006).

1.4.9. Enfeksiyon hastalıkları

Şizofreni bozukluğu olan bireylerde enfeksiyon konusundaki araştırmalar sıklıkla hastalığın etiyolojisine ilişkindir (Döngel ve ark., 2017). Araştırma sonuçları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının kan tahlillerinde inflamasyon belirtilerinin daha fazla olduğunu göstermektedir (Ezeoke, Mellor, Buckley & Miller, 2013; Miller, Culpepper & Rapaport, 2014). Bu hastalarda idrar yolu enfeksiyonu (Lluch & Miller, 2019), pnömoni ve tüberküloz gibi enfeksiyonlar (Döngel ve ark., 2014) genel nüfusa kıyasla daha sık görülmektedir.

Şizofreni hastalarında sık görülen diğer enfeksiyon hastalıkları ise HBV, HCV ile HIV'in sebep olduğu enfeksiyonlardır (Grant ve ark., 2022; Walkup ve ark., 2023). İsveç'te yürütülen bir araştırmada ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerde kan yoluyla bulaşan virüs oranının genel nüfusa kıyasla daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Bauer Staeb ve ark., 2017). ABD'de yürütülen bir araştırmada genel nüfusla karşılaştırıldığında ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde kan yoluyla bulaşan virüs prevalansının, HIV ve HCV virüsü için on kat, HBV virüsü için ise yaklaşık beş kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Bauer Staeb ve ark., 2017). ABD'de yürütülen bir başka araştırmada, şizofreni hastalarında davranışsal ve immünolojik faktörlere veya her ikisine bağlı enfeksiyöz hepatit prevalansının arttığı saptanmıştır. Madde kullanım yaygınlığına bağlı olarak enjeksiyon gibi intravenöz uygulamalar ile özellikle akut psikozda görülen aşırı seksüel davranış, korunmasız seks ve birden fazla cinsel partner gibi yüksek riskli cinsel davranışlar, bu hastalarda enfeksiyon hastalık riskini artırmaktadır (Lluch ve ark., 2019).

1.4.10. Kemik sağlığı ve D vitamini eksikliği

Hastalık belirtileri ve ilaçlar nedeniyle şizofreni bozukluğu olan bireyler motor koordinasyonda güçlük yaşayabilmekte ve bu durum kırıklara yol açabilmektedir (Stubbs ve ark., 2015). Nadirde olsa kas gevşetici kullanmadan yapılan elektrokonvülsif tedavi de kırık ve çıkığa neden olabilmektedir (Döngel ve ark., 2017). Ayrıca uzun süreli antipsikotik kullanımı serum prolaktin düzeyini artırarak kemik mineral yoğunluğunu azaltmakta ve kemik kırıkları için risk faktörü oluşturmaktadır (Kuo ve ark., 2020). Antipsikotik ilaçların yan etkileri olan

yetersiz fiziksel aktivite kemik güçsüzlüğüne neden olmakta ve bu yan etkiler travmaya bağlı kırıklara yol açmaktadır (Stubbs ve ark., 2015).

Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde osteoporoz aynı yaş ve cinsiyette olan kişilere kıyasla 2,5 kat daha fazla görülmektedir. Şizofreni hastalarının genel nüfusa göre kemik kütlesi azalması daha yaygındır (Stubbs ve ark., 2015). Hiperprolaktinemi saptanan kadınlarda oluşan osteopenik kemik mineral yoğunluğu, kırık riskini yaklaşık iki kat artırmaktadır (Döngel ve ark., 2017).

Genel nüfusta yüksek görülen D vitamini eksikliğinin (Cui ve ark., 2021) şizofreni hastalarındaki prevalansının %65 ile %70 arasında olduğu belirtilmektedir (Valipour, Saneei & Esmaillzadeh, 2014; Zhu ve ark., 2020).

1.5. Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Erişimindeki Engeller

1.5.1. Bireysel hastalık engelleri

Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel hastalıkları için yardım arama olasılığı genel nüfusa kıyasla daha düşüktür. Aynı yaş grubundaki bireylerle karşılaştırıldığında bu hastalar, fiziksel hastalıkları için yeterli tedavi alamamaktadır (Filipþiü & Filipþiü, 2018; İpekçioğlu & Kendirlioğlu, 2019).

Şizofreni bozukluğu olan bireylerde hastalık nedeniyle bilişsel yetiler bozulmakta, fiziksel hastalık belirtileri doğru değerlendirilememektedir (Gedik, 2019; Rivera Segarra ve ark., 2019; Zişan, 2019). İletişim kurmada güçlük, sosyal izolasyon, pozitif ve negatif belirtiler nedeniyle de hastalar fiziksel hastalık belirtilerini iletmekte zorlanmakta hatta yardım aramamaktadır (Eskelinen ve ark., 2017; Gedik, 2019). Psikiyatri hemşireleri de kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların psikotik belirtilere bağlı olarak hastaların fiziksel sağlıklarını ihmal edebildiklerini, sağlık sorunlarını aktarmada güçlük çektiklerini ve fiziksel sağlıkları ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olduklarını düşünmektedir (Çelik İnce, Günüşen & Serçe, 2018). Ayrıca antipsikotik ilaç kullanımı nedeniyle hastalarda ağrı eşiği artmakta, buna bağlı olarak fiziksel hastalık belirtileri fark edilememekte veya geç fark edilmektedir (Eskelinen ve ark., 2017; Gedik, 2019; Zişa, 2019). Hastaların sigara ve alkol kullanımı gibi kötü alışkanlıklarını değiştirmesinin zor olması, eğitim eksikliği ve sağlık tarama programlarından habersiz olmaları da bu hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimine engel olabilmektedir (Zişa, 2019).

Türkiye'de yürütülen bir araştırmanın sonuçları internet ve telefonu etkin kullanamamaları nedeniyle çoğu şizofreni hastasının hastaneden randevu alamadıklarını, hastaneye ulaşımda güçlük yaşadıklarını ve randevuları kaçırdıklarını göstermektedir (Gedik ve ark., 2020). Ayrıca toplu taşımadaki kalabalık ortam, hastaneye nasıl ulaşılacağını bilmeme veya birden fazla araçla sağlık kurumuna ulaşma, bu hastaların yaşadıkları diğer sorunlardır (Chadwick, Street, McAndrew & Deacon, 2012; Gedik ve ark. , 2020; Gedik, 2019). Düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyi, yalnız yaşama, yetersiz sosyal destek, evsizlik, sağlık sigortasının olmayışı veya yetersizliği de bu hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini olumsuz etkilemektedir (Chadwick ve ark., 2012; Eskelinen ve ark., 2017; Gedik, 2019).

1.5.2. Sağlık profesyonelleri ile ilgili engeller

Şizofreni hastalarının fiziksel sağlığı sağlık profesyonelleri tarafından sıklıkla ihmal edilen bir konudur. Bu hastalar fiziksel sağlıkları nedeniyle bir sağlık kurumuna başvurduklarında, sağlık profesyonelleri genellikle hastaların psikiyatrik durumlarıyla ilgilenmektedir. Bu şekilde hastanın fiziksel sağlık sorunlarının göz ardı edilerek psikiyatrik duruma odaklanma *tanısal gölgeleme* olarak nitelendirilmektedir (Gedik, 2019; Rivera-Segarra ve ark., 2019). Fiziksel hastalık belirtilerinin sağlık profesyonelleri tarafından psikosomatik belirtiler olarak değerlendirmesi, sağlık hizmetlerine erişimdeki önemli bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır (Gedik ve ark, 2020; Rivera-Segarra ve ark., 2019). Psikiyatristler, hastaların fiziksel sağlık sorunlarını fark etseler de fiziksel sağlığa müdahale ve takip konusunda kararsız davranmaktadır (Montejo, 2019). Kanada'da yürütülen bir araştırmada psikiyatristlerin antipsikotik ilaçların hastadaki yan etkisini ve prognozu takip etmediği belirlenmiştir. Bu takip eksikliği hastalarda bilgi eksikliğine ve fiziksel sağlık hizmeti almalarına engel olmaktadır (Pringsheim ve ark., 2017).

Şizofreni hastalarının sağlık profesyonelleri tarafından damgalanması ve ayrımcılığa maruz kalması, fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen bir diğer önemli engeldir (Eskelinen ve ark.,2017; Rivera Segarra ve ark., 2019). Sağlık profesyonelleri şizofreni hastalarını tehlikeli olarak algılamakta, bu algı hastaya sağlık hizmeti sunumunda isteksizliğe neden olarak hizmet kalitesini düşürmektedir. Ayrıca hastalar sağlık profesyonellerinin fiziksel hastalık belirtilerini ciddiye almadıklarını ve söylediklerinin doğruluğundan şüphelendiklerini düşünmekte; tavırlarını aceleci, saygısız, kaba ve umursamaz bulmaktadır. Bu nedenlerden dolayı hastalar, hastalık belirtilerini sağlık profesyonellerine yeterince iletmemekte ve tekrar fiziksel sağlıkları için o kuruma gitmek istememektedir (Filipþiü & Filipþiü, 2018; Gedik, 2019; Gedik ve ark., 2020; Rivera Segarra ve ark., 2019).

Sağlık profesyonellerinin şizofreni hastalarıyla nasıl iletişim kuracaklarını bilmemeleri, hastaların fiziksel sağlıklarına ilişkin bilgi ve farkındalık eksiklikleri, bu hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini olumsuz etkilemektedir (Ashworth ve ark., 2017; Happell ve ark.,2019; Rivera Segarra ve ark., 2019; Zişan, 2020).

Alanyazın psikiyatrik ortamlardaki sağlık profesyonellerinin hastaların fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını, bu yönde gerekli değerlendirmeleri yeterince yapmadıklarını, fiziksel bir sağlık sorununda konsültasyon çağırmaya isteksiz olduklarını, konsültasyon sonuçlarının fiziksel ve psikiyatrik ekip üyeleri arasında etkili aktarılmadığını, hastaların daha az sevk ve takip edildiğini göstermektedir (Gedik, 2020; Happell ve ark.,2019; Rivera Segarra ve ark., 2019).

1.5.3. Sağlık sistemi ile ilgili engeller

Sağlık sitemine ilişkin engeller arasında sağlık hizmetlerinin fiziksel ve psikiyatrik hizmetler olarak iki ayrı ayakta sunulması, bu iki hizmet arasında koordinasyonun olmaması ve şizofreni bozukluğu olan hastaların fiziksel sağlık sorunlarıyla kimin ilgileneceği konusunda belirli bir görev tanımının olmaması yer almaktadır (Berry, Drake, & Yung, 2020; Filipþiü & Filipþiü, 2018; Gedik, 2019; Riverra segara ve ark., 2019). Zihinsel ve fiziksel sağlık hizmetlerinin birbirinden ayrı sunulması, şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarının kim tarafından tespit ve takip edileceği konusunda belirsizliğe neden olmaktadır (Filipþiü & Filipþiü, 2018). Birleşik Krallık'ta yürütülen bir araştırmada psikiyatri alanındaki sağlık çalışanları tarafından şizofreni hastalarının fiziksel sağlıkları konusunda sorumluluklarının olduğu ancak bu hastaların fiziksel sağlığının takibinden kimin sorumlu olduğuna dair netlik olmadığı bildirilmiştir (Berry ve ark., 2020). Sağlık sistemindeki koordinasyon yetersizliği, hastanın tıbbi bilgilerinin iletilmesini etkileyerek fiziksel sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmaktadır (Ehrlich, Kendall, Frey, Denton & Kisely, 2015; Happell ve ark., 2019).

Sağlık sistemi ile ilgili diğer engeller; sağlık hizmeti sunan kurumların uzak olması, kurama ulaşım güçlükleri, randevu alma güçlüğü, kalabalık hastane ortamı, uzun bekleme süreleri ve hastaya ayrılan sürenin kısıtlı olmasıdır. Kalabalık ortam ve uzun bekleme süreleri hastalarda gerginliğe ve fiziksel sağlıkları için yardım arayışından kaçınmaya neden olabilmektedir (Filipþiü & Filipþiü, 2018; Gedik, 2019). Türkiye'de yürütülen bir araştırmada ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar tarafından fiziksel sağlık sorunları için hastaneye başvurduklarında ilaç ve muayene masraflarının muayenelerini ertelemelerine neden olduğu,

bu durumunun fiziksel sağlıklarında bozulmalara yol açtığı bildirilmektedir (Gedik ve ark., 2020). Avustralya'da yürütülen başka bir araştırmada şizofreni hastaları aldıkları sağlık hizmetinin veya ilaç tedavisinin maliyetini karşılayamamaktan endişe duydukları için fiziksel sağlık hizmetlerine başvurmadıklarını ifade etmektedir (Chadwick ve ark., 2012).

Şizofrenide yüksek oranda fiziksel hastalık görülme sıklığı literatürle iyi kanıtlanmış olmasına rağmen fiziksel sağlık tarama programlarının yeterince yapılmaması nedeniyle de hastaların fiziksel sağlıkları olumsuz etkilenmektedir (Chadwick ve ark., 2012; Filipþiü & Filipþiü, 2018; Gedik, 2019). Ayrıca sağlık hizmetlerinde zamanın ve kaynakların kısıtlı olması hastalara sunulan fiziksel sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir (Filipþiü & Filipþiü, 2018).

1.6. Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Gereksinimlerinin Karşılanmasında Psikiyatri Hemşiresinin Sorumlulukları

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi kişilerarası ilişkilerdeki bilgi ve beceriyle sağlıklı ya da hasta bireyin psikolojik durumunu anlayarak davranışlarını değerlendirebilen, bireye sağlık eğitimi ve danışmanlık yapabilen, hastanın ihtiyaç duyduğu bakım, rehberlik, rehabilitasyon ve desteği sağlayabilen bir profesyoneldir (Arabacı, 2020). Ruhsal ve fiziksel hizmetler olarak ayrı sunulan sağlık hizmetlerindeki entegrasyonu sağlayarak psikiyatrik bozukluğu olan bireylere bütüncül bakımı sunabilecek konumdaki sağlık profesyoneli psikiyatri hemşiresidir (Erginer & Günüşen, 2013; Ganiah, Al-Hussami & Alhadidi, 2017; Hennessy & Cocoman, 2018; McGuinness & Follan, 2016).

Psikiyatri hemşireleri sağlıklı yaşam tarzı müdahaleleri ile riskli davranışların değiştirilmesinde, sağlığın teşvik edilmesinde ve geliştirilmesinde önemli rollere sahiptir (Ganiah ve ark., 2017; Gedik, 2019; Hennessy & Cocoman, 2018). Eğitici, danışman ve savunuculuk rolleri kapsamında psikiyatri hemşirelerinin hastaların fiziksel sağlıklarını koruyucu önlemleri alma ve sağlığı geliştirici müdahalelerde bulunma sorumlulukları vardır (Pekri, 2019). Brunero ve Lemont tarafından kardiyovasküler ve metabolik risk faktörlerinin saptanması ve ortaya çıkan sorunları tanımlaması amacıyla kardiyometabolik ruh sağlığı danışman hemşiresi olarak yeni bir rol de önerilmektedir (Erginer & Günüşen, 2013).

Hemşire eksikliği ve ağır iş yükü, psikiyatri hemşiresinin fiziksel sağlık hizmetlerindeki rollerini yerine getirmesinde önemli bir engeldir (Hennessy & Cocoman, 2018). Bununla birlikte uygulamada psikiyatri hemşiresinin fiziksel sağlık hizmetlerinin sunumundaki rollerine

ilişkin belirsizlik ve bu konuda bilgi ve beceri eksikliği söz konusudur (Happell ve ark., 2019; Hennessy & Cocoman, 2018). Avustralya'da yürütülen bir araştırma psikoterapi, hasta güvenliği, duygusal zekâ ve iletişim konularında kapsamlı bilgi ve becerilere sahip olmalarına rağmen psikiyatri hemşiresinin rollerindeki belirsizlik nedeniyle bu bilgi ve becerilerini yeterince kullanılamadıklarını göstermektedir (Hurley, Lakeman, Linsley, Ramsay & Mckenna-Lawson, 2022). Danimarka'da yürütülen nitel bir araştırma ruh sağlığı hemşirelerinin profesyonel rolleri gereği fiziksel sağlığın yönetimi ile ilgili görevleri kabullendiklerini ancak hastanın fiziksel sağlık sorunları ortaya çıktığında bu sorunları değerlendirme ve yönetmekle ilgili gerekli niteliklere sahip olmadıklarını belirtmektedir. Aynı araştırmada fiziksel sağlık sorunlarına müdahale konusunda bilgi ve beceri eksikliği nedeniyle hemşirelerin hastaların bu tür sorunlarıyla ilgilenmekten çekindikleri de bildirilmektedir (Lerbæk ve ark., 2020). Bu nedenle ruh sağlığı ve psikiyatri alanında çalışan hemşireler, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık riskleri ve fiziksel hastalıkların yönetimi konularında eğitim ve danışmanlıkla güçlendirilmelidir. Böylece psikiyatri hemşireleri psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık taramalarını yaparak erken dönemde risk faktörlerini saptayacak, dolayısıyla hastaların fiziksel sağlıkları olumlu etkilenecektir (Erginer & Günüşen, 2013).

Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde sık görülen obezite, diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi gibi sağlık sorunları dengesiz beslenme, yetersiz fiziksel aktivite ve sigara kullanımı gibi davranışsal değişiklikler yoluyla değiştirilebilen risk faktörlerini içermektedir (Erginer & Günüşen, 2013). Ancak bu bireyleri olumlu sağlık davranışlara yönlendirmek ve bu davranışlarının sürdürmesini sağlamak zordur (Hennessy & Cocoman, 2018). Ruh sağlığı ve psikiyatri alanında çalışan hemşireler iletişim becerileri ve fiziksel sağlık konusundaki donanımlarıyla hastaları fiziksel sağlığı koruyacak davranışlara yönlendirebilir. Türkiye'de yürütülen bir araştırmada hemşire liderliğindeki bir müdahale programının, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında artışa neden olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlara dayanarak psikiyatri hemşirelerinin hastalar için sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi teşvik edecek müdahaleleri planlaması ve uygulaması önerilmiştir (Çelik İnce & Günüşen, 2021).

Hastane ve klinik ortamlar dışında ise toplum ruh sağlığı hemşireleri tarafından psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlıkları takip etdilmeli ve bu kapsamda yılda bir kez kontrollerinin yapılması sağlanmalıdır (Gedik, 2019). Lundstrom ve ark. kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesi amacıyla ruh sağlığı hemşirelerinin her karşılaşmada hastayı sağlıklı yaşam davranışlarına cesaretlendirilererek sağlıklı olmaya ve

sağlığın geliştirilmesine odaklanan hastaya özgü bakım ve destek sağlamaları gerektiği vurgulamaktadır (Lundström, Jormfeldt, Hedman Ahlström & Skärsäter, 2020).

2. AMAÇ

Şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde ölüm oranı yüksektir ve bu durum, büyük ölçüde eşlik eden fiziksel hastalıklara bağlanmaktadır. Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların fiziksel sağlığının iyileştirilmesi, bu savunmasız/incinebilir hastalar arasındaki aşırı ölüm oranını azaltmak için büyük önem taşımaktadır (Gronholm ve ark, 2017). Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmeti alma deneyimlerine ilişkin araştırmalar, konunun ABD, İngiltere ve Avustralya gibi gelişmiş ülkelerdeki görünümünü ortaya koymaktadır. Türkiye'de çok az sayıda çalışma (Gedik ve ark., 2019) bu konuyu araştırmış, özellikle şizofreni hastalarının fiziksel sağlık hizmeti alımında karşılaştıkları deneyimler hakkında bilinenler sınırlı kalmıştır. Şizofreni tanılı bireylerin fiziksel hastalıklar açısından daha fazla risk altında olması, bu hastalar özelinde araştırmaların yürütülmesini gerekli kılmaktadır.

Bu gerekçelerle planlanan çalışmanın amacı;

- Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişim durumlarını değerlendirmek,
- Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmeti almasının önündeki engelleri ortaya çıkarmak,
- Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişime ilişkin ihtiyaçlarını anlamaktır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişim durumlarını değerlendirmek üzere planladığımız bu tez çalışması, tanımlayıcı ve elde edilen verilere dayanarak katılımcıların deneyimlerini keşfetmeyi amaçlayan bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırmamızın amacı; toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni tanılı bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişim durumlarını ve bu hizmetlere ilişkin deneyimlerini değerlendirmek, hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinin varsa önündeki engelleri belirlemektir. Bu nedenle nitel bir araştırma modeli olan fenomenolojik (olgu bilim) araştırma yaklaşımı kullanılacaktır. Fenomenoloji, bireylerin belirli bir fenomen veya kavramla ilgili anlayışlarını, duygularını, bakış açıları ve algılarını ifade etmelerini ve bu fenomeni nasıl deneyimlediklerini anlamaya çalışır. Bu amaçla öncelikle fenomen tanımlanır (Creswell, 2020). Tanımlanan fenomenle ilgili deneyime sahip olan kişilerin yaşamlarına erişmek, deneyimin altında yatan temel yapıyı elde etmek için derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak veri toplanır (Merriam, 2018). Ardından bütün bireylerin deneyimlerinin birlikte ele alınarak bütüncül şekilde incelenmesi gerekir (Tekindal ve Uğuz Arsu, 2020).
Bu doğrultuda araştırmanın basamaklarını;

- Araştırma sorusunun belirlenmesi
- Kavramsal çerçevenin oluşturulması
- Katılımcıların belirlenmesi
- Veri Oluşturma/Toplama Süreci
- Verilerin Analizi ve Yazımı

aşamaları oluşturur.

3.2 Araştırma Sorusunun Belirlenmesi

Nitel araştırmalarda somut olarak incelenen olay veya olguya ilişkin problem soru cümlesine dönüştürülür. Kuramsal çerçeve ile sınırları belirlenen araştırma konusu, belirli bir soru formunda biçimlendirilir; araştırma sorusu, kuramsal çerçevenin yönelimini belirleyerek literatüre ilişkin net bir görüş alanı oluşturulmasını sağlar (Baltacı, 2019).

Bu çerçevede;

- "Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişim düzeyi nedir?",
- "Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel hastalık nedeniyle sağlık kurumuna başvurduklarında yaşadıkları deneyimler nasıldır?" ve
- "Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının nasıl kolaylaştırılabileceğine ilişkin önerileri nelerdir?"

şeklinde araştırma soruları belirlenmiştir.

3.3. Kavramsal Çerçevenin Oluşturulması

Kavramsal çerçeve araştırmacıya açıklamalar ve analizlerin ayrıntılandırılması, kullanılan terimlerin ne anlama geldiğinin açıklığa kavuşturulması, problemle ilgili boyutların tanımlanması ve bu boyutlar arasındaki ilişkilerin saptanmasının yanı sıra analiz aşamasında kullanılacak temaların seçilmesinde yardımcı olur (Tekindal & Uğuz Arsu, 2020). Bu aşamada araştırmacı, problem ilişkin önceki çalışmaları, problem alanını çevreleyen literatüre ve bu literatürün gelecekte yer alacak çalışmalara yansımalarını inceler (Baltacı, 2019). Bu çalışmada şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişim durumları temel kavramsal çerçeveyi oluşturmuştur. Bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerine ilişkin deneyimlerini öğrenmek; çalışma sonuçlarını desteklemede kullanılmıştır. Ayrıca araştırma sürecinde hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini olumlu ve olumsuz etkileyen faktörler ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

3.4. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer

Araştırma, Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Derince Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) yürütülmüştür. 2012 yılında hizmet vermeye başlayan merkez 1 psikiyatrist, 2 hemşire, 2 psikolog, 1 sosyal çalışmacı, 1 ergoterapist, 1 sağlık memuru ve 1 idari personel olmak üzere 9 kişilik bir ekiple faaliyetlerini sürdürmektedir. Derince TRSM'de sunulan hizmetler; bireysel danışmanlık hizmetleri, bireysel ve grup psikoterapileri, psikososyal beceri eğitimi, sanatsal etkinlikler (müzik, koro çalışmaları, ebru ve resim etkinliği gibi), drama eğitimi, film gösterimi, hobi bahçesi, satranç eğitimi, şiir, hikâye okuma grupları, spor faaliyetleri, iş uğraşı aktiviteleri (takı tasarımı ve ahşap boyama gibi), bilişsel egzersizler ve ergoterapidir. Merkeze kayıtlı

350 şizofreni tanılı bireyin olduğu ve bu hastaların 200'ünün takip amaçlı düzenli merkeze geldiği bilgisi edinilmiştir. Merkezde takip kapsamında hastalara yılda bir kan tahlili yapılmakta ve tahlil sonuçlara göre hastalar gereksinimleri doğrultusunda sağlık kurumuna ve birime yönlendirilmektedir.

3.5. Araştırma Katılımcılarının Belirlenmesi

Literatürde fenomenolojik araştırmalardaki katılımcıların belirlenme sayıları farklılık göstermekte ve katılımcı sayısına ilişkin en az ya da en çok değer bulunmamaktadır (Tekindal ve Uğuz Arsu, 2020). Fenomenolojik araştırmalar için Creswell 5 ila 25 katılımcı ile görüşmenin ideal olduğunu, Morse en az 6 katılımcı ile görüşme yapılması gerektiğini belirtmektedir (Moran, 2013). Bu doğrultuda araştırma kapsamında en az 15 katılımcı ile görüşülmesi planlanmıştır.

1 Mart- 3 Haziran 2022 tarihleri arasında şizofreni tanısı nedeniyle Derince TRSM'den sağlık hizmeti alan ve dahil etme kriterlerini karşılayan bireyler araştırmaya katılmak üzere davet edilmiştir.

Araştırmaya dâhil etme ölçütleri;

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- en az altı ay önce şizofreni tanısı almış olmak,
- en az bir kez fiziksel sağlık hizmeti için sağlık kurumuna başvurmaktır.

Araştırmaya dâhil etmeme ölçütleri;

- iletişim kuramama,
- Gügörme, işitme, algılama ve herhangi bir fiziksel engele sahip olma,
- araştırmaya katılmaya gönüllü olmamadır.

Çalışma katılımcılarımızdan alınan bilgilerin doyuma ulaştığı düşünülen katılımcıya kadar görüşmelere devam edilmiş, görüşmelerden elde edilen bilgilerin kendini tekrarladığı ve yeni bir bilgi ortaya çıkmadığı zamanda görüşmeler sonlandırılmıştır.

3.5. Veri Oluşturma / Toplama Süreci

Nitel araştırmada veri oluşturma genellikle derinlemesine ve çoklu görüşmeler aracılığıyla yapılmaktadır. Bu görüşmeler, bireylerin duygularının, deneyimlerinin ve davranışlarının yapısını, karmaşıklığını ve farklı boyutlarını görünür kılarak anlama imkânı sunmaktadır (Seggie & Bayyurt, 2017).

Tez çalışmamızda kullandığımız fenomenolojik araştırma metoduna uyumlu olarak veri toplamada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmeler genellikle açık uçlu sorulardan oluşmaktadır ve sorular esnektir. Görüşme, katılımcıların algıladığı dünyayı kendi düşünceleriyle anlatmalarını sağlar. Bu teknikte araştırmacının önceden sormayı planladığı soruları içeren görüşme protokolü hazırlanır. Fakat görüşmenin akışına bağlı olarak farklı sorularla konu açılabilir ve konu hakkında yeni fikirlere ulaşılabilir. Alınan cevaplara göre konuya derinleşmeyi sağlayan sonda sorular kullanılabilir. Sonda soruları konuşma anında sorulan ve konuya ilişkin daha derinlemesine veri ortaya çıkarmaya yarayan sorulardır. Bu sorular yoluyla daha fazla detay öğrenilebilir ya da açıklamalar, örnekler veya teyitler alınabilir (Erdem, 2017).

Görüşmenin temel çerçevesini; "*Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri nedir?"*, *"Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunları nedeniyle sağlık kurumuna başvurma ve tedavi sürecindeki deneyimleri nasıldır?"* ve *"Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmaya ilişkin önerileri nelerdir?"* soruları oluşturmuş ve görüşme protokolü hazırlanmıştır **(Ek 1).**

Veri toplamaya başlamadan önce araştırmanın yürütülmesi için 15 Şubat 2022'de Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden **(Ek 2)** gerekli izinler ve Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (Tarih: 10.02.2022, protokol no: 2022-13 **Ek 3)** alınmıştır. Ardından Derince TRSM'nin sorumlu hemşiresiyle iletişime geçilerek şizofreni tanılı bireylerin kurum randevularına ilişkin bilgi edinilmiştir. Haftanın üç günü (pazartesi, salı ve Perşembe) merkez ziyaret edilerek olası çalışma katılımcılarıyla ön görüşme yapılmıştır. Ön görüşmede hastalar çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirilmiş, kendilerine araştırma bilgilendirme formu verilmiştir **(Ek 4)**. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılarla görüşmeler, birlikte uzlaşılan zamanda ve katılımcıların almaları gereken tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerini aksatmayacak şekilde Derince TRSM'de oluşturulan görüşme odasında gerçekleştirilmiştir. Standardizasyonu sağlamak amacıyla tüm görüşmeler aynı araştırmacı (Gamze Topçu) tarafından yürütülmüştür. Görüşmeden önce katılımcılar araştırma hakkında bir kez daha sözlü bilgilendirilerek aydınlatılmış onam formunu imzalamaları istenmiştir **(Ek 5).** Görüşmeye başlamadan önce görüşmenin ses kaydının alınmasına onay veren katılımcılardan yazılı izin elde edilmiştir **(Ek 6).** Ses kaydına izin vermeyen katılımcılarla yapılan görüşmelerde yazılı notlar alınmıştır. İzin verilen 20 görüşme ses kaydına alınırken diğer 3 görüşmede yazılı notlar alınmıştır.

Çalışma kapsamında ilk görüşme 9 Mart 2022 tarihinde yapılmış, 3 Haziran 2022 tarihindeki görüşme sonrasında veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Görüşmelerin güven

verici, uygun bir ortamda, katılımcıyı rahatsız etmeyecek biçimde yapılması sağlanmıştır. Aşırı irdeleyici sorular bireylerde kaygıya neden olabileceği için, araştırmacı fazla sorgulayıcı olmaktan kaçınmıştır. Katılımcıyı yormamak ve aktif olmasını sağlamak için görüşmeler 30 dakika ile sınırlandırılmıştır. En uzun görüşme süresi 35 dakika, en kısa görüşme ise 10 dakika sürmüştür. Görüşmenin tamamlanmasının ardından katılımcılara sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili soruların yer aldığı 13 soruluk katılımcı bilgi formu **(Ek 7)** verilerek doldurmaları istenmiştir. Kişisel bilgi formuna doldurulan bilgiler hasta kayıtları ile doğrulanmıştır. Katılımcıların bilgi ve verilerinin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi ve Yazımı

Nitel araştırmalarda veri toplama ve analizi eş zamanlı gerçekleştirilir. Böylece her aşamadaki analiz sonraki verilerin toplanmasına katkıda bulunur. Araştırma sürecinde toplanan veriler genellikle betimsel, içerik ve metin analizi gibi farklı ayrıştırma işlemlerine tabi tutulur (Baltacı, 2019).

Analiz süreci insanların ne söylediğini, araştırmacının gördüğünü ve okuduğunu birleştirme, indirgeme ve yorumlamayı içeren anlam verme süreci olarak tanımlanır. Bu süreçte netleşen anlamlar, algılamalar veya içgörüler araştırmanın bulgularını oluşturur. Bulgular; düzenlenmiş betimleyici açıklamalar, temalar (kategoriler) şeklinde olabilir ve bu şekilde veri ile bütünleşip veriyi açıklayan bir model ya da teori haline gelebilir (Merriam, 2018). Bu tür bir analize temaları öne çıkarttığı için tematik analiz de denilmektedir. Temalar (kategoriler) ve kodlar üzerinden olayların, durumların ne olduğu ve insanlar tarafından nasıl algılandıklarının anlaşılması amaçlanmaktadır (Bal, 2016).

Çalışmamızda veri analizi görüşme formunun güçlü yanlarını ve dezavantajlarını belirleyebilmemiz ve gerektiğinde sonraki görüşmeler için değişiklikler sunabilmemiz için aynı anda gerçekleştirilmiştir. Öncelikle ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınan görüşmeler çözümlenerek metne aktarılmıştır. İlk aşamada yazılı görüşme kayıtları çalışma konusunun daha iyi anlaşılmasını sağlamak için birkaç kez okunmuştur. Kayıtların okunması sırasında tüm verilere bakılarak, araştırma fenomeni ile ilgisiz olan ifadeler çıkarılmıştır. Verinin anlamlı parçaları yani metinler üzerinden katılımcıların fenomeni (fiziksel tıbbi hizmetlere erişim) nasıl deneyimlediklerini anlamayı sağlayan önemli açıklamalar, ifadeler ve cümleler (kelime, sözcük öbeği, cümle, alan notları) belirlenerek listelenmiştir. Bu anlamlı veri ifadelerinden ortak ve benzer olanlar kodlar şeklinde gruplandırılmış, ardından kodlar arasında birbiriyle ilişkili olanlardan temalar oluşturulmuştur (Tekindal M ve Uğuz Arsu, 2020).

Nitel araştırmalarda önyargıdan kaçınmak ve geçerliliği sağlamak için, her görüşme kaydının en az iki uzman tarafından okunması ve temalarının tanımlanması önerilmektedir (Abu-El-Noor, 2016). Veri analizi iki araştırmacı (Gamze Topçu ve Rahime Aydın Er) tarafından önce bağımsız yapılmıştır. Kodların kategori veya alt kategoriye uygunluğunu tartışmak üzere araştırmacılar bir araya gelerek uzlaşıya varmıştır.

Araştırmanın bulguları herhangi bir yorum yapılmadan, her bir temayı en iyi ortaya çıkaran katılımcı ifadelerine yer verilerek sunulmuştur. Katılımcıların görüşme transkripsiyonları yalnızca araştırmacı tarafından kimlik verileriyle birleştirilecek şekilde kodlanmıştır. Kodlama Görüşme no, Kadın/Erkek şeklinde yapılmıştır. 1, K şeklindeki kodlama 1 numaralı görüşmenin kadın katılımcı ile yapıldığı anlamına gelmektedir. Bu çalışmanın raporlanmasında, Kalitatif Araştırma Raporlama Konsolide Kriterleri (COREQ) kullanılmıştır (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

4. BULGULAR

Çalışmamızın dâhil etme kriterlerini karşılayan 30 şizofreni tanılı birey araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş, bu bireylerden 23'ü çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. 3 katılımcı görüşme sırasında ayrılmak istediğini bildirdiği için araştırmadan çıkarılmıştır. Bu bölümde çalışma kapsamında katılımcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilerin analizi sonucunda ulaşılan bulgular sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Kişisel ve Klinik Bilgileri

Tablo 4.1'de çalışmamıza katılan 20 katılımcının kişisel ve klinik bilgileri ayrıntılı verilmiştir.

Çalışma katılımcılarımızın %75'i (n=15) erkek, %25'i (n=5) kadındır. Yaşları 23 ve 62 arasında değişen katılımcıların yaş ortalamaları 40,3 ± 10,0'dır. Katılımcıların %35'i (n=7) ilkokul, %30'u (n=6) lise, %20'si (n= 4) üniversite ve %15'i (n=3) ortaokul mezunu olduğunu belirtmiştir. %80'i (n= 16) şehir merkezinde, %20'si (n=4) ise şehir merkezi dışında yaşadığını bildiren katılımcıların; %25'i (n=5) evli olup ailesiyle birlikte, %75'i (n=15) bekâr olup aile büyükleri ile birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların %80'i (n=16) çocuk sahibi olmadığını, %70'i (n=14) çalışmadığını ve %60'ı (n=12) gelirinin giderinden daha az olduğunu ifade etmiştir. Aldıkları sosyal desteği katılımcıların %60'ı (n=12) yeterli, %35'i (n=7) kısmen yeterli ve %5'i ise (n=1) yetersiz olarak değerlendirmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.1. Katılımcıların Kişisel ve Klinik Bilgileri

No	Cinsiyet	Yaş	Yaşadığı yer	Mezuniyet derecesi	Çalışma durumu	Medeni durumu	Çocuğu	Kiminle yaşadığı	Geliri	Sosyal desteği	Hastalık süresi (yıl)	TRSM bakım süresi (yıl)
1	Kadın	38	Şehir merkezi dışı	İlkokul	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderinden az	Yeterli	12	6
2	Kadın	34	Şehir merkezi	Üniversite	Çalışıyor	Bekâr	Var	Çocukları	Giderinden az	Yeterli	2	1,5
3	Kadın	29	Şehir merkezi	Üniversite	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderine benzer	Yeterli	4	4
4	Kadın	62	Şehir merkezi	İlkokul	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderine benzer	Kısmen yeterli	12	6
5	Kadın	30	Şehir merkezi	Ortaokul	Malulen emekli	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderine benzer	Yeterli	9	5
6	Erkek	47	Şehir merkezi	Lise	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderinden az	Kısmen yeterli	8	4
7	Erkek	55	Şehir merkezi	İlkokul	Malulen emekli	Evli	Var	Eşi ve çocukları	Giderinden az	Yeterli	10	10
8	Erkek	45	Şehir merkezi	Lise	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderine benzer	Yeterli	25	8
9	Erkek	27	Şehir merkezi	Ortaokul	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Ebeveynleri	Giderinden az	Yeterli	10	3
10	Erkek	43	Şehir merkezi	İlkokul	Malulen emekli	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderine benzer	Yeterli	27	4
11	Erkek	33	Şehir merkezi	Ortaokul	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderine benzer	Yeterli	12	2,5
12	Erkek	43	Şehir merkezi	İlkokul	Çalışmıyor	Evli	Var	Eşi ve çocukları	Giderine benzer	Kısmen yeterli	14	8
13	Erkek	31	Şehir merkezi dışı	Lise	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderinden az	Kısmen yeterli	10	6
14	Erkek	48	Şehir merkezi dışı	İlkokul	Malulen	Evli	Var	Eşi ve çocukları	Giderinden az	Kısmen yeterli	24	6
15	Erkek	37	Şehir merkezi dışı	Üniversite	Malulen emekli	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderinden az	Yeterli	12	8
16	Erkek	38	Şehir merkezi	Lise	Çalışmıyor	Evli	Yok	Aile büyükleri	Giderinden az	Yeterli	8	4
17	Erkek	44	Şehir merkezi	Lise	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderinden az	Kısmen yeterli	20	10
18	Erkek	23	Şehir merkezi	Lise	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderine benzer	Kısmen yeterli	5	1
19	Erkek	47	Şehir merkezi	İlkokul	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderinden az	Kısmen yeterli	17	9
20	Erkek	51	Şehir merkezi	Üniversite	Çalışmıyor	Bekâr	Yok	Aile büyükleri	Giderine benzer	Yetersiz	17	10

Tablo 4.2. Katılımcıların Kişisel ve Klinik Bilgilerinin Dağılımı (N=20)

Özellik	n	%	$\bar{X} \pm SS$ (yıl)
Yaş			40,3 ± 10,0
Cinsiyet			
Kadın	5	25	
Erkek	15	75	
Mezuniyet derecesi			
İlkokul	7	35	
Ortaokul	3	15	
Lise	6	30	
Üniversite	4	20	
Yaşadığı yer			
Şehir merkezinde	16	80	
Şehir merkezi dışında	4	20	
Medeni durum			
Evli	5	25	
Bekâr	15	75	
Çocuğu			
Var	4	20	
Yok	16	80	
Çalışma durumu	12	80	
Çalışmıyor	14	70	
Malulen emekli	5	25	
Çalışıyor	1	5	
Geliri			
Giderden az	12	60	
Giderine benzer	8	40	
Aile ve yakın çevre desteği			
Yeterli	12	60	
Kısmen yeterli	7	35	
Yetersiz	1	5	
Şizofreni hastalık süresi			12,0 ± 6,9
TRSM takip edilme süresi			6,0 ± 2,9

Katılımcıların şizofreni hastalık süresi 2 ile 27 yıl arasında (ortalama: 12,0 ± 6,9 yıl), TRSM'den takip edilme süreleri ise 1 ile 10 yıl arasında (ortalama: 6,0 ± 2,9 yıl) değişmektedir (Tablo 4.2). Katılımcıların daha önce fiziksel sağlık hizmetleri için başvurdukları birimler değerlendirildiğinde; %50'sinin (n=10) ağız ve diş sağlığı, %35'inin (n=7) ortopedi, %20'sinin (n=4) dâhiliye, %15'inin (n=3) göğüs hastalıkları, %10'unun (n=2) göz hastalıkları, üroloji, dermatoloji, kardiyoloji ve %5'inin (n=1) kulak, burun ve boğaz hastalıkları ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurdukları belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların Fiziksel Sağlık Sorunu Nedeniyle Başvurdukları Birimler (N=20)

Klinik birim	N	%
Ortopedi	7	35
Ağız ve diş sağlığı	10	50
Dâhiliye	4	20
Göz hastalıkları	2	10
Dermatoloji	2	10
Göğüs hastalıkları	3	15
Kardiyoloji	2	10
Üroloji	2	10
Kulak, burun ve boğaz	1	5

4.2. Araştırma Sorularına İlişkin Bulgular

Şizofreni tanılı bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine ilişkin deneyimlerini değerlendirmek üzere katılımcılarla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerin içerik analizi sonucunda Tablo 4.4'te belirtilen 3 tema (engeller, kolaylaştırıcılar, beklentiler) ve 4 alt tema (bireysel ve hastalık engelleri, sağlık profesyonelleri, sağlık sistemi, aile desteği) belirlenmiştir.

Tema 1: Engeller

Şizofreni tanılı bireyler çeşitli zorluklar nedeniyle fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşadıklarını ifade etmiştir. Engeller alt teması altında ele alınan bu zorluklar, bireysel ve hastalıkla ilgili engeller, sağlık profesyonelleri ve sağlık sistemi alt temaları altında ele alınmıştır.

Alt Tema 1: Bireysel ve hastalıkla ilgili engeller

Çalışma katılımcılarımız fiziksel hastalık belirtilerini algılamakta ve yorumlamakta güçlük çektiklerini belirtmiştir. Ayrıca katılımcılar tarafından bir klinisyenin şizofreni tanılı hastaya fiziksel sağlık sağlamadaki rolü de vurgulanmıştır.

"İdrar yoluyla ilgili problemim vardı. Annem sürekli idrara çıktığımı söyledi o şekilde fark ettim." (3, K)

"Camide namaz kılarken başım dönmüştü. TRSM'deki çalışanlara anlattım. Onlar beni dâhiliye doktoruna yönlendirdi. Orada öğrendim şekerimin olduğunu." (15, E)

Tablo 4.4. Nitel Verilerin Analizi Sonucunda Belirlenen Tema ve Alt Temalar

Tema	**Tema 1: Engeller**	**Tema 2: Kolaylaştırıcılar**	**Tema 3: Beklentiler**
Alt Tema 1	Bireysel ve Hastalık Engelleri	Sağlık Sistemi	Sağlık Profesyonelleri
Kod	Fiziksel hastalık belirtilerini farkedememe Bilgi eksikliği Unutkanlık Sanrılar	TRSM'de takip ediliyor olma Engelli kartı	İletişim
Alt Tema 2	Sağlık Pofesyonelleri	Sağlık Pofesyonelleri	Sağlık Sistemi
Kod	İlgisizlik Damgalama Umursamama Kaba tutum	Sağlık personelinin açık iletişimi Destekleyici tutum	Doğru tanı ve tedavi için uygun şartlar İşlemlerin hızlı ve ulaşılabilir olması Tıbbi tedavi ve ilaç masrafları için destek olunması
Alt Tema 3	Sağlık Sistemi	Aile Desteği	
Kod	Randevu bulamama Uzun bekleme süresi Kalabalık ortam Kısa muayene süresi İlaç ve tedavi masrafları Takip ve tedavi yetersizliği Geçmiş deneyimler	Aile ile yaşamak	

Çalışma katılımcılarımızın birçoğu fiziksel sağlık problemi için hangi bölüme başvuracakları bilgisine sahip olmadıklarını, internet ve telefondan randevu almada sorun yaşadıklarını ifade etmiştir. Hastalığın ve kullanılan ilaçların yan etkilerine bağlı dikkat eksikliği ve unutkanlık, katılımcıların kendilerini ifade etmede zorluk yaşamalarına ve hastane randevularını unutabilmelerine neden olmuştur. Bununla birlikte bazı katılımcılarımız kullandıkları ilaçların yan etkileri nedeniyle erken uyanmakta güçlük çektiğini ve bu nedenle erken saatte olan hastane randevularına yetişemediğini belirtmiştir.

"*Bana randevuyu babam alıyor, 182'den alıyor. Ben hastaneye randevu alamıyorum sağlık ocağından alabiliyorum."* (1, E)

"*Bana doktor için randevuyu eşim veya çocuklar alıyor. Vallahi ben randevu almayı bilmiyorum."* (2, E)

"Annem söyledi ortopediye gitmem gerektiğini, annem biliyor. Benim doktoruma gidelim dedi. Annem olmasa eşim yardımcı olurdu." (7, E)

"Randevular erken saatte olduğunda uyanmakta zorlandığım için yetişemiyorum." (8, E).

"Dişim için diş polikliniğinden randevu almıştım ancak randevu tarihini unuttuğum için randevuya gidemedim. Şizofreni hastalığımdan dolayı telefonda konuşamayacak duruma geliyorum. Daha sonra kız kardeşime randevu aldırdım. Şimdi yine diş problemim var erkenden randevu alıp kurtulmak istiyorum." (10, E)

Katılımcılarımız, fiziksel sağlık şikâyetlerini anlatmak için sağlık kurumuna başvurduklarında sanrı ve varsanı gibi hastalık belirtileri nedeniyle kendilerini ifade ederken zorlandıklarını bildirmiştir. Ayrıca hastalığın alevlenme döneminde olması da katılımcılarımızın kendilerini ifade etmesini zorlaştırmıştır.

"Doktora şikayetlerimi anlattım. Nefes almada zorluk çektiğimi ve öksürdüğümü anlattım. İlaçlarımı verdi. Akciğer filmimi çektiler. Biraz pimpirikli olduğumu söylediler. Alevlenme dönemlerinde kendimi ifade etmem daha zor oluyor." (9, E)

"Doktora durumumu anlattım dişlerimi beyazlatmak istediğimi söyledim. Anlatırken arada ses duyduğum ve görüntüler gördüğüm için duraksayarak konuştum doktoru biraz kızdırdım. Ses ve görüntüler benim dikkatimi dağıtıyor ve şaşırtıyor. Bunu doktora ifade ettim şu an kendimi yeterince ifade edemiyorum hastayım dedim." (10, E)

"Doktora kendim girdim şikâyetlerimi anlattım. Şöyle bir sorun yaşadım doktor bilgisayara bir şey yazacaktı o anda yazmadı, elini çekti ben niye elini çekti benimle ilgili mi bir şey yazacaktı diye düşündüm. Sesler duymaya başladım. Öyle olunca konuşursam yanlış anlaşırım diye sustum." (15, E)

Alt Tema 2: Sağlık profesyonelleri

Katılımcılarımız fiziksel sağlıkları için sağlık kurumuna başvurduklarında kendileriyle ilgilenen sağlık profesyonellerinin ilgisiz olumsuz tutum ve davranışlarına maruz kaldıklarını bildirmiştir.

"Hastalığımla ilgili ilaç ve tedaviler doktordan doktora fark ediyor. Bazı doktorlar hastaları başlarından savıyor, yazıyor ilaçları haydi güle güle." (2, E)

"Bazı doktorlar ilgileniyor, çaba gösteriyor, bazıları ilgilenmiyor." (9, E)

Şizofreni tanılı katılımcılarımız sağlık profesyonellerinin kendilerini damgaladıklarını ve bundan rahatsızlık duyduklarını, kendilerine yönelik sert tutumları ve iletişim eksikleri nedeniyle o bölüme gitmek ve tedavilerine devam etmek istemediklerini ifade etmiştir.

"Sağlık çalışanları sanki bizim gibi hastaları umursamıyor kaba davranıyorlar." (4, K)

"Doktor ve hemşireler ters davranınca soru sormak istemiyorum." (6, E)

"Sağlık çalışanları şizofreni hastası olduğum için bana farklı davranıyor. Moralim bozuluyor ve bir daha hastaneye gelmek istemiyorum." (10, E)

Alt Tema 3: Sağlık sistemi

Katılımcılarımız kendileri için uygun olan zamanda hastane randevusu alamadıklarını veya geç randevu alabildiklerini, randevuları veya yapılacak işlemler için uzun süre beklediklerini ve kalabalık ortama maruz kaldıklarını belirterek sağlık sistemine atıfta bulunan engelleri dile getirmiştir. Sağlık kurumlarının uzak mesafede olması nedeniyle de bazı katılımcılar ilgili birimlere ulaşamadıklarını bildirmiştir. Bu nedenler, şizofreni tanılı bireylerin fiziksel hastalıklarının tanı ve tedavisinde gecikmelere dolayısıyla hastalığın ilerlemesine neden olmuştur.

"Gözümle ilgili problem vardı, hastane uzak olduğu için gidemedim." (8, E)

"Randevuyu 2 hafta sonraya verdiler. Bu zaman içerisinde ağrılarım arttı." (9, E)

"Randevu bulmak problem benim için. Randevu bulduğumda yaklaşık iki haftalık bir bekleme süresi oldu. Randevu gelene kadar nefes darlığım artmış oldu, yaklaşık 2-3 hafta kadar nefes darlığı yaşadım." (11, E)

"Diş doktoruna gittim, randevu sırasını fazla bekliyoruz. Sabah randevusuna 15.30'da giriyordum. Hala diş problemim halledilmedi." (12, E)

"Randevu için bekliyoruz, biraz yorucu oluyor." (14, E)

"Ben dâhiliye için kendim randevu almaya çalıştım yaklaşık 3- 4 ay uğraştım ama sonunda yine alamadım. Böyle olunca hastalıkta ilerliyor." (15, E)

Şizofreni tanılı katılımcılarımız diğer hastalar ile karşılaştırıldığında randevularını beklerken daha fazla olumsuz etkilendiklerini ve bu nedenle sinirlendiklerini ve hareketlerini kontrol etmekte güçlük yaşadıklarını ifade etmiştir.

"Öksürüğüm için hastaneye gittim, 45 dakika randevumu bekledim stresli oluyor. İnsan kafasında kuruyor ne var acaba diye." (9, E)

"Randevum için ittiğimde 30-35 dakika sıra bekledim. Vallahi dişim ağrıdığı için sıra çabuk gelsin istedim. Bazen sıra benim olmasına rağmen içeri başkası giriyor, o zaman kötü oluyorum tepki göstermek istiyorum. Tepki göstersem sinirli halim ilerler şiddete dönüşür diye bir şey diyemiyorum. O sinirle eve dönüyorum. Daha sonra bu sıkıntı büyüyor ve aileme yansıyor." (13, E)

"Dâhiliye kalabalık oluyor biz de ona göre vaktinde gidiyoruz. Randevuyu beklerken kalabalık oluyor, ayakta kalıyoruz hareket etme ihtiyacı duyuyorum. Böyle olunca insanlar bu ne yapıyor diye bana bakıyor. Bende insanlar bakınca rahatsız oluyorum." (15, E)

Katılımcılarımız uzun bekleme süreleri ve sağlık kurumlarının olumsuz ortam koşulları nedeniyle tedavilerini yarım bıraktıklarını ve fiziksel sağlık sorunları için sağlık kurumlarına başvurmak istemediklerini belirtmiştir. Ayrıca bazı katılımcılar hekimlerin muayene sürelerinin kısa olduğunu ve fiziksel sağlık sorunlarına yönelik aldıkları tedavinin yeterli olmadığını ifade etmiştir. Şizofreni tanılı bireylerin geçmişte fiziksel sağlık problemleri için gerekli tedavileri alamaması, yeni bir fiziksel sağlık sorunu ortaya çıktığında hastaneye başvurmamalarına neden olmuştur.

"Doktora girdiğimizde zamanımız kısa oluyor. Anlatmadığımızda doktor bize bir şey yapamıyor. Kabızlık için doktora gittim ilaç verdi ama fayda görmedim. Doktor beni ürolojiye gönderdi sonra." (3, E)

"Bel fıtığı için hastaneye başvurdum yapılan tedavilerden bir sonuç alamadım ve bana bilgi vermediler. Daha sonra eşimin çalıştığı bir yerde ameliyat oldum ancak ağrılarım yine devam ediyor. Tekrardan ameliyat dediler ama ben korkuyorum, kendi kendine geçsin diye bekliyorum." (8, E)

"Nefes darlığım için doktora gittim şikâyetlerimi anlattım. Benden solunum testi istedi. Test için gittim o yerlerde yoğundu lanet olsun dedim çıktım. Eczaneye gittim astım içim bir alerji ilacı aldım. O şekilde geçti. Hastaneye gittiğimde bekleme süreleri hizmet

almamı engelledi. Doktora bir daha gitmeyi düşünemedim. Mesela şu anda basurum patladı, kanama yapıyor ama tutup bir doktora gitmedim. Kendi kendine geçer, dedim. Yine bir şikâyetim olsa doktora gitmeyi düşünmüyorum." (11, E)

"Dişlerimle ilgili problemimde var, en fazla 10 tane dişim var. Doktora gittim sonra gel dedi. Bende dişlerimle idare ediyorum. Abim de yapılan diş kendi dişin gibi olmaz dedi. Hala dişlerimi yaptırmadım idare ediyorum." (14, E)

Katılımcılarımızın fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinde ifade ettikleri bazı engeller, sağlık sigortası ve ödeme gücü ile ilgili olmuştur. Katılımcılarımız sağlık sigortasından kaynaklı devlet hastanelerinde özel hastanelere göre kendileriyle daha az ilgilenildiğini, ekonomik nedenlerden dolayı özel hastanelerdeki muayene ve ilaç masraflarını karşılamakta ve tıbbi cihazları almakta zorlandıklarını belirtmiştir.

"Almam gereken ilaçlar oluyor. Çalışırsam devlet tamamını ödüyor. Çalışmazsam yarısını ödüyor. Ben şu an çalışmıyorum o nedenle ilaçlarımı alırken zorlanıyorum. Tedavim için ben bir kutu iğneye ... TL verdim. O biraz maddi olarak beni etkiledi. Devlet ilacı ödemedi ben bir anda şok oldum." (1, K)

"Kulak cihazına ihtiyacım oldu, alırken ... TL para istediler. Ancak dışarıdan maddi destekle alabildim." (3, E)

"Dişlerim için doktora gittiğimde implantın gerekli olduğunu ve ücretinin ... TL olduğunu diyorlar. Yani bana olumlu yanıt vermiyorlar." (5, E)

"Devlet hastaneleri genelde sigortayla karşılandığı için çok fazla öyle ilgi alaka göstermiyorlar. Ücretli hastanelerde ilgi alaka daha fazla oluyor, güler yüzle karşılıyorlar. Devlet hastanesinde dengesiz insanlar fazla, tepelerine çıkmasınlar diye fazla ilgi göstermiyorlar." (13, E)

Tema 2: Kolaylaştırıcılar

Şizofreni tanılı katılımcılarımız fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıran faktörlere de değinmiştir. Bu faktörler, sağlık sistemi, sağlık profesyonelleri ve aile desteği olarak üç alt tema altında ele alınmıştır.

Alt Tema 1: Sağlık sistemi

Katılımcılarımız T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan engelli raporu aracılığıyla aldıkları engelli kartıyle toplu taşıma araçlarını ücretsiz kullandıklarını ve böylece fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgili sağlık kurumuna kolay ulaşabildiklerini bildirmiştir.

"Engelli kartı ile otobüsü kullanıyorum ve böylece her hastaneye gidebiliyorum." (3, E)

"Hastaneye giderken engelli kartımı kullanıyorum ve bedava biniyorum iyi oluyor." (7, E)

Şizofreni tanılı katılımcılarımız TRSM'de düzenli takip edilen hastalardır. Merkezin hastaları ihtiyaç duydukları sağlık kurumuna yönlendirmesi, onların adına hastane randevularını alması ve hastalıklara ilişkin kendilerini bilgilendirilmesi hastaların sağlık hizmetlerine erişimlerini artırmaktadır.

"TRSM'de kontrollerimiz yapılıyor. Mesela dün geldim, hastaneye gitmiştim. Dâhiliyede kan değerlerime bakmışlar burası ve hastane anlaşmış dâhiliyedeki sonuçlarımı görünce bana burada ilaç yazdılar. Beni takip ediyorlar. İyi burası seviyorum burayı." (1, K)

"Şeker hastalığım için beni TRSM tedavi ediyor. Kan tahlili yapıyorlar. Sonrasında böyle çıktı diye bilgi veriyorlar." (4, K)

"Camide namaz kılarken başım dönüyordu. TRSM beni yönlendirmişti dâhiliye doktoruna orda öğrendim şekerimin olduğunu. Sonrasında yine dâhiliye için randevularımı TRSM aldı." (15, E)

Alt Tema 2: Sağlık profesyonelleri

Katılımcılar, sağlık kurumlarına başvurduklarında sağlık profesyonellerinin anlayışlı ve hoşgörülü tutumlarından olumlu etkilendiklerini ifade etmiştir.

"Sağlık sorunum olduğunda genelde ilk aile hekimime gidiyorum. Memnunum oradaki doktoruma güveniyorum. Benim için yapabileceği bir şey varsa yapıyor." (5, E)

"Doktora muayene olduktan sonra reçetemi kaybettim. Tekrar doktorun yanına gidip reçetemi istedim. Bana ılımlı yaklaşarak yardımcı oldular." (8, E)

"Doktora başvurduğum sırada şikayetimi anlatırken sesler duydum ve görüntüler gördüm. Yaşadığım durumu ifade ettim. Doktor beni anlayışla karşıladı ve sabır gösterdi. Öyle olunca rahatladım." (10, E)

Alt Tema 3: Aile

Katılımcılarımız ailelerinin fiziksel hastalıklarının fark edilmesinde, ilgili bölüm, hekim ve hastane seçiminde, sağlık kuruluşuna ulaşımda, randevu sırasını beklemede, muayene sırasında durumunu ifade etmesinde, fiziksel sağlığın takip ve tedavisinde hem maddi hem de manevi yönden büyük bir destek sağladığını belirtmiştir.

"Bana hastane için randevuyu babam aldı. Ben randevuyu sağlık ocağından alabiliyorum. Hastaneye geç kalırım vakit geçer karanlığa kalırım diye korkuyorum. O yüzden hastaneye babamla gidiyorum. Muayene odasındayken durumumu babam anlattı. Daha sonra doktor ağzıma baktı, dişlerine dolgu olur, dedi. Babam yaptırdı dişlerimi benim." (1, E)

"Doktora randevularımı eşim veya çocuklar alıyor. Vallahi ben randevu almayı bilmiyorum. Doktora bazen eşimle gidiyoruz. Doktora durumumu anlatırken eşimle beraber konuştuk eşim yemek yiyemiyor dedi. Doktorda şeker bazılarına kilo aldırır, bazılarına kilo verdirir dedi." (2, E)

"Ortopedi için bana babam randevuyu alıyor. Beni hastaneye babam götürüyor." (3, K)

"Doktorun yanına girdiğimizde yakınım anlattı durumumu. Tahliller yapıldı, ne için yapıldığını bilmiyorum. İlaçlarımızı aldık gittik. Ben doktora anlatamam durumu bilmiyorum ki." (6, E)

"Annem söyledi ortopediye gitmem gerektiğini, annem biliyor. Benim doktoruma gidelim dedi. Annem olmasa eşim yardımcı olurdu. Annem ve babamla gittim başta doktora sonra kendim gittim. Kilom var eşim ve kızım yemem için beni uyarıyor. Kilomdan dolayı ağrım olabilir demişti doktor. Eşim diyor ki diyetisyene gitmene gerek yok biz sana yardım ederiz." (7, E)

"Randevuyu genelde babamla beraber alırdık. Babam beni götürürdü sağ olsun. Babam beni yolda kalsam gelip alırdı. Babam öldü onu çok özlüyorum o benimle ilgilenirdi." (12, E)

"Randevuyu abim alıyor, nereden alıyor bilmiyorum. Abimle doktora gittim, ben tek olsam gidemem herhâlde. Otobüsle gidiyoruz." (14, E)

Tema 3: Beklentiler

Çalışma kapsamında katılımcılarımızın fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgili olumlu ve olumsuz deneyimlerini göz önünde bulundurarak daha iyi fiziksel sağlık hizmeti almaya yönelik beklentileri değerlendirilmiştir. Şizofreni tanılı katılımcılarımız fiziksel sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için sağlık sistemine ve sağlık profesyonellerine yönelik beklentilerini dile getirmiştir. Az sayıda katılımcı ise sağlığı ile ilgili beklentilerini ifade etmekte zorlanmıştır.

"Sağlığımla ilgili beklentimin ne olduğunu bilmiyorum." (4, K)

"Ben sağlığığla ve sağlık sistemiyle ilgili beklentimi bilemiyorum. Doktorlar, hemşireler en iyisini bilir. Yapmaları gerekenleri bilirler." (14, E).

Alt Tema 1: Sağlık sistemi

Katılımcılarımızın sağlık sistemi ile ilgili beklentileri; fiziksel hastalıkları için hastaneden daha hızlı randevu almak, muayene ve tıbbi işlemlerin daha kısa süre sürmesi, tıbbi tedavi ve bakım maliyetinin karşılamada kendilerine destek olunmasıdır.

"İlaçlarımı daha uygun ücrette almam için bana hak koyulmasını istiyorum. Her şey para değil hocam benim sağlığım gittikten sonra ne önemi var. Ben mi yanlış düşünüyorum?" (1, E)

"Şizofrenisi olan kişilere özellikle pandemi gibi olağanüstü durumlarda ayrıcalıklı davranmaları gerektiğini düşünüyorum. Mesela benim dayım da şizofreni corona olduğunda sağlık ekibini istemedi. Önceden sağlıkçılara karşı bir iticilik beslemiş. Yaşlı olduğu için internet ve telefon kullanamıyor, aklı da yerinde değil. Sağlıkçılar onları kimse aramadığı

için gelmediklerini söylediler. Bu süreçte hastalığı ilerledi ve sonrasında dayım uzun süre yoğun bakımda kaldı. Yani bu hastalara yönelik biraz destek olunmalı." (2, K)

"Devlet bize diş konusunda imkân tanısaydı iyi olurdu. Altı tane dişimin implant yapılması lazım ama öyle bir imkânım yok. Üniversite hastanesi de paralı yapıyor. Maddi destek sağlanmalı." (5, E)

"Muayene olmak için beklerken daha az beklesek iyi olur." (6, E)

"65 yaş üstüne tanınan hakların bize de tanınmasını isterdim. Öncelik verilmesini isterdim. Özellikle erken randevu verseler çünkü kafada kuruyoruz. Acaba o mu var bu mu var, diye." (9, E)

"Bizlere biraz tolerans geçseler daha iyi olur. Adam eli cebinde geziyor muayene için içeri benden önce giriyor. Bende kızıyorum. Maddi açıdan zorlanıyorum. Daha önceden de maaş için başvurdum ama vermiyorlar. Yine mi sen geldin deyip baştan savıyorlar. Annemin maaşını yüksek buluyorlar. Eve hiçbir faydam olmuyor. Maddiyat olmayınca hiçbir şey düzgün gitmiyor. Her şeyin fiyatı artıyor. Maaşlarda aynı kalıyor, vatandaşın halinden anlamıyorlar. Maaş alabilseydim daha iyi olurdu." (12, E)

Alt Tema 2: Sağlık profesyonelleri

Fiziksel hastalıkları nedeniyle sağlık kurumuna başvurduklarında katılımcılarımızın sağlık profesyonellerinden beklentisi nazik, samimi, saygılı ve güler yüzlü olmalarıydı. Kendileriyle konuşulması ve şikâyetleri ile ilgili soru sorulması da katılımcıların sağlık profesyonellerine yönelik diğer beklentileriydi.

"Sağlık çalışanlarının bana saygı duymasını isterim. Bende onlara saygı duymak isterim." (1, K)

"Sağlık çalışanları daha girişken olup bana hastalığımla ilgili sorular sorsalar daha iyi olur." (3, K)

"Doktorlar, hemşireler benimle konuşsalar daha iyi olur. Ben daha iyi olurum yani." (6, E)

"Doktorların biraz alttan alması lazım. Sert olmamalı eğer sert olursan o hasta senden kaçar veya tartışmaya girer. Bizi bir akrabaları gibi görseler, bizim için de aynısını yapsalar güzel olurdu." (9, E)

"Sağlık çalışanlarının iletişimi daha kuvvetli olsa daha iyi olur. Normal insanlar gibi benimle iletişime geçsinler istiyorum." (10, E)

Bazı katılımcılar öncesine göre sağlık profesyonellerinin hastalarla daha iyi iletişim kurduklarını belirtirken, bir katılımcı sağlık profesyonellerinin en iyisini bildiğini ifade etmiştir.

"Sağlık çalışanlarının tavrı azarlayıcı değildi, güler yüzlü de değildi, normaldi. Bir azarlarını görmedim ben." (6, E)

"Sağlık çalışanları eskiden bize bakmadan eve gönderiyorlardı. Şimdi sorunca cevap veriyorlar. İyi bence yani bizi dövmüyorlar. Mesela reçetemi kaybettiğimi söylediğimde bana tekrar yazdılar. Eskiden olsa bana kızacak gibi gelirdi." (8, E)

"Ben bilmiyorum doktorlar, hemşireler en iyisini bilir. Yapmaları gerekenleri bilirler." (14, E)

5. TARTIŞMA

Şizofreni bozukluğu olan bireyler genel nüfusla kıyaslandığında daha yüksek fiziksel hastalık oranına sahiptir (Filipþiü & Filipþiü, 2018; Happell ve ark., 2019; Yaşar & Yıldız, 2021). Şizofreni hastalarının dörtte üçünde eşlik eden kronik tıbbi bir hastalık vardır (Döngel & Demirkol, 2018; Happell ve ark., 2019). Kaliforniya'da elektronik sağlık kayıtlarının değerlendirildiği bir araştırmada şizofreni tanılı bireylerin diğer bireylere göre tüm fiziksel hastalıklar için 1,5 kat daha fazla riskli olduğu ortaya konmuştur (Bahorik ve ark., 2017). Danimarka'da şizofreni hastalarının ölümünde fiziksel hastalıkların etkisini inceleyen bir araştırmada, hastanın ölümünden önce fiziksel hastalık tanısının konulma oranının düşük olduğunu belirlenmiştir (Brink ve ark., 2018). Bu nedenle savunmasız grup olan şizofreni hastalarının fiziksel tıbbi hizmetlerine erişimlerinin önündeki engeller belirlenmeli ve hastaların fiziksel sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmalarını sağlayacak stratejilerin geliştirilmesi önemlidir.

Birleşik Krallık'ta şizofreni tanılı bireylerinde yer aldığı ciddi ruhsal hastalığına sahip bireylerle yürütülen nitel bir araştırmada, ruhsal hastalık belirtileri, hizmetlerin entegrasyonundaki eksiklikler, hasta katılımı ve kişiye özel yaklaşımın olmaması nedeniyle hastaların ağız sağlığı hizmetlerinden yararlanmasında zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada sağlık hizmeti sağlayıcıların etkili iletişim becerileri ve aile desteği fiziksel sağlık hizmetine erişimde kolaylaştırıcı olduğu saptanmıştır (Mishu ve ark., 2022). Diş sağlığı sorunları yaşadığını belirten birçok çalışma katılımcımızın benzer şekilde randevu bulamama ve öncelik tanınmaması nedeniyle sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Farklı bir bulgu olarak katılımcılarımız maddi yetersizlikler nedeniyle tedavi maliyetini karşılamamayı da bir zorluk olarak ifade etmiştir.

Antipsikotik ilaçların yan etkileri, etkileri, alkol veya madde kullanımına bağlı olarak şizofreni hastaları fiziksel sağlıklarıyla ilgili sorunlarını ve hastalık belirtilerini algılamakta ve yorumlamakta zorlanmaktadır (Karakuş ve ark., 2017; Summakoğlu & Ertuğrul, 2018). Bununla birlikte hastaların ağrıya karşı toleransı arttığı için hastalar fiziksel sağlık sorununu geç fark etmekte, buna bağlı olarak hastalık ilerlemiş olabilmektedir (Filipþiü & Filipþiü, 2018; İpekçioğlu & Kendirlioğlu, 2019). Bu durum, bireyin fiziksel sağlığının bozulmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve sağlık hizmetlerinin yükünün ve maliyetinin artmasına

neden olmaktadır (Gedik, 2019; Rivera Segarra ve ark., 2019; Zişan, 2019). Katılımcılarımız ağırlıklı olarak yakınları tarafından fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kurumuna yönlendirilmişlerdir. Bu bulgumuz, şizofreni hastalarının akut veya kronik fiziksel hastalık belirtilerini sağlıklı olma durumundan ayıramadıkları ve fiziksel hastalığı fark edemedikleri bilgisini desteklemektedir.

Şizofreni hastaları internet ve telefon gibi iletişim araçlarını etkin kullanamadıkları için fiziksel sağlık sorunlarına yönelik hangi hastaneye ve hangi branşa nasıl randevu alacakları bilgisine çoğunlukla sahip değildir (Gedik ve ark., 2020). Çalışma katılımcılarımızın çoğunun fiziksel sağlık sorunuyla ilgili hastaneden nasıl randevu alınabileceği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve hastane randevularının yakınları tarafından alındığı belirlenmiştir. Bu sonucumuza paralel şekilde farklı ülkelerde ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerle yürütülen çalışmalar, hastaların hastaneden nasıl randevu alınacağını bilmediklerini göstermektedir (Chadwick, Street, McAndrew & Deacon, 2012; Gedik, 2019). Bu çalışmalarda ortaya konan bulgulardan farklı olarak çalışmamızda hastaların fiziksel sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırıcı önemli bir faktörün, TRSM olduğu belirlenmiştir. TRSM'de takip edilen hastalarımız fiziksel sağlıkları ile ilgili bir sorun yaşadığında, merkezdeki sağlık profesyonelleri sağlık kurumundan randevu almada kendisine destek olmaktadır. Bu bulgu, ruh sağlığı ve fiziksel sağlık hizmetlerinin sunumunda entegresyonun olduğunu göstermesi açısından olumludur.

Çalışma katılımcılarımızın çoğunun fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgili takip ve tedavi süreçlerine katılımının düşük olduğu belirlenmiştir. Şizofreni hastalarının hastalık, tedavinin yararları ve riskleri hakkındaki bilgileri daha az anladıkları bildirilmektedir. Buna neden olan faktör, hastalarda görülen içgörü azlığı ve hezeyanların hastanın karar verme yeterliğini ciddi şekilde bozmasıdır. Ayrıca hastalarda görülen dikkat eksikliği, hatırlama güçlüğü ve problem çözme becerisinde bozulma, hastanın tedaviye karar verme kapasitesini azaltan diğer faktörlerdir (Aydın Er, 2009). Çalışma katılımcılarımızın karar verme yeterliğindeki bozulmalar, fiziksel hastalıklarıyla ilgili kararlara katılımını engellemiş olabilir. Fiziksel hastalığa ilişkin tıbbı karar vericinin, katılımcıların aile bireyleridir. Bu durum, hastaların fiziksel sağlık hizmetine erişimini desteklese de hastanın kendisiyle ilgili tıbbi karara katılımını olumsuz etkileyebilir. Şizofreni tanılı hastaların diğer hastalığa sahip bireyler gibi yapılacak tedaviler ve müdahaleler hakkında bilgilendirilmeli ve kendileriyle ilgili tıbbi kararlara katılımı sağlanmalıdır.

Sağlık kurumlarına ulaşımda ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin çoğu otobüsün nereden ve ne zaman kalktığına, nerede inmeleri gerektiğine ilişkin bilgilere sahip değildir. Ayrıca ulaşımda çok fazla araçla aktarma yapmak zorunda kalma veya toplu taşıma araçlarının kalabalık olması, bu hastaların sağlık kuruluşuna başvurmasını engelleyen diğer nedenlerdir (Chadwick, Street, McAndrew & Deacon, 2012; Gedik ve ark., 2020; Gedik, 2019). Çalışmamızda da katılımcıların sağlık kuruluşuna nasıl ulaşabileceği konusunda bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir. TRSM'de sağlık kurumlarına ulaşım konusunda bu hastalara bilgilendirmeler yapılabilir.

Şizofreni hastaları hastalık belirtileri ve ilaç yan etkilerine bağlı ortaya çıkan uyku problemleri, unutkanlık ve dikkat eksikliği gibi nedenlerle erken saatte olan hastane randevularına gitmekte zorlanmaktadırlar (Eskelinen ve ark., 2017). Türkiye'nin batısında ağır ruhsal bozukluk nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarla yürütülen nitel bir araştırmada, hastaların erken saatteki hastarane randevularına yetişemedikleri belirlenmiştir (Gedik, 2019). Bu sonuçlara benzer şekilde çalışmamızın katılımcıları da sabah saattlerindeki hastane randevularını unuttuklarını, bu randevulara yetişememe endişesi yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda şizofreni tanılı bireyler fiziksel sağlıklarıyla ilgili sağlık kurumuna başvurduğunda sanrı ve varsanı gibi hastalık belirtileri nedeniyle veya bu belirtilerin yoğun olduğu akut hastalık döneminde kendilerini ifade etmede zorlandıklarını, uzun bekleme süreleri ve sağlık kurumlarının olumsuz ortam koşulları nedeniyle tedavilerini yarım bıraktıklarını ve fiziksel sağlık sorunları için sağlık kurumlarına başvurmak istemediklerini belirtmiştir. Ayrıca bazı katılımcılar hekimlerin muayene sürelerinin kısa olduğunu ve fiziksel sağlık sorunlarına yönelik aldıkları tedavinin yeterli olmadığını ifade etmiştir. Hastaların daha önce fiziksel hastalığı nedeniyle gerekli tedaviyi ve beklediği özenli yaklaşımı almadığını düşünmesi, sonradan yaşadığı fiziksel sağlık sorununda hastaneye başvurmamasına neden olmuştur. Bu bulgu, önceki araştırmalarda ortaya konan ciddi psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin iletişim kurmada güçlük, sosyal izolasyon, pozitif ve negatif belirtiler nedeniyle fiziksel hastalık belirtilerini iletmekte zorlandıklarını ortaya koyan araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Eskelinen ve ark. 2017; Gedik, 2019).

Sağlık profesyonelleri şizofreni tanılı bireylerin fiziksel sağlık sorunlarını göz ardı ederek psikiyatrik durumlarına odaklanmaktadır (Gedik, 2019; Rivera-Segarra ve ark.,

2019). Ayrıca sağlık profesyonelleri tarafından fiziksel hastalık belirtilerinin psikosomatik belirtiler olarak değerlendirmesi hastaların sağlık hizmetlerine erişimindeki önemli bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır (Gedik ve ark, 2020; Kohn ve ark., 2022; Rivera-Segarra ve ark., 2019; Robert ve ark., 2021). Çalışma katılımcılarımız tarafından hekim veya hemşirelerin psikiyatrik hastalığa odaklanarak fiziksel sağlıklarının ihmal edildiğine ilişkin görüş bildirilmemiştir. Bu bulgunun, katılımcıların sağlık profesyonelleriyle ilgili görüş bildirmede çekingen davranmalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Sağlık profesyonelleri şizofreni hastalarını tehlikeli olarak algılamakta, bu algı hastaya sağlık hizmeti sunumunda isteksizliğe neden olarak hastaların almaları gereken hizmetin kalitesini düşürmektedir. Ayrıca hastalar sağlık profesyonellerinin fiziksel hastalık belirtilerini ciddiye almadıklarını ve söylediklerinin doğruluğundan şüphelendiklerini düşünmekte; tavırlarını aceleci, saygısız, kaba ve umursamaz bulmaktadırlar. Bu nedenlerden dolayı hastalar hastalık belirtilerini sağlık profesyonellerine yeterince iletmemekte ve fiziksel sağlık sorunları nedeniyle tekrar aynı kuruma gitmek istememektedir (Filipþiü & Filipþiü, 2018; Gedik, 2019; Gedik ve ark., 2020; Rivera Segarra ve ark., 2019). Kanada'lı araştırmacılar tarafından ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalayıcı tutumların hemşirelik bakımına etkisinin değerlendirildiği bir çalışma, damgalamanın kişi merkezli bakımı tehlikeye attığını ve hemşire ile hasta ilişkisini olumsuz etkilediği ortaya koymuştur (Tyerman, Patovirta, & Celestini, 2020). Sağlık profesyonellerinin şizofreni hastalarını damgalayarak ayrımcı tutum sergilemeleri, olumsuz etkileşimleri ve hastaların fiziksel sağlığına ilişkin yetersiz farkındalıkları, bu hastaların fiziksel sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını engellemektedir (Eskelinen ve ark., 2017; Rivera Segarra ve ark., 2019). Çalışma katılımcılarımızın da sağlık profesyonellerinin sert tutumundan ve kurdukları iletişimden rahatsızlık duydukları belirlenmiştir. Bu nedenle hastalar ilgili bölüme başvurmayı istemediklerini ve tedaviyi bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Şizofreni hastalarının damgalanmasını önlemeye yönelik müdahalelere rağmen sağlık profesyonelleri bu hastaları damgalamakta, onlara karşı kaba, umursamaz ve sert tutum göstermektedir (Filipþiü & Filipþiü, 2018; Rivera Segarra ve ark., 2019). Avustralya ve Amerika' da yürütülen çalışmalarda hastaların sağlık profesyonellerinden saygılı, güleryüzlü, ilgili ve anlayışlı olmalarını bekledikleri ve damgalanmadıklarını hissettikleri yaklaşım göstermelerini istedikleri ortaya konmuştur (Bocking ve ark., 2017; Happell ve ark., 2012). Çalışma katılımcılarımız da sağlık profesyonellerinin nazik, samimi, saygılı ve güler yüzlü olmalarını istedikleri, kendileriyle konuşmalarını ve şikâyetleri ile ilgili soru sormalarını bekledikleri

belirlenmiştir. Ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin damgalama, etkili iletişim ve fiziksel sağlık konularında farkındalıklarını artıracak farklı eğitim stratejileri, şizofreni tanılı bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırabilir.

Sağlık sitemine ilişkin engeller arasında sağlık hizmetlerinin fiziksel ve psikiyatrik hizmetler olarak iki ayrı ayakta sunulması, bu iki hizmet arasında koordinasyonun olmaması ve şizofreni bozukluğu olan hastaların fiziksel sağlık sorunlarıyla kimin ilgileneceği konusunda belirli bir görev tanımının olmaması yer almaktadır (Berry, Drake, & Yung, 2020; Filipþiü & Filipþiü, 2018; Montaj, 2010; Riverra segara ve ark., 2019). Çalışmamızda katılımcılar tarafından fiziksel ve psikiyatrik hizmetlerin ayrı sunulmasına ilişkin bir engel bildirilmemiştir. TRSM'de takip edilen hastalara fiziksel sağlıklarına ilişkin yılda bir kan tahlili yapılmakta ve bu tahlil sonuçlarına göre hastalar gereksinimleri doğrultusunda sağlık kurumlarına ve ilgili birimlerine yönlendirilmektir. Hastaların gereksinimleri olan klinik birimlerdeki randevuları TRSM'de çalışan sağlık profesyonelleri tarafından alınmaktadır. Hastaların fiziksel sağlık kontrollerinin düzenli yapılması, katılımcılarımızın sağlık hizmetlerine erişimlerinde önemli bir kolaylaştırıcı olarak belirlenmiştir.

Çalışma katılımcılarımızın çoğunun fiziksel sağlık sorunlarına yönelik sağlık kurumuna başvurmak istemediği belirlenmiştir. Bu durum, önceki çalışmalarda ortaya konan şizofreni hastalarının fiziksel sağlık kaynaklarını yetersiz kullandıkları sonucuyla tutarlılık göstermektedir (Björk Brämberg, Torgerson, Norman Kjellström, Welin & Rusner, 2018; Gur ve ark. 2018). Fiziksel sağlık kaynakların yetersiz kullanımı sonucunda hastaların fiziksel sağlıkları kötüleşmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Fiziksel sağlığa ilişkin kaynaklardan hastaların yeterinde yararlanamamasının nedenleri; sağlık hizmeti sunan kurumların uzak olması, kurama ulaşım ve randevu alma güçlüğü, kalabalık hastane ortamı, uzun bekleme süreleri ve hastaya ayrılan sürenin kısıtlı olmasıdır (Filipþiü & Filipþiü, 2018; Gedik, 2019). Çalışmamızda katılımcılar kendileri için uygun olan zamanda hastane randevusu alamadıklarını veya geç randevu alabildiklerini, muaene veya yapılacak işlemler için uzun süre beklediklerini ve kalabalık ortama maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcılar randevularını beklerken diğer hastalara göre daha olumsuz etkilendiklerini ve hastalık belirtileri nedeniyle sinirlendiklerini ve hareketlerini kontrol etmekte güçlük yaşadıklarını ifade etmiştir. Şizofreni tanılı bireylerin sağlık kurumlarına kolay ulaşımının sağlanması, randevu sisteminin hızlı ve düzenli işlemesi, randevularda öncelik tanınması bu hastaların fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesi açısından yararlı olacaktır.

Çalışmamızda katılımcıların ekonomik nedenlerden dolayı özel hastanelerdeki muayene ve ilaç masraflarını karşılamakta ve gerekli olan tıbbi cihazları almakta zorlandıkları belirlenmiştir. Avustralya (Chadwick ve ark., 2012), Amerika (Eskelinen ve ark., 2017) ve Türkiye (Gedik, 2019) gibi farklı ülkelerde yürütülen çalışmalarda da şizofreni tanılı bireylerin işsizlik ve sağlık sigortasının olmayışı gibi ekonomik sorunlar nedeniyle tıbbi tedavi ve ilaç masraflarını karşılamada zorlandıkları ortaya konmuştur. Çalışmamızda katılımcılar aldıkları engelli kartıyla toplu taşıma araçlarını ücretsiz kullandıklarını ve böylece fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgili sağlık kurumuna ulaşımlarının kolaylaştığını belirtmişledir. Eskelinen ve ark. (2017) ile Gedik (2020) sağlık sigortasının, engelli raporunun ve engelli kartının olmasının bu hasta grubunun fiziksel sağlık sorunuyla ilgili sağlık kurumuna erişimini kolaylaştırdığını bildirmektedir. Farklı olarak katılımcılarımız fiziksel bir engelleri olmamasına rağmen engelli kartıyla ücretsiz toplu taşıma araçlarını kullanmaları nedeniyle diğer bireylerin olumsuz tutumlarıyla karşı karşıya kaldıklarını belirtmişledir.

Sağlık hizmeti sunan birimlerde görev yapan sağlık profesyonellerinin destekleyici tutumları ile ailelerin şizofreni hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişiminde, tanı ve tedavi sürecinin takibinde kolaylaştırıcı rolü vardır (Gedik, 2020). Yetersiz sosyal destek, sosyal izolasyon ve yalnız yaşama, şizofreni hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşamalarına neden olmaktadır (Chadwick ve ark., 2012; Eskelinen ve ark., 2017; Gedik, 2019). Çalışmamızda önceki araştırma sonuçlarına (Gedik, 2020; Happell ve ark., 2017) benzer şekilde şizofreni tanılı bireylerin ailelerinden aldıkları destek fiziksel sağlık hizmetine erişimde önemli bir kolaylaştırıcıdır. Aile üyeleri, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında duygusal ve sıklıkla maddi destek sağlamaktadır (Gedik, 2020). Aileler, katılımcılarımızın fiziksel hastalıklarını fark etmelerinde, ilgili bölüm, hekim ve hastane seçiminde, sağlık kuruluşuna ulaşımda, randevu sırasında beklemede, muayene sırasında hastanın durumunu ifade etmesinde, fiziksel sağlığın takip ve tedavisinde hem maddi hem de manevi yönden büyük bir destekçi konumundadır. Literatürde ailelerin şizofreni tanısı olan bireylerin kaliteli fiziksel sağlık hizmeti almasında kilit öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle aileler, şizofreni hastalarının yaşadığı sorunların çözümünde donanımlıdır ve hastalarının sağlık hizmetine erişim sorunlarının çözümü için geliştirilecek stratejilere ciddi katkılar sağlayabilirler (Happell ve ark, 2017). Avustralya'da yürütülen nitel bir çalışma sonucu ciddi

ruhsal hastalığa sahip bireylere kaliteli ruh sağlığı hizmeti sunumunda hastaların bakım vericilerinin kilit öneme sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamında daha iyi bir fiziksel sağlık hizmeti alabilmeleri için katılımcıların beklentilerin neler olduğu değerlendirilmiştir. Katılımcılarımızın bu konudaki beklentileri; fiziksel hastalıkları için hastaneden daha hızlı randevu alma, muayene ve tıbbi işlemlerin daha kısa süre sürmesi, tıbbi tedavi ve bakım maliyetinin karşılamada kendilerine destek olunmasıdır. Sağlık kurumlarda görevli sağlık profesyoneli sayısı yetersizliği nedeniyle iş yükü fazladır ve hastalara ayrılan süre zaman kısıtlıdır. Bu durum, şizofrenili bireylerin ayrıntılı fizik muayenesinin yapılmasını zorlaştırmaktadır (Hennessy & Cocoman, 2018). Çalışma katılımcılarımızın bekledikleri fiziksel sağlık hizmetini alamamaları alanda çalışan yeterli sağlık profesyoneli olmamasıyla ilişkili olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni tanılı bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerine ilişkin deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yürüttüğümüz bu tez çalışmasından elde ettiğimiz sonuçlar şunlardır:

Şizofreni tanılı bireylerin;

- Şizofreni belirtileri ve ilaç yan etkileri nedeniyle fiziksel sağlık sorunlarını fark etmede ve yorumlamada güçlük yaşadıkları,
- Fiziksel sağlık sorunlarına yönelik hangi bölüme, nasıl randevu alındığı ve nasıl ulaşılacağı bilgisine çoğunlukla sahip olmadıkları,
- Sağlık kurumlarının uzak olması ve sağlık profesyonellerinin damgalayıcı ve sert tutumu nedeniyle fiziksel sağlık sorunları için kuruma başvurmaktan kaçındıkları,
- Sağlık kurumlarının kalabalık olması ve uzun bekleme sürelerinin tedavi almalarını güçleştirdiği,
- Şizofreni belirtileri nedeniyle sağlık personeline kendilerini ifade etmekte zorlandıkları ve
- Fiziksel hastalığın tedavisiyle ve tıbbi cihazla ilgili masrafları karşılayamadıkları için fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşadıkları,
- Fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerinlerinde ailelerinden aldıkları desteğin ve Sağlık bakanlığı tarafından sağlanan engelli kartının öne çıkan kolaylaştırıcılar olduğu,
- Tıbbi tedavi ve bakım masraflarını karşılamada maddi desteğe, sağlık profesyonellerinin destekleyici ve olumlu yaklaşımına gereksinim duydukları

sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma sonuçlarımıza dayanarak sunduğumuz öneriler şunlardır:

Şizofreni tanılı bireylere ve ailelerine fiziksel sağlık sorunlarını fark etmelerini sağlayacak eğitimler verilmelidir. Bu hastalara sağlık kurumlarından randevu almalarında ve tedavi sürecinde öncelik tanınmalıdır. Hastaların sağlık kurumuna ulaşabileceği servis hizmeti sağlanmalı ve fiziksel sağlık hizmetlerini alabilecekleri uygun ortam koşulları oluşturulmalıdır. Hastalar engelli haklarının ne olduğu ve bu hakları nasıl kullanabilecekleri konusunda bilinçlendirilmelidir. Ayrıca hastalara hizmet sunan sağlık profesyonellerinin ve

toplumun da şizofreni tanılı bireylerin hakları konusunda farkındalığı artırılmalıdır. Sağlık hizmetinin sununmunda tedavi, ilaç ve tıbbi cihaza ilişkin ücret farkı bu hasta grubu için özelleştirilmeli veya bireylere maddi sağlık desteği verilmelidir.

Sağlık profesyonellerinin şizofreni hastalığı olan bireyleri tedavi etme konusundaki isteksizlikleri giderilmeli ve bu hastalarla etkili iletişim kurma becerileri geliştirilmelidir. Ruh sağlığı profesyonellerinin ve birinci basamakta görevli pratisyen hekimlerin, şizofrenide fiziksel sağlık konusunda farkındalığı artırılmalıdır. Güncel araştırma verileriyle ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerde artan fiziksel hastalık ve ölüm oranı hakkında bilgiler, bu hastalarla temas halinde olan sağlık profesyonellerine çok iyi anlatılmalıdır. Diğer yandan ruh sağlığı uzmanlık ve mesleki eğitim programlarına şizofreni özelinde fiziksel sağlığa vurgu yapan eğitimler eklenmelidir.

Sağlık profesyoneli sayındaki yetersizlik nedeniyle hastalara ayrılan zamanın sınırlı olması şizofreni hastalarının sağlık sorununu ifade edememesine, tanı ve tedavi süreçlerinin aksamasına veya fiziksel sağlıkları için sağlık kurumlarına başvurmamalarına neden olmaktadır. Şizofrenili bireylere bütüncül sağlık hizmeti sunumunu sağlayacak sağlık profesyonelinin istihdamı konusunda planlamalar yapılmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin fiziksel ve ruh sağlığı hizmetleri olarak ayrı sunulması ve bu iki hizmet arasında yeterli koordinasyonun olmaması gibi sağlık sistemine ilişkin engeller, şizofreni hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı ve fiziksel sağlık hizmetleri arasında etkin bir entegrasyon geliştirilmelidir. Şizofreni hastalarının fiziksel sağlık bakımından sorumlu olarak tanımlanan bir sağlık profesyoneli olmalıdır. Bunun yanı sıra fiziksel sağlık sorunlarının erken dönemde belirlenebilmesi için hastalar rutin aralıklarla standart bir tarama programından geçirilmelidir. Fiziksel hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan antipsikotik ilaç seçimi ve antipsikotik kullanan hastaların yönetimi ile ilgili kılavuzlar, tüm ruh sağlığı alanındaki profesyoneller tarafından bilinmeli ve uygulanmalıdır.

Şizofreni tanısı olan bireylerin fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesinde psikiyatri hemşireleri önemli bir konumdadır. Psikiyatri alanında çalışan hemşirelere şizofreni hastalarında fiziksel sağlığın değerlendirilmesine yönelik hemşirenin sorumlulukları çok iyi anlatılmalı ve bu sorumlulukları yerine getirmedeki deneyimleri değerlendirilmelidir.

Şizofreni tanısı olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimleri konusunda hasta yakınları ve hastaların tedavi ve bakımından sorumlu sağlık profesyonelleriyle yürütülecek

çalışmalar, konuya ilişkin engellerin daha iyi anlaşılmasını ve uygun çözüm önerilerinin geliştirilmesini sağlayabilir. Özellikle TRSM'de hastayı takip eden psikiyatrist ve psikiyatri hemşireleriyle yürütülecek çalışmalar, fiziksel sağlığa ilişkin müdahalelerin ruh sağlığı hizmetlerine entegresyonuda etkili olabilir.

7. KAYNAKLAR

Alkelai, A., Greenbaum, L., Lupoli, S., Kohn, Y., Sarner-Kanyas, K., Ben-Asher, E., … Lerer, B. (2012). Association of the type 2 diabetes mellitus susceptibility gene, TCF7L2, with scizophrenia in an Arab-Israeli family sample. *PLoS ONE, 7*(1), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0029228.

Arabacı, L.B. (2020). *Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı Kitabı* (1. Baskı), Ankara; Nobel Tıp Kitabevi Yayıncılık.

Archibald, L., Brunette, M. F., Wallin, D.J., & Green, A.I. (2019). Alcohol use disorder and schizophrenia or schizoaffective disorder. *Alcohol Research*, *40*(1), 1-7. doi: 10.35946/arcr.v40.1.06.

Arnaiz, A., Zumárraga, M., Díez-Altuna, I., Uriarte, J. J., Moro, J., & Pérez-Ansorena, M.A. (2011). Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research, 188*(1), 24-28. doi: 10.1016/j.psychres.2010.09.012.

Ashworth, M., Schofield, P., & Das-Munshi, J. (2017). Physical health in severe mental illness. *British Journal of General Practice, 67*(663), 436-437. doi:10.3399/bjgp17x692621.

Ayano, G. (2015). Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *Journal of Schizophrenia Research, 3*(2), 1-7.

Aydın Er, R. (2009). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Karar Verme Yeterliği (Doktora tezi). Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kocaeli.

Azimi Manavi, B., Stuart, A.L., Pasco, J.A., Hodge, J.M., Samarasinghe, R.M., Weerasinghe, D.K. & Williams, L.J. (2023). Use of antipsychotic medication and its relationship with bone mineral density: a population-based study of men and women. *Front Psychiatry,5*(13), 1-6. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1004366.

Bauer-Staeb, C., Jörgensen, L., Lewis, G., Dalman, C., Osborn, D.P.J.& Hayes, J.F. (2017). Prevalence and risk factors for HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a total population study of Sweden. *Lancet Psychiatry, 4*(9), 685-693. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30253-5.

Bay, Ü.S. & Yılmaz, E. (2021). Ruhsal bozukluklarda fiziksel aktivite ve egzersizin etkileri. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi, 3*(2), 438- 446.

Bennett, M.E., Bradshaw, K.R., & Catalano, L.T. (2016). Treatment of substance use disorders in schizophrenia. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 43*(4), 377-390. doi: 10.1080/00952990.2016.1200592.

Berry, A., Drake, R.J., & Yung, A.R. (2020). Examining healthcare professionals' beliefs and actions regarding the physical health of people with schizophrenia. *BMC Health Services Research, 20*(1), 2-9. doi: 10.1186/s12913-020-05654-z.

Binbay, T., Ulas, H., Elbi, H.& Alptekin, K. (2011). Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi,22*(1), 40-52.

Björk Brämberg, E., Torgerson, J., Norman Kjellström, A., Welin, P., & Rusner, M. (2018). Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Family Practice, 19*(1), 1-11. doi: 10.1186/s12875-017-0687-0.

Bocking, J., Ewart, S.B., Happell, B., Platania-Phung, C., Stanton, R., & Scholz, B. (2018). "Here if you need me": Exploring peer support to enhance access to physical health care. *Journal of Mental Health*, *27*(4), 329-335. doi: 10.1080/09638237.2017.1385741.

Bahorik, A.L., Satre, D.D., Kline-Simon, A.H., Weisner, C.M., & Campbell, C.I. (2017). Serious mental illness and medical comorbidities: findings from an integrated health care system. *Journal of Psychosomatic Research*, *100*, 35-45. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.07.004.

Boşgelmez, S. & Yıldız, M. (2017). Cigarette consumption and related factors in schizophrenia, schizoaffective disorder and delusional disorder. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,* 30(3), 233-242. doi: 10.5350/DAJPN2017300307 .

Brink, M., Green, A., Bojesen, A. B., Lamberti, J. S., Conwell, Y., & Andersen, K. (2018). Excess medical comorbidity and mortality across the lifespan in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 206,* 347-354. doi: 10.1016/j.schres.2018.10.020.

Brunero, S. & Lamont, S. (2009). Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing, 18*(2), 144-150. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00595.x.

Candan İ.E. (2019). Kronik Şizofreni Hastalarında Bilişsel İçgörü, Yeti Yitimi Ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Carney, C.P., Jones, L. & Woolson, R.F. (2006). Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *Journal of General Internal Medicine, 21*(11), 1133-1137. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00563.x.

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.

Chang, C.K., Chen, P.H., Pan, C.H., Su, S.S., Tsai, S.Y., Chen, C.C., & Kuo, C.J. (2020). Antipsychotic medications and the progression of upper respiratory infection to pneumonia in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *222*, 327-334. doi: 10.1016/j.schres.2020.05.013.

Charlson, F.J., Ferrari, A.J., Santomauro, D.F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J.G., McGrath, J.J. & Whiteford, H.A. (2016). Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study. *Schizophrenia Bulletin, 44*(6), 1195-1203. doi: 10.1093/schbul/sby058.

Chen, J., Chen, R., Xiang, S., Li, N., Gao, C., Wu, C., ... Li, Z. (2020). Cigarette smoking and schizophrenia: Mendelian randomisation study. *The British Journal of Psychiatry*, *218*(2), 98-103. doi: 10.1093/schbul/sbaa009.

Chen, Y.L., Pan, C.H., Chang, CK., Chen, P.H., Chang, H. M., Tai, M.H., ... Kuo, C.J. (2020). Physical illnesses before diagnosed as schizophrenia: a nationwide case-control study. *Schizophrenia Bulletin*, *46*(4), 785-794. doi: 10.1093/schbul/sbaa009.

Chouinard, V.A., Pingali, S.M., Chouinard, G., Henderson, D.C., Mallya, S.G., Cypess, A.M. & Öngür, D. (2016). Factors associated with overweight and obesity in schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorders. *Psychiatry Research, 237*, 304-310. doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.024.

Citrome, L., Jaffe, A., Levine, J. & Martello, D. (2006). Incidence, prevalence, and surveillance for diabetes in New York State psychiatric hospitals, 1997-2004. *Psychiatric Service, 57*(8):1132-1139. doi: 10.1176/ps.2006.57.8.1132.

Cohen, D., & De Hert, M. (2011). Endogenic and iatrogenic diabetes mellitus in drug-naïve schizophrenia: the role of olanzapine and its place in the psychopharmacological treatment algorithm. *Neuropsychopharmacology*, *36*(11), 2368-2369.

Connolly, M., & Kelly, C. (2005). Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, *11*(2), 125-132.

Coustals, N., Martelli, C., Brunet-Lecomte, M., Petillion, A., Romeo, B., & Benyamina, A. (2020). Chronic smoking and cognition in patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *222*, 113-121. doi: 10.1016/j.schres.2020.03.071.

Cotton, C.C., Farkas, D.K., Foskett, N., Sørensen, H.T., Milosavljevic-Ristic, S., Balas, B., & Ehrenstein, V. (2019). Risk of upper gastrointestinal bleeding and gastroduodenal ulcers in persons with schizophrenia: a danish cohort. *Clinical and Translational Gastroenterology, 10*(2), 1-7. doi: 10.14309/ctg.0000000000000000.

Cui, Z., Meng, X., Zhuang, S., Liu, Z., Zhou, F., & Tian, Y. (2019). Schizophrenia, bipolar disorder, and Alzheimer's Disease are not causal factors of bone mineral density: a mendelian randomization analysis. *Calcifed Tissue International, 106*(2), 131-146. doi: 10.1007/s00223-019-00625-x.

Çelik Ince, S., Partlak Günüşen, N., & Serçe Ö. (2018). 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, 25*(4), 245-257. doi: 10.1111/jpm.12456.

Çetin, M. (2015). Şizofreni tedavisi: dünü, bugünü ve geleceği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 25*(2), 95-99. doi: 10.5455/bcp.20150630080048.

Danış Y. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Duygu Dışavurumlarının Değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

Denis, F., Rouached, I., Siu-Paredes, F., Delpierre, A., Amador, G., El-Hage, W. & Rude, N. (2021). Psychometric properties of the schizophrenia oral health profile: preliminary results. *International Journal of Environmental Research and Public, 18*(9090), 2-14. doi: 10.3390/ ijerph18179090

Dipasquale, S., Pariante C.M., Dazzan, P., Aguglia, E., McGuire, P. & Mondelli, V. (2013). The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. *Journal of Psychiatric Research, 47*(2),197-207. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.10.005.

Divac, N., Prostran, M., Jakovcevski, I., & Cerovac, N. (2014). Second-generation antipsychotics and extrapyramidal adverse effects. *BioMed Research International, 14*(3) 1-6. doi: 10.1155/2014/656370.

Demirel, B.D., Demirkol, M.E. (2018). Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal, 43*(4), 892-902. doi: 10.17826/cumj.396313.

Demirel B. D., Tamam, L. & Kır, G. (2017). Şizofrenide görülen tıbbi durumlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9*(3), 363-378. doi:10.18863/pgy.288680.

Demir Küçükköseler A. (2022). Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni Ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uymama Ve Tedaviyi Sürdürememelerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi (Yüksek lisans tezi). Karatay Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Konya.

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*(83), 1-9. doi: 10.1186/s12913-015-0744- 0.

Erginer, D. K. & Günüşen, N. P. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: İhmal edilen bir alan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 6*(3), 159-164.

Eroğlu T. (2018). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Bilgi Ve Görüşleri İle İlaç Uyum Ve Genel Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek lisans tezi). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara.

Eskelinen, S., Sailas, E., Joutsenniemi, K., Holi, M., Koskela, T.H., & Suvisaari, J. (2017). Multiple physical healthcare needs among outpatients with schizophrenia: findings from a health examination study. *Nordic Journal of Psychiatry, 71*(6), 448-454. doi: 10.1080/08039488.2017.1319497.

Eskelinen, S., Suvisaari, J.V.J., & Suvisaari, J. M. (2020). Physical health examination in outpatients with schizophrenia: the cost effectiveness of laboratory screening tests. *Annals of General Psychiatry, 19*(1). 70. doi: 10.1186/s12991-020-00321-3.

Ezeoke, A., Mellor, A., Buckley, P., & Miller, B. A. (2013). Systematic, quantitative review of blood autoantibodies in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 150*(1), 245-51. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.029.

Fatani, B. Z., Aldawod, R., Alhawaj, A., Alsadah, S., Slais, F.R., Alyaseen, E. N., … Qassaim, Y.A. (2017). Schizophrenia: etiology, pathophysiology and management-a review. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine, 69*(6), 2640-2646.

Fernández Guijarro, S., Pomarol-Clotet, E., Rubio Muñoz, M. C., Miguel García, C., Egea López, E., Fernández Guijarro, R., … Rigol Cuadra, M. A. (2019). Effectiveness of a community-based nurse-led lifestyle-modification intervention for people with serious mental illness and metabolic syndrome. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(6), 1328-1337. doi: 10.1111/inm.12644.

Filipþiü, I.S., & Filipþiü, I. (2018). Schizophrenia and physical comorbidity. *Psychiatria Danubina, 30*(4), 152-157. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.

Fındıkoğlu S. (2015). Şizofrenik Hastalarda Müzik Terapinin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri (Yüksek lisans tezi). Medipol Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Ganiah, A.N., Al-Hussami, M., & Alhadidi, M.M.B. (2017). Mental health nurses attitudes and practice toward physical health care in jordan. *Community Mental Health Journal, 53*(6), 725-735. doi: 10.1007/s10597-017-0143-6.

Gedik, M.M., Günüşen, N.P., Çelik, S. (2018). Experiences of individuals with severe mental illnesses about physical health services: a qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing, 34*, 237-243. doi: 10.1016/j.apnu.2020.04.004.

Gervaix, J., Haour, G., Michel, M., & Chevreul, K. (2018). Impact of mental illness on care for somatic comorbidities in France: a nation-wide hospital-based observational study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 1,* 13. doi: 10.1017/s2045796018000203.

Gezgin Yazıcı, H., Şahiner, İ.V., Didin, M. & Öner, S. (2022). Weight gain, mental symptoms and self-esteem in patients with schizophrenia. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14*(1), 100-109. doi: 10.18863/pgy.1113719.

Goh K.K., Chen C.Y., Wu, T.H., Chen C.H. & Lu, M.L. (2022). Crosstalk between schizophrenia and metabolic syndrome: the role of oxytocinergic dysfunction. *International Journal of Molecular Sciences***,** *23*(7092), 2-32. doi: 10.3390/ijms23137092.

González-Rodriguez, A., Labad, J., & Seeman, M. V. (2020). Schizophrenia and cancer. *Current Opinion İn Supportive and Palliative Care, 14*(3), 232-238. doi: 10.1097/spc.0000000000000512.

Gönüllüoğlu N. (2011). Şizofreni Hastalarına Verilen Psikososyal Beceri Eğitiminin Hastaların İşlevsel İyileşme Düzeylerine Etkisi(Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Gaziantep.

Gur, S., Weizman, S., Stubbs, B., Matalon, A., Meyerovitch, J., Hermesh, H., & Krivoy, A. (2018). Mortality, morbidity and medical resources utilization of patients with schizophrenia: A case-control community-based study. *Psychiatry Research, 260,* 177-181. doi: 10.1016/j.psychres.2017.11.04.

Gündoğan B. (2019). Şizofreni Hastalarında Dürtüsellik, Sigara Bağımlılığı, Bakım Veren Külfeti İlişkisinin İncelenmesi (Uzmanlık Tezi). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.

Glowacki, K., Weatherson, K., & Faulkner, G. (2018). Barriers and facilitators to health care providers' promotion of physical activity for individuals with mental illness: a scoping review. *Mental Health and Physical Activity, 16*(2), 152-168.doi: 10.1016/j.mhpa.2018.10.006.

Gurusamy, J., Gandhi, S., Damodharan, D., Ganesan, V. & Palaniappan, M. (2018). Exercise, diet and educational interventions for metabolic syndrome in persons with schizophrenia: a systematic review. *Asian Journal of Psychiatry, 36*, 73-85. doi: 10.1016/j.ajp.2018.06.018.

Grant, R.K., Brindle, W.M., Donnelly, M.C., McConville, P.M., Stroud, T.G., Bandieri, L., & Plevris, J.N. (2022). Gastrointestinal and liver disease in patients with schizophrenia: a narrative review. *World of Journal Gastroenterology, 28*(38), 5515-5529. doi: 10.3748/wjg.v28.i38.5515.

Gürcan, G., Hun Şenol, S., Anıl Yağcıoğlu, E., Karahan, S. & Ertuğrul, A. (2021). Klozapine bağlı sık görülen yan etkiler ve metabolik sendrom: klinik değişkenlerle ve yeti yitimiyle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 32*(2), 87-99. doi: 10.5080/u257372.

Hachim, I.Y., López Ozuna, V.M., Hachim, M.Y., Lebrun, J.J., & Ali, S. (2019). Concomitant expression of prolactin receptor and TGFβ receptors in breast cancer: Association with less aggressive phenotype and

favorable patient outcome. *International Journal of Molecular Sciences, 20*(7), 2-12. doi: 10.3390/ijms20071640.

Haddad P. (2005). Weight change with atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Journal Psychopharmacology, 19*(6), 16-27. doi: 10.1177/0269881105058378.

Happell, B., Ewart, S.B., Platania-Phung, C., Stanton, R. (2016). Participative mental health consumer research for improving physical health care: an integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*, 399-408. doi: 10.1111/inm.12226.

Happell, B., Gaskin, C.J., & Stanton, R. (2015). Addressing the physical health of people with serious mental illness: a potential solution for an enduring problem. *International Journal of Social Psychiatry, 62(*2), 201-202. doi: 10.1177/0020764015621771.

Happell, B., Platania-Phung, C., Bocking, J., Ewart, S.B., Scholz, B., & Stanton, R. (2019). Consumers at the centre: interprofessional solutions for meeting mental health consumers' physical health needs. *Journal of Interprofessional Care*, *33*(2), 226-234. doi: 10.1080/13561820.2018.1516201.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2014). What determines whether nurses provide physical health care to consumers with serious mental illness? *Archives of Psychiatric Nursing, 28*(2), 87-93. doi: 10.1016/j.apnu.2013.11.001.

Happell, B., Platania-Phung, C., Watkins, A., Scholz, B., Curtis, J., Goss, J., … Stanton, R. (2019). Developing an evidence-based specialist nursing role to ımprove the physical health care of people with mental ıllness. *Issues in Mental Health Nursing, 40*(10), 832-838. doi: 10.1080/01612840.2019.1584655.

Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., Nankivell, J. (2012). Rural physical health care services for people with serious mental illness: a nursing perspective. *The Australian Journal of Rural Health, 20*, 248–253.

Happell, B., Wilson, K., Platania-Phung, C., & Stanton, R. (2016). Physical health and mental illness: listening to the voice of carers. *Journal of Mental Health, 26*(2), 127–133. doi: 10.3109/09638237.2016.1167854.

Hatipoğlu, H., Güler, B., & Hatipoğlu, M.G. (2019). Psikiyatri ve diş Hekimliği: Eksik yaklaşılan bağlantı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(1), 33-40.

Heald, A. Pendlebury, J., Anderson, S., Narayan, V., Guy, M., Gibson, M., Haddad, P. & Livingston, M. (2017). Lifestyle factors and the metabolic syndrome in Schizophrenia: a cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry, 16*(12), 2-7. doi: 10.1186/s12991-017-0134-6.

Hennessy, S., & Cocoman, A. M. (2018). What is the impact of targeted health education for mental health nurses in the provision of physical health care? An integrated literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, *39*(8), 700-706. doi: 10.1080/01612840.2018.1429509.

Hjorth, P., Medici, C.R., Juel, A., Madsen, N.J., Vandborg, K., & Munk-Jørgensen, P. (2017). Improving quality of life and physical health in patients with schizophrenia: a 30-month program carried out in a real-life setting. *International Journal of Social Psychiatry, 63*(4), 287-296. doi: 10.1177/0020764017702172.

Holt, R.I.G. (2015). The prevention of diabetes and cardiovascular disease in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 132*(2), 86-96. doi: 10.1111/acps.12443.

Ijaz, S., Bolea, B., Davies, S., Savović, J., Richards, A., Sullivan, S., & Moran, P. (2018). Antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome in schizophrenia: a review of systematic reviews. *BMC Psychiatry, 18*(1), 2-13. doi: 10.1186/s12888-018-1848-y.

International Diabetes Federation (IDF), 2019. IDF Diabetes Atlas Ninth Edition 2019, 4-152.

İmer Aras, H. (2013). Şizofrenide alkol madde kullanım bozuklukları eş tanısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5*(3), 260-275. doi: 10.5455/cap.20130517.

İpekçioğlu, D. & Kök Kendirlioğlu, B. (2019). Physical comorbidity and causes of death among schizophrenia patients: a retrospective descriptive study. *Bakırköy Tıp Dergisi, 15,* 103-109. doi: 10.4274/BTDMJB.

Jaaro Peled, H. & Sawa, A. (2020). Neurodevelopmental factors in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America, 43*(2), 263-274. doi: 10.1016/j.psc.2020.02.010.

Jakobsen, A.S., Speyer, H., Nørgaard, H.C.B., Karlsen, M., Hjorthøj, C., Krogh, J., … Toft, U. (2018). Dietary patterns and physical activity in people with schizophrenia and increased waist circumference. *Schizophrenia Research, 199*, 109-115. doi: 10.1016/j.schres.2018.03.016.

Janoutová, J., Janácková, P., Serý, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalová, M., … Janout, V. (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters, 37*(1), 1-8.

Jeon, S., & Kim, Y.K. (2017). Unresolved ıssues for utilization of atypical antipsychotics in schizophrenia: antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome. *International Journal of Molecular Sciences, 18*(2174), 2-16. doi:10.3390/ijms18102174

Kalinowska, S., Trze´sniowska Drukała, B., Kłoda, K., Safranow, K., Misiak, B., Cyran, A., & Samochowiec, J. (2021). The association between lifestyle choices and schizophrenia symptoms. *Journal Clinic Medicine, 10*(165), 2-11. doi: 10.3390/ jcm10010165.

Kim, M. (2013). Understanding the etiology and treatment approaches of schizophrenia: theroretical perspectives and their critique. *Open Journal of Psychiatry, 6*(4), 253- 261. doi: 10.4236/ojpsych.2016.64030.

Kohn, L., Christiaens, W., Detraux, J., De Lepeleire, J., De Hert, M., Gillain, B., ... & Jespers, V. (2022). Barriers to somatic health care for persons with severe mental illness in Belgium: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, *12,* 798530. doi: 10.3389/fpsyt.2021.798530.

Köroğlu, A., & Hocaoğlu, Ç. (2017). Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7* (3), 170-175.

Kulkarni, D.P., Kamath, V.D. & Stewart, J.T. (2017). Swallowing disorders in schizophrenia. *Dysphagia, 32*, 467–471. doi: 10.1007/s00455-017-9802-6.

Kuo, C.M., Liao, W.J., Huang, C.C., Lan, T.H., Lin, C.H., Wang, S.P., Lee, C.H. & Lui, P.W. (2020). Antipsychotic medication in schizophrenic patients is associated with higher risks of developing bone fractures and refractures. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 18*(4), 562-570. doi: 10.9758/cpn.2020.18.4.562.

Kritharides, L., Chow, V., & Lambert, T. J. (2017). Cardiovascular disease in patients with schizophrenia. *The Medical Journal of Australia, 206*(2), 91-95. doi: 10.5694/mja16.00650.

Lau, G., Murphy, J., Chaudhury, N., & Agius, M. (2019). Physical health checks in patients on antipsychotic medication. *Psychiatria Danubina*, *31*(3), 608-612.

Laursen, T.M. (2019). Causes of premature mortality in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, *32*(5), 388-393. doi: 10.1097/yco.0000000000000530.

Lerbæk, B., McCloughen, A., Lauritsen, M. B., Aagaard, J., Nordgaard, J., & Jørgensen, R. (2020). Barriers and possible solutions to providing physical health care in mental health care: a qualitative study of Danish key informants' perspectives. *Issues in Mental Health Nursing*, *42*(5), 463-472. doi: 10.1080/01612840.2020.1823537.

Lerbæk, B., Jørgensen, R., Aagaard, J., Nordgaard, J., & Buus, N. (2018). Mental health care professionals' accounts of actions and responsibilities related to managing physical health among people with severe mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing, 33*(2), 174-181.doi: 10.1016/j.apnu.2018.11.006.

Lundström, S., Jormfeldt, H., Hedman Ahlström, B., & Skärsäter, I. (2020). Mental health nurses' experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness. *International journal of mental health nursing*, *29*(2), 244-253. doi: 10.1111/inm.12669.

Liao, C.H., Chang, C.S., Chang, S.N., Muo, C.H., Lane, H.Y., Sung, F.C., & Kao, C.H. (2014). The association of peptic ulcer and schizophrenia: a population-based study. *Journal of Psychosomatic Research,* 77(6), 541-546. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.08.

Li, X., Zhou, W., & Yi, Z. (2022). A glimpse of gender differences in schizophrenia. *General Psychiatry*, *35*(4), e100823. doi: 10.1136/gpsych-2022-100823.

Lluch, E., & Miller, B.J. (2019). Rates of hepatitis B and C in patients with schizophrenia: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry, 61*,41–46. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.1.

Mamakou, V., Thanopoulou, A., Gonidakis, F., Tentolouris, N., & Kontaxakis, V. (2018). Schizophrenia and type 2 diabetes mellitus. *Psychiatriki*, *29*(1), 64-73.

Manu, P., Dima L, Shulman, M., Vancampfort, D., De Hert, M., & Correll, C.U. (2015). Weight gain and obesity in schizophrenia: epidemiology, pathobiology, and management. *Acta Psychiatrıca Scandinavica, 132*(2), 97-108. doi: 10.1111/acps.12445.

Marder, S.R., Essock, S.M., Miller, A.L., Buchanan, R.W., Casey, D.E., Davis, J.M., … Shon, S. (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 161*(8), 1334-1349. doi: 10.1176/appi.ajp.161.8.1334.

McGuinness, H., & Follan, M. (2016). Severe mental illness and physical health care. *British Journal of Mental Health Nursing, 5*(2), 81-86. doi: 10.12968/bjmh.2016.5.2.81.

McWhinney, S.R., Brosch, K., Calhoun, V.D., Crespo-Facorro, B., Crossley, N.A., Dannlowski, U., ... & Hajek, T. (2022). Obesity and brain structure in schizophrenia–ENIGMA study in 3021 individuals. *Molecular Psychiatry*, *27*(9), 3731-3737.

Meepring, S., Chien, W.T., Gray, R., & Bressington, D. (2018). Effects of the Thai Health Improvement Profile intervention on the physical health and health behaviours of people with schizophrenia: a quasi-experimental study. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(1), 126-137.

Mermi, O. (2018). Obezite ve psikiyatri. *Fırat Tıp Dergisi, 23*, 54-60.

Miller, B.J., Culpepper, N. & Rapaport, M.H. (2014). C-reactive protein levels in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Clinical Schizophrenia Related Psychoses, 7*(4), 223-230. doi: 10.3371/CSRP. MICU.020813.

Mishu, M.P., Faisal, M.R., Macnamara, A., Sabbah, W., Peckham, E., Newbronner, L., ... & Gega, L. (2022). A qualitative study exploring the barriers and facilitators for maintaining oral health and using dental service in people with severe mental illness: perspectives from service users and service providers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(7), 4344. doi: 10.3390/ijerph19074344.

Mitchell, A.J., Vancampfort, D., Sweers, K., Van Winkel, R., Yu, W. & De Hert, M. (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders--a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 39*(2), 306-318. doi: 10.1093/schbul/sbr148.

Moran, M. (2013). Qualitative sample size. Erişim: https://www.statisticssolutions.com/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/qualitative- sample-size.pdf.

Moullan, M., & Denis, F. (2017). Schizophrénie et santé orale. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery, 118*(2), 115–118. doi: 10.1016/j.jormas.2016.10.008.

Montejo, A.L. (2010). The need for routine physical health care in schizophrenia. *European Psychiatry, 25*, 3-5. doi: 10.1016/s0924-9338(10)71699-0.

Nielsen R.E., Banner, J., & Jensen, S.E. (2021). Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. *Nature Reviews Cardiology, 18*(2),136-145. doi: 10.1038/s41569-020-00463-7.

Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X., & Kulkarni, J. (2012). Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a vomprehensive literature review. *Schizophrenia Research and Treatment, 19*(9), *1-10.* doi: 10.1155/2012/916198.

Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., & Stroup, T.S. (2015). Premature mortality among adults with schizophrenia in the united states. *JAMA Psychiatry, 72*(12), 1172-1181. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.

Özdemir A. (2020). Şizofreni Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitiminin Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi (Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Malatya.

Pack, S. (2009). Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia. *Nursing Standard, 23*(21), 41-45. doi: 10.7748/ns2009.01.23.21.41.c.

Pekri Z. (2019). Psikiyatri ve Sinir Hastanesinde Yatan Hastaların Fiziksel Sağlık Durumu Ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Kuzey Kıbrıs.

Pillinger, T. McCutcheon, R.A., Vano, L., Mizuno, Y., Arumuham, A., Hindley, G., … Howes, O.D. (2019). Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 7*(1), 64-77. doi: 10.1016/s2215-0366(19)30416-x.

Pringsheim, T., Kelly, M., Urness, D., Teehan, M., Ismail, Z., & Gardner, D. (2017). Physical health and drug safety in ındividuals with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry, 62*(9), 673-683. doi: 10.1177/0706743717719898.

Ratliff, J.C., Palmesea, L.B., Reutenauer, E.L., Liskov, E., Grilo, C.M., & Tek, C. (2012). The effect of dietary and physical activity pattern on metabolic prof ile in individuals with schizophrenia: a cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry, 53,* 1028-1033. doi: 10.1016/j.comppsych.2012.02.003.

Ringen, P.A., Faerden, A., Antonsen, B., Falk, R.S., Mamen, A., Rognli, E.B., … Martinsen, E.W. (2018). Cardiometabolic risk factors, physical activity and psychiatric status in patients in long-term psychiatric inpatient departments. *Nordic Journal of Psychiatry, 72*(4), 296-302. doi: 10.1080/08039488.2018.1449012.

Rivera-Segarra, E., Varas-Díaz, N., & Santos-Figueroa, A. (2019). "That's all Fake": Health professionals stigma and physical healthcare of people living with serious mental illness. *Plos One, 14*(12), 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.022640.

Romain, A.J., Trottier, A., Karelis, A.D., & Abdel-Baki, A. (2020). Do mental health professionals promote a healthy lifestyle among individuals experiencing serious mental illness? *Issues in Mental Health Nursing*, *41*(6), 531-539. doi: 10.1080/01612840.2019.1688436.

Robert, M.S., Porras-Segovia, A., Peñuelas-Calvo, I., & Baca-Garcia, E. (2021). Physical comorbidity and use of healthcare services in people with schizophrenia: protocol for a systematic review. *BMJ Open*, *11*(12), e053324. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053324.

Sağlam A.D., Civil Arslan, F., Tiryaki, A., Özkorumak, E., & Karakullukçu, S. (2017). İkinci kuşak antipsikotik kullanan hastalarda İlaç yan etkileri ve yaşam kalitesi: uzun etkili enjeksiyon ve ağızdan alınan tedavilerin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 28*(1), 11-16. doi: 10.5080/u14944.

Sert, D., Karakuş, G., Kocal, Y. (2017). Şizofreni: etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Archives Medical Review Journal, 26*(2), 251-267. doi: 10.17827/aktd.303574.

Soylu S. (2018.) Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni ve Şizofreni Spektrum Bozukluğu Tanılı Hastaların 10 Yıl Sonraki Psikososyal İşlevsellik Düzeyinin Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.

Smith, D.J., Langan, J., McLean, G., Guthrie, B., & Mercer, S.W. (2013). Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ Open, 3(4), e002808.* doi: 10.1136/bmjopen-2013-002808.

Solmi, M., Firth, J., Miola, A., Fornaro, M., Frison, E., Fusar-Poli, P., ... & Correll, C.U. (2020). Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4 717 839 people. *The Lancet Psychiatry*, *7*(1), 52-63. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30414-6.

Stanton F.B.S. (2020). Exercise prescrıptıon for people wıth mental ıllness: an evalutatıon of mental health professıonels knowledge, belıefs, barrıers, ande behavıours evelyn kleemann, Claudıa G. Bracht, Robert. *Braz Journal Psychiatry*, *42*(3), 271-277. doi: 10.1590/1516-4446-2019-0547.

Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., … Vancampfort, D. (2016). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research, 176*(2-3), 431-440. doi: 10.1016/j.schres.2016.05.017.

Stubbs, B., Gaughran, F., Mitchell, A.J., De Hert, M., Farmer, R., Soundy, A., … Vancampfort, D. (2015). Schizophrenia and the risk of fractures: a systematic review and comparative meta-analysis. *General Hospital Psychiatry, 37*(2), 126-133. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2015.

Stubbs, B., Soundy, A., Probst, M., Parker, A., Skjaerven, L. H., Lundvik Gyllensten, A., & Vancampfort, D. (2014). Addressing the disparity in physical health provision for people with schizophrenia: an important role for physiotherapists. *Physiotherapy, 100*(3), 185–186. doi: 10.1016/j.physio.2013.11.003.

Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., … Kahl, K.G. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry, 54*, 124-144. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.07.00.

Summakoğlu, D., & Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific, 2*(1), 43-61.

Suetani, S., Honarparvar, F., Siskind, D., Hindley, G., Veronese, N., Vancampfort, D., … Pillinger, T. (2021). Increased rates of respiratory disease in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis including 619,214 individuals with schizophrenia and 52, 159, 551 controls. *Schizophrenia Research, 237*, 131-140. doi: 10.1016/j.schres.2021.08.022.

Sun, X.N., Zhou, J.B., & Li, N. (2021). Poor oral health in patients with schizophrenia: a meta-analysis of case-control studies. *Psychiatric Quarterly*, *92*(1), 135-145. doi: 10.1007/s11126-020-09752-3.

Sung, K.Y., Zhang, B., Wang, H.E., Bai, Y.M., Tsai, S.J., Su, T.P., … Chen, M.H. (2022). Schizophrenia and risk of new-onset inflammatory bowel disease: a nationwide longitudinal study. *Alimentary Pharmacology Therapeutics, 55*(9):1192-1201. doi: 10.1111/apt.16856.

Suvisaari, J., Keinänen, J., Eskelinen, S., & Mantere, O. (2016). Diabetes and schizophrenia. *Current Diabetes Reports, 16(2).* doi: 10.1007/s11892-015-0704-4.

Şimşek, M.H., Akkuş, M., Kefeli, M.C. & Yıldız, S. (2022). Toplum ruh sağlığı merkezinde takipli şizofreni hastalarının fiziksel etkinlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9*(4), 456-465. doi: 10.34087/cbusbed.1122958.

Thomson, S., Galletly, C., Prener, C., Garverich, S., Liu, D., & Lincoln, A. (2022). Associations between health literacy, cognitive function and general literacy in people with schizophrenia attending community mental health clinics in Australia. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 1-9. doi: 10.1186/s12888-022-03901-7.

Tian, Y., Liu, D., Wang, D., Wang, J., Xu, H., Dai, Q., … Zhang, X. (2019). Obesity in chinese patients with chronic schizophrenia: Prevalence, clinical correlates and relationship with cognitive deficits. *Schizophrenia Research, 215,* 270-275. doi: 10.1016/j.schres.2019.10.017.

Torales, J., Barrios, I., & González, I. (2017). Oral and dental health issues in people with mental disorders. *Medwave*, *17*(8), 1-5. doi: 10.5867/medwave.2017.08.7045.

Türkoğlu, İ., Yıldız, E., & Mercanlıgil, S. M. (2017). Şizofreni hastalarında metabolik profil ve diyet örüntüsü. *Beslenme ve Diyet Dergisi, 45*(2), 185-193.

Tréhout, M., & Dollfus, S. (2018). L'activité physique chez les patients atteints de schizophrénie: de la neurobiologie aux bénéfices cliniques. *L'Encéphale, 44*(6), 538-547. doi: 10.1016/j.encep.2018.05.005.

Uludağ, T., & Güleç, G. (2016). Şizofreni tanısı almış hastalarda madde kullanım yaygınlığı. *Nöropsikiyatri Arşivi, 53*(1), 4-11.

Tyerman, J., Patovirta, A.L., & Celestini, A. (2020). How stigma and discrimination ınfluences nursing care of persons diagnosed with mental illness: A systematic review. *Issues in Mental Health Nursing, 42*(2) 1-11. doi: 10.1080/01612840.2020.178978.

Valipour, G., Saneei, P. & Esmaillzadeh, A. (2014). Serum Vitamin D Levels in Relation to Schizophrenia: a Systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 99*(10), 3863-3872. doi: 10.1210/jc.2014-1887.

Vasankari, T., Kanervisto, M., Perälä, J., Saarni, S. I., Jousilahti, P., … Suvisaari, J. (2015). Lung function and respiratory diseases in people with psychosis: population-based study. *British Journal of Psychiatry, 207*(1), 37-45. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141937.

Veeneman, R.R., Vermeulen, J.M., Abdellaoui, A., Sanderson, E., Wootton, R.E., Tadros, R… Treur, J.L. (2022). Exploring the relationship between schizophrenia and cardiovascular Disease: a genetic correlation and multivariable mendelian randomization study. *Schizophrenia Bulletin, 48*(2), 463-473. doi: 10.1093/schbul/sbab132.

Yang, M., Chen, P., He, M.X., Lu, M., Wang, H.M., Soares, J.C., & Zhang, X.Y. (2018). Poor oral health in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research, 201*, 3-9. doi: 10.1016/j.schres.2018.04.031.

Yaşar H. (2020). Şizofreni Hastalarında 10 Yıllık Ölüm Oranlarının Toplumdaki Ölüm Oranları İle Karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.

Yaşar. H., & Yıldız, M. (2021). Şizofrenide 10 yıllık ölüm oranı ve risk etmenlerinin değerlendirmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 32*(3), 151-159. Doi: 10.5080/u25752.

Yıldız M & Gürcan MB. (2020). TASA-19 ve şizofreninin yönetimi. Coşar B, editör. Psikiyatri ve COVID-19. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 30(4), 30-36.

Yorulmaz, R., & Erdem, R. (2021). Sağlıklı yaşam üzerine kavramsal bir çerçeve. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 7*(1), 57-74.

Yoshida, K., & Takeuchi, H. (2021). Dose-dependent effects of antipsychotics on efficacy and adverse effects in schizophrenia. *Behavioural Brain Research, 402*(113098), 1-8. doi: 10.1016/j.bbr.2020.113098.

Yuvalı B. (2021). Şizofreni Tanılı Bireylerin Bilinçli Farkındalık Düzeyleri İle Kendilik Algısı Ve Beden İmajı İlişkisinin İncelenmesi (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara.

Zhu, J., Luo, W., Cheng, X., Li, Y., Zhang, Q., & Peng, W. (2020). Vitamin D deficiency and schizophrenia in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Psychiatry Research, 288*(112959), 1-9. doi: 10.1016/j.psychres.2020.11295.

Walkup, J., Thomas, M.D., Vittinghoff, E., Hermida, R., Crystal, S., Arnold, E.A., … Mangurian, C. (2023). Characteristics and trends in HIV testing among medicaid enrollees diagnosed as having schizophrenia. *Psychiatric Services, 74*(7), 1-7. doi: 10.1176/appi.ps.20220311.

Wu Chou, A.I., Wang, Y.C., Lin, C.L., & Kao, C.H. (2017). Female schizophrenia patients and risk of breast cancer: a population-based cohort study. *Schizophrenia Research, 188,* 165-171. doi: 10.1016/j.schres.2017.01.019.

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Gamze Topçu
Doğum Yeri ve Tarihi	16.10.1993/ Artvin
İletişim Adresi	
Telefon	
E-posta	
Eğitim Bilgileri (Tarih Sırasına Göre)	
Mesleki Deneyim/ İşyeri Bilgileri	Sapanca Devlet Hastanesi Acil Servis Hemşiresi
Yabancı Dil Bilgileri	
Üye Olduğu Mesleki / Sosyal Kuruluşlar	
Bilimsel Etkinlikler	
Makaleler*	
Projeler	
Bildiriler	Aydın Er R, Topçu G. (2023). Şizofreni Tanılı Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Engeller. 5. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar ve İnovasyon Kongresi, 20-21 Mayıs 2023, Ankara. (Sözlü Bildiri, Kongre Kitabı s. 313-318).
Ödüller	
Diğer	

9. EKLER

EK-1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Protokolü

Görüşme Numarası:

Görüşmenin Yapıldığı Tarih:

Görüşmenin Yapıldığı Yer:

Görüşmeye Başlama Saati: **Görüşmenin Bitiş Saati:**

SORULAR

Adınızı öğrenebilir miyim? (hitap edebilmek için)

Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi

- Fiziksel sağlığınıza ilişkin değişimleri fark edebiliyor musunuz?
- Son zamanlarda yaşadığınız fiziksel/tıbbi sağlık sorunları neler?
- Bu sorun için ne yaptınız?
- Ruh sağlığı hizmetleri kapsamında hangi tıbbi hizmetlerden yararlanıyorsunuz?
- İhtiyaç duyduğunuz fiziksel sağlık sorunlarınızda ihtiyaçlarınızın ne düzeyde ve nasıl karşılandığını açıklar mısınız?

Fiziksel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Deneyimler

- Fiziksel/tıbbi sağlık sorunlarınız için sağlık kurumuna başvurduğunuzda neler yaşadınız?
- Fiziksel sağlık sorununuzla ilgili hastaneye başvurduğunuzda sorununuza yönelik neler yapıldığını örneklendirir misiniz?
- Fiziksel sağlık hizmetlerinden yararlanmanızı neler etkiledi?
- Fiziksel sağlık sorunlarınızla ilgili sağlık kurumlarına başvurmada ne gibi zorluklar yaşadınız?

Fiziksel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Beklentiler

- Fiziksel sağlık hizmetlerinden beklentileriniz neler?
- Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarıyla ilgili daha iyi hizmet alabilmeleri için neler yapılmalıdır? Önerileriniz nelerdir?

İlave sorular

Görüşme Notları

EK-2. Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Onayı

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI SAĞLIK TESİSİ İZİN FORMU

ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER	
Adı Soyadı	Gamze TOPÇU ÖZCAN
Kurum / Üniversite	Sapanca İlçe Devlet Hastanesi
Bölümü	Acil Servis
Telefonu	05355986398
e-mail adresi	gamze_90366@hotmail.com
ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER	
Araştırmanın Konusu (Araştırmanın açık adı)	Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Deneyimleri: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Yürütülen Nitel Bir Çalışma
Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)	(X) YL Tezi ◻ Doktora Tezi ◻Bireysel Araştırma Projesi ◻ Uzmanlık Tezi
Araştırmanın destekleyicisi var mı?	◻ Evet (X) Hayır
Evet ise, araştırma bütçesinin kaynağı aşağıdakilerden hangisi tarafından sağlandı?	◻ Sağlık Bakanlığı ◻TÜBİTAK ◻Kalkınma Bakanlığı ◻ İlaç Firması ◻Diğer (belirtiniz):
Araştırmada yer alan Danışmanlar	Adı Soyadı: Doç.Dr. Rahime AYDIN ER Çalıştığı Kurum: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi e-mail: raay@kocaeli.edu.tr
Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul var mı?	◻ Evet (X) Hayır
Araştırma başvurusunun onaylandığı Eğitim Planlama Kurulu (EPK) kararı var mı?	◻ Evet (X) Hayır
Araştırmanın Amaç/Kapsam:	Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalarda kronik tıbbi hastalıkların etkileri ayrıntılı bir şekilde ortaya konmuştur. Fiziksel sağlık sorunları, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin erken ölümlerinin önemli bir nedenidir. Nüfus verileriyle karşılaştırıldığında şizofreni hastalarında metabolik sendrom oluşumu ve kardiyovasküler mortalite 2 ila 3 kat daha fazladır. Şizofreni tedavisinde kullanılan

	antipsikotik ilaçlar hastada obezite, diyabet, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve metabolik sendromda artışa neden olmaktadır. Ayrıca azalan yaşam beklentisi, sağlıksız beslenme, sigara kullanımı ve hareketsiz yaşam tarzı gibi alışkanlıklar kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ile ilişkilidir. Şizofreni hastalarının çoğu iskemik kalp hastalığı ve kanser nedeniyle 12 ila 15 yıl erken ölmekte ve hastaların yaşam beklentisi 30 yıla kadar azalmaktadır. Ciddi ruhsal hastalığın fiziksel hastalık riskini arttırmasının yanı sıra bu bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve hastaların sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşamaları fiziksel sağlıklarının kötüleşmesine neden olabilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan bireyler fiziksel sağlık hizmetlerine erişimde birçok zorluk yaşamaktadır. Ağır ruhsal hastalığı olan bireyler genellikle yoksuldur, yaşam koşulları kötüdür ve sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen barınma sorunları yaşarlar. Bu hastaların aile ve sosyal destekleri düşük düzeydedir, bu durum sağlık hizmetlerine başvurmalarını etkiler. Gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu ruhsal hastalıklarda fiziksel hastalık belirtilerinin anlamlandırılmasında da zorluk vardır. Ayrıca sağlık profesyonelleri fiziksel sağlıktan çok psikiyatrik duruma odaklanmakta ve buna bağlı hastaların fiziksel belirti bildirimlerini psikosomatik olarak değerlendirebilmekte, bu belirtileri ihmal edebilmektedir. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler fiziksel hastalık açısından daha fazla risk altında olduklarından, bu grubun sağlık hizmetlerinden daha fazla nasıl yararlanabileceğini değerlendirecek çalışmalar yapılmalı ve bu çalışmalar artmalıdır. Ciddi ruhsal bozukluklardan biri olan ve sıklıkla damgalamaya maruz kalan şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişim durumlarının belirlenmesi ve yaşadıkları engellerin anlaşılması, bu hastaların fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesi için önemli bir adımdır. Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin daha iyi fiziksel sağlık hizmeti almalarını kolaylaştıran faktörlere ilişkin hastaların görüşleri değerlendirilmelidir. Bu gerekçelerle planladığımız çalışmamızın amacı, toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişim durumlarını ve aldıkları fiziksel sağlık hizmetlerine ilişkin deneyimlerini değerlendirmektir.
Araştırma Veri Toplama Yöntemi	Tez çalışmamızda kullanacağımız fenomenolojik araştırma metoduna uyumlu olarak yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılacaktır. Yarı yapılandırılmış görüşmeler genellikle açık uçlu sorulardan oluşmaktadır ve sorular esnektir. Görüşmenin temel çerçevesini; Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri nedir? Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunları nedeniyle sağlık kurumuna başvurma ve tedavi sürecindeki deneyimleri nasıldır? Şizofreni bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmaya ilişkin önerileri nelerdir? soruları oluşturacatır. Çalışmanın olası katılımcılarıyla ön görüşme yapılarak çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirilerek, kendilerine araştırma bilgilendirme formu verilecektir. Görüşmeler, katılımcılarla birlikte uzlaşılan zamanda ve katılımcıların almaları gereken tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerini aksatmayacak şekilde Derince TRSM'nde ayarlanan görüşme odasında gerçekleştirilecektir. Görüşmeden önce katılımcılar araştırma hakkında bir kez daha sözlü bilgilendirilerek aydınlatılmış onam formunu imzalamaları istenecektir. Görüşmeye başlamadan önce ses kayıt cihazı ile kayıt almak için katılımcıdan yazılı izin istenecektir. Ses kaydına izin vermeyen katılımcılarla yapılan görüşmelerde yazılı notlar alınacaktır. Görüşmelerin güven verici, uygun bir ortamda, katılımcıyı rahatsız etmeyecek bir biçimde yapılması sağlanacaktır. Görüşmeler araştırmacı tarafından gizlilik kurallarına uyularak ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınacaktır. Görüşmenin

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

	tamamlanmasının ardından katılımcılara sosyo-demografik ve hastalıkla ilişkili soruların yer aldığı kişisel bilgi formu verilerek doldurmaları istenecektir. Kişisel bilgi formuna doldurulan bilgiler hasta kayıtları ile doğrulanacaktır. Literatürde fenomenolojik araştırmalardaki katılımcıların belirlenme sayıları farklılık göstermekte ve katılımcı sayısına ilişkin en az ya da en çok değer bulunmamaktadır. Katılımcı sayısı genellikle 5 ile 25 arasında değişmekte, ancak katı bir kural bildirilmemektedir. Bu durumda probleme ve fenomene dayalı olarak amaçlı şekilde belirlenen katılımcılardan alınan bilgilerin doyuma ulaştığı düşünülen katılımcıya kadar görüşmelere devam edilmesi planlanmıştır.
Araştırmanın Yapılacağı Zaman Aralığı:	Araştırma verilerinin Şubat ve Temmuz 2022 tarihleri arasında toplanması, araştırmanın Aralık 2022 tarihinde tamamlanması planlanmaktadır.
Araştırmanın yapılacağı Sağlık Tesis(leri):	Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Kurumunuzda yürüteceğim çalışma esnasında, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsam dışı hiçbir veri toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, kurumun istemesi halinde etik kurul izni alacağımı, kurumun izin verdiği süre içinde araştırmamı yürüteceğimi, araştırmamın uzaması halinde kurumdan üniversite kanalıyla izin alacağımı, İl Sağlık Müdürlüğünün ve Hastanenin uygun bulmadığı verileri yayınlamayacağımı, taahhüt ederim.

Adı Soyadı: Gamze TOPÇU ÖZCAN
TC No:27022159042
Adres: Zerdali Sok. 16C-C/1 Blok: A/B Arifiye/ Sakarya
İMZA:
Uygun Değil ise Gerekçesi:

OLUR
...../...../201..
Hastane Yöneticisi

EK-3. Etik Kurul Onayı

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih	10.02.2022
Raporlörün Adı/Soyadı	Dr. Öğr.Üyesi Çağrı Düzyol
Araştırmanın Adı	Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Deneyimleri: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Yürütülen Nitel Bir Çalışma
Sorumlu Araştırıcı/Koordinatörün Adı	Doç.Dr. Rahime Aydın Er
Yardımcı Araştırmacılar	Gamze Topçu
Varsa, Protokol Numarası	2022-13
Araştırmanın Niteliği	☒Tez (Gamze Topçu- Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi) ❑Bireysel araştırma ❑Destekleyici çalışması

	Var /Uygun	Gereksiz	Yok/ Hayır	Gerekli açıklamalar
Araştırmanın açık adı	☒	❑	❑	
Araştırmanın onaylandığı başka ülkeler var mı?	❑	❑	☒	
Araştırma pediatrik popülasyonda yürütülecek mi?	❑	❑	☒	
Araştırmanın niteliği	☒	❑	❑	
Varsa destekleyiciyi belirtiniz: yok				
Varsa destekleyicinin yasal temsilcisini belirtiniz:-				
ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER				
Araştırılan tıbbi durum veya hastalığı belirtiniz: Şizofreni				
Araştırmanın amacını belirtiniz: Toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişim durumlarını ve aldıkları fiziksel sağlık hizmetine ilişkin deneyimlerini değerlendirmek.				
Gönüllülerin dahil etme kriterleri	☒	❑	❑	
Gönüllülerin hariç tutma kriterleri	☒	❑	❑	
Araştırmanın kapsamını belirtiniz: Girişimsel Olmayan				
Araştırmanın Tasarımı: Anket/Nitel Çalışma				
Araştırma Süresi: 11 ay				
ARAŞTIRMADAKİ GÖNÜLLÜ POPÜLASYONU				
Yaş aralığını belirtiniz: 18 yaş üstü				
Cinsiyeti belirtiniz: -				
Araştırmaya dâhil edilmesi planlanan gönüllü sayısını belirtiniz:-				
Gönüllünün araştırmaya katılımı sona erdikten sonra verilmesi planlanan tedavi veya bakımı	❑	❑	❑	
BAŞVURUDA YER ALAN KLİNİK ARAŞTIRMA MERKEZLERİ / ARAŞTIRMACILAR				
Çalışmaya katılan merkezleri belirtiniz: SBÜ. Kocaeli Derince EAH. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi				
Araştırmanın gerçekleştirilmesinde kullanılacak olan merkezi teknik tesisler, temel değerlendirme kriterlerinin ölçümü veya değerlendirilmesinin merkezileştirildiği laboratuar veya diğer teknik tesisleri belirtiniz:				
İLGİLİ BELGELER				

1

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

	Var /Uygun	Gereksiz	Yok/ Hayır	Gerekli açıklamalar
Araştırma protokolü*(Protokol bilgileri formu eksiksiz mi?)*	☒	❑	❑	
Türkçe protokol özeti (Uluslararası çalışma ise)	❑	☒	❑	
Araştırma akış şeması	❑	☒	❑	
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) *(İçeriği, dili, teknik terimler, v.b)*	☒	❑	❑	
Olgu rapor formu ya da anket	☒	❑	❑	
Araştırma ürününe ait Türkçe veya varsa orijinal etiket örneği	❑	☒	❑	
Araştırma ürününe ait Türkçe kullanma talimatı/kısa ürün bilgisi örneği	❑	☒	❑	
Sigorta (Faz IV dışındaki araştırmalar için)	❑	☒	❑	
Araştırma bütçesi	☒	❑	❑	
Destekleyici ait noter tasdikli imza sirküleri	❑	☒	❑	
Koordinatör (tek merkezli araştırmalarda sorumlu araştırmacı) ve araştırma eczacısının özgeçmişi * *Güncel formatta, adı soyadı ve unvanı el yazısı ile yazılmış, tarihli ve ıslak imzalı olmalıdır.	☒	❑	❑	
Biyolojik Materyal Transfer Formu örneği (BMTF)	❑	☒	❑	
Varsa yetkilendirme belgeleri	❑	☒	❑	
Varsa gönüllü bilgilendirme metinleri	❑	☒	❑	
Varsa ilanlar	❑	☒	❑	
Varsa hasta kartı / günlüğü	❑	☒	❑	
Çalışmaya ilişkin destekleyici belge/literatür	☒	❑	❑	
BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI (Islak)	☒	❑	❑	

Eksik/hatalı bulunan diğer konular:
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

2

EK-4. Katılımcı Bilgilendirme Formu

Araştırmanın Adı: Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Deneyimleri: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Yürütülen Nitel Bir Çalışma

Araştırmacılar:

- Rahime AYDIN ER, Doç. Dr. (Danışman)
  Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
  Adres: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Batı Yerleşkesi Umuttepe, Kocaeli
  e-posta: raay@kocaeli.edu.tr
- Gamze TOPÇU, Yüksek Lisans Öğrencisi
  Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kocaeli
  Telefon: 05355986398 e-posta: gamze_90366@hotmail.com

Araştırma amacının açıklaması:

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yürütülen bir çalışmaya davet edilmektesiniz. Araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce size bilgilendirmek ve çalışma bilgilendirme formunu da vermek istiyoruz. Anlamadığınız bir konu varsa veya ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyarsanız bizimle iletişime geçebilirsiniz.

Araştırmamızın amacı; Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastaların fiziksel sağlık hizmetlerine erişim düzeylerini ve bu hizmetlere ilişkin deneyimlerini değerlendirmektir.

Neden ben seçildim?

Sizden araştırmamıza katılımcı olarak yer almanızı istememizin sebebi araştırdığımız konuya uygun olarak toplum ruh sağlığı merkezinde tıbbi tedavi ve bakım alıyor olmanızdır. Araştırmamıza sizin gibi toplum ruh sağlığı merkezinde takip ve tedavileri yapılan yaklaşık 30 hasta katılacaktır.

Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmamıza katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve bu araştırmada yer almak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da araştırmanın herhangi bir aşamasında neden göstermeksizin araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmak istediğinizde araştırmanın daha sağlıklı devam edebilmesi için bunu araştırmacılara iletmeniz gerekmektedir. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz ve araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılmanızın size uygulanan tıbbi bakım ve tedavide herhangi bir değişiklik meydana getirmeyecek, sağlık çalışanlarıyla ilişkinizi değiştirmeyecektir. Araştırmadan ayrılmanız durumunda, size sunulan tıbbi tedavi ve sizinle ilgili veriler ancak izninize bağlı olarak bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, uygun olduğunuz bir gün ve saatte sizinle görüşme yapılacaktır. Yaklaşık yarım saat sürmesi öngörülen görüşmelerde size fiziksel sağlık hzimetlerine erişiminizle ilgili yönlendirilecek sorulara cevap vermeniz beklenecektir. Cevaplamak istemediğiniz

sorular olduğunda ya da konu hakkında herhangi bir görüş bildirmek istemediğinizde bunu araştırmacıya rahatlıkla söyleyebilirsiniz.

Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Araştırmamız sırasında sizden, fiziksel sağlık sorunlarınızla ilgili sağlık hizmetlerinden yararlanma deneyiminizle ilgili sorularımıza cevap vermeniz beklenecektir. Dolayısıyla araştırmamızın değerli vaktinizi almak dışında herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamaktadır. Ancak sizin deneyimlerinizin gelecekte psikiyatrik bozukluğu olan bireylere sunulan fiziksel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Araştırma masrafları

Araştırmaya katılımınız için sizden hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Görüşme esnasında verilerinizi kayıt altına almak için ses kayıt cihazı kullanacağız. Bunun için sizden yazılı izinde alacağız. Ses kayıt cihazı ile kaydedilen tüm konuşmalar ve bilgileriniz kişisel verilerin gizliliğine uygun şekilde kodlanarak saklanacaktır. Verilerinize erişim araştırmayla doğrudan ilişkili olan kişilerle sınırlı olacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel amaçlı başka çalışmalarda kullanılabilecektir. Ancak bu durumda isminiz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır. Kişisel verileriniz ve görüşme kayıtlarınız kişisel verilerin gizliliğine uygun şekilde saklanmaya devam edecektir.

Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Talep etmeniz halinde araştırmamızın sonucuyla ilgili yayınların bir nüshası sizinle paylaşılacaktır.

Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırma sonuçları Gamze Topçu Özcan'ın yüksek lisans tezi olacaktır ve çeşitli bilimsel ortamlarda yayın / sunum olarak paylaşılacaktır.

Daha ayrıntılı bilgi için, yukarıda iletişim bilgileri bulunan araştırmacılar ile iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

EK-5. Onam Formu

Araştırmanın Adı: Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Deneyimleri: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Yürütülen Nitel Bir Çalışma

	Evet	**Hayır**
Katılımcı Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırma ile ilgili düşünme, soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici cevaplar aldınız mı?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterince bilgi aldınız mı?	☐	☐
Araştırmadan istediğiniz zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin çekilme hakkına sahip olduğunuzu biliyor musunuz?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının yayınlanmasına izin veriyor musunuz?	☐	☐

Katılımcı	**Araştırmacı**
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

EK-6. Ses Kaydı İzin Formu

Katılımcının Adı-Soyadı:

İzni Talep Eden Araştırmacının Adı-Soyadı:

Bu belge ile Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yürütülen**, Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Deneyimleri: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Yürütülen Nitel Bir Çalışma** isimli araştırma kapsamında bana ait ses kaydımın yapılmasına izin veriyorum.

Ses kayıtlarımın araştırmacılar tarafından gizliliğim korunarak yazılı metne aktarılacağını anladım.

Metne uygun şekilde aktarıldıktan sonra, isimi içermeyen metinlerin gizliliği araştırmacıların sorumluğunda olmak üzere saklanacağını, ses kayıtlarının yok edileceğini anladım.

İzin Tarihi:

Katılımcının İmzası: İzni Talep Eden Araştırmacının İmzası

EK-7. Katılımcı Bilgi Formu

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler

Yaşınız:

Yaşadığınız yer: o Şehir merkezi o Şehir merkezi dışı

Cinsiyetiniz: o Kadın o Erkek

Eğitim düzeyiniz: o İlkokul o Ortaokul o Lise o Üniversite

Çalışma durumunuz: o Çalışıyor o Çalışmıyor o Malulen emekli

Medeni durumunuz: o Evli o Bekâr

Çocuğunuz: o Var o Yok

Aile tipiniz: o Aile büyüklerimizle birlikte yazışıyoruz

o Ebeveynlerim / eşim ve çocuklarımla birlikte yaşıyorum.

o Yalnız yaşıyorum

Ekonomik gelirinizi nasıl tanımlarsınız? o Gelirim giderimden az

o Gelirim ve giderim benzer

o Gelirim giderimden fazla

Aile, yakın çevreniz ve arkadaşlarınızın desteğini nasıl tanımlarsınız?

o Yeterli

o Kısmen yeterli

oYetersiz

Şizofreni hastalık süreniz: ….... yıl, ….... ay

Fiziksel sağlık sorunum ( ) Yok ( ) Var

Varsa hastalıklarınız:

Toplum ruh sağlığı merkezinden tedavi ve bakım alma süreniz? ….... yıl, ….... ay