T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CİDDİ RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE FİZİKSEL İYİLİK DURUMUNU BELİRLEMEK İÇİN SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROFİLİ'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI

MERVE MURAT

PROF. DR. F. YASEMİN KUTLU

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2020

Bu çalışma 17.09.2020Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı , Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. F. Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Hülya BİLGİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

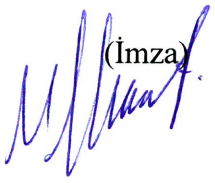
Doç. Dr. Gül DİKEÇ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Merve MURAT

(İmza)



İTHAF

Yaşamı anlamlı kılan her değerli an’a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgisi, deneyimi ile beni eğiten, kendime örnek aldığım ve tez çalışmam sırasında yardım ve desteğini benden hiçbir koşulda esirgemeyen, beni sevgi, sabır ve güler yüzüyle yönlendiren, olumlu katkı ve eleştirileri ile süreci önemli ölçüde kolaylaştıran danışmanım olmasından büyük sevinç duyduğum değerli hocam Sayın Prof. Dr. F. Yasemin Kutlu'ya,

Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Sayın Prof. Dr. Sevim Buzlu, Sayın Prof. Dr. Leyla Küçük, Sayın Prof. Dr. Hülya Bilgin ve Sayın Dr. Öğretim Üyesi Sevil Yılmaz'a ve anabilim dalı öğretim elemanlarına,

Benimle akademik alandaki deneyimlerini ve bilgilerini paylaşarak bu süreçte daha da güçlenmeme katkı sağlayan başta Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji hocam olmak üzere Biruni Üniversitesi Hemşirelik Bölümü değerli öğretim üyelerine ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Yaşantılarını ve görüşlerini benimle paylaşan, çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul ederek tezin ortaya çıkmasını sağlayan tüm katılımcılara,

Maddi ve manevi desteğini her zaman yanımda hissettiren babam, annem ve kardeşlerime,

Adını sayamadığım, katkıda bulunan tüm dostlarıma ve beni ben yapan her şeye tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 2
1.3. Araştırma Sorusu 3
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Ciddi Ruhsal Bozukluk Kavramı 4
2.1.1. Şizofreni 4
2.1.2. Bipolar Bozukluk 5
2.1.3. Depresif Bozukluk 6
2.2. Ciddi Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerin Karşılaşabileceği Sorunlar 6
2.2.1. Psikososyal Sorunlar 7
2.2.2. Fiziksel Sağlık Sorunları 7
2.3. Ciddi Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerde En Çok Etkilenen Sistemler ve Sık Görülen Fiziksel Sağlık Sorunları 9
2.3.1. Kardiyovasküler Sistem ve Hastalıkları 10
2.3.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) için Değiştirilemeyen Risk Faktörleri 10
2.3.1.2. Kardiyovasküler Hastalıklar için Değiştirilebilen Risk Faktörleri 11
2.3.2. Solunum Sistemi Hastalıkları 14
2.3.3. Üreme Sistemi Hastalıkları 14
2.3.4. Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları 16

2.3.5. Diğer Sistemleri Etkileyen Fiziksel Sağlık Sorunları 17
2.4. Ciddi Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Sağlığını Etkileyen Zararlı Davranışlar ve Sağlığı Geliştirici Davranış Değişikliği 18
2.4.1. Fiziksel Aktivite 18
2.4.2. Beslenme 18
2.4.3. Alkol Kullanımı 19
2.4.4. Sigara Kullanımı 19
2.4.5. Madde Kullanımı 19
2.4.6. Riskli Cinsel Davranışlar 20
2.4.7. Sağlığa Yönelik Tutumlar 20
2.4.8. Tedaviye Uyum 20
2.5. Ciddi Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlığını Değerlendirme Araçları 21
2.6. RSPH'nin Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye Yönelik Girişimleri, Rol ve Sorumlulukları 22
3. GEREÇ VE YÖNTEM 25
3.1. Araştırmanın Tasarımı 25
3.2. Araştırmanın Değişkenleri 25
3.2.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri 25
3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri 25
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı: 25
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: 25
3.4.1. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri: 25
3.4.1.1. Dahil Olma Kriterleri: 25
3.4.1.2. Dışlanma Kriterleri: 25
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 26
3.5.1. Bireysel Özellikler Formu: 26
3.5.2. Sağlığı Geliştirme Profili (SGP) 26
3.6. Araştırma Süreci 28
3.6.1. Sağlığı Geliştirme Profili'nin Dilsel Eş Değerliği: 28
3.6.2. Sağlığı Geliştirme Profili'nin Türkçe Formunun Kapsam Geçerliliği: 28
3.6.3. Ön Çalışma: 29
3.6.4. Veri Toplama Süreci: 29

3.7. Araştırmanın Etik Yönü 30
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 30
3.9. İstatistiksel Analiz 30
4. BULGULAR 31
4.1. Sağlığı Geliştirme Profili-SGP'nin Kapsam Geçerliği 31
4.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Özellikleri 33
4.3. Sağlığı Geliştirme Profili – Kadın Formu 37
4.4. Sağlığı Geliştirme Profili – Erkek Formu 44
4.5. Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 51
5. TARTIŞMA 58
5.1. Sağlığı Geliştirme Profili-SGP'nin Türkçe dil eşdeğerliliği ve kapsam geçerliği ile ilgili bulguların tartışılması 58
5.2. Bireysel ve Hastalık özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması 59
5.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin SGP ile ilgili Bulguların Tartışılması 60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 67
6.1. Sonuçlar 67
6.2. Öneriler 68
KAYNAKLAR 70
EK 1 - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 95
EK 2 - SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROFİLİ-KADIN FORMU 96
EK 3 - SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROFİLİ-ERKEK FORMU 97
EK 4 - ETİK KURUL KARARI 98
EK 5 - İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZNİ 99
EK 6 - SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROFİLİ İZNİ 100
EK 7 - SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROFİLİ KAPSAM GEÇERLİLİĞİ UZMAN LİSTESİ 101
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 102
ÖZGEÇMİŞ 103

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.3-1 Ciddi Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Görülme Oranı Yüksek Olan Fiziksel Sağlık Sorunları 10
Tablo 3.5-1 SGP Maddeleri 27
Tablo 4.1-1 Maddelerin kapsam geçerlilik oranları ve formların kapsam geçerlilik indeks değerleri 31
Tablo 4.2-1 Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N:280) 33
Tablo 4.2-2 Katılımcıların Ruhsal Bozukluk Özelliklerine Göre Dağılımı (N:280) 34
Tablo 4.2-3 Katılımcıların Fiziksel Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı (N:280) 35
Tablo 4.3-1 SGP - Kadın Ölçümler Alt Boyutuna Ait Bulgular 37
Tablo 4.3-2 SGP-Kadın Kan Testleri Alt Boyutuna Ait Bulgular 39
Tablo 4.3-3 SGP - Kadın Taramalar Alt Boyutuna Ait Bulgular 41
Tablo 4.3-4 SGP - Kadın Yaşam Tarzı Alt Boyutuna Ait Bulgular 42
Tablo 4.4-1 SGP - Erkek ölçümler alt boyutuna ait bulgular 44
Tablo 4.4-2 SGP - Erkek Kan Testleri Alt Boyutuna Ait Bulgular 46
Tablo 4.4-3 SGP - Erkek Taramalar Alt Boyutuna Ait Bulgular 47
Tablo 4.4-4 SGP - Erkek Yaşam Tarzı Alt Boyutuna Ait Bulgular 48
Tablo 4.5-1 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (Ölçümler ve Kan Testleri Alt Boyutu) 51
Tablo 4.5-2 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (Taramalar ve Yaşam Tarzı Alt Boyutu) 52
Tablo 4.5-3 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Ruhsal Bozukluk Tanısına Göre Karşılaştırılması (Ölçümler ve Kan Testleri Alt Boyutu) 54
Tablo 4.5-4 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Ruhsal Bozukluk Tanısına Göre Karşılaştırılması (Taramalar ve Yaşam Tarzı Alt Boyutu) 56

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu

BKİ: Beden-Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DM: Diyabetes Mellitus

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

HIV: İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

KGO: Kapsam Geçerlilik Oranı

KKH: Kongenital Kalp Hastalığı

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler hastalıklar

LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

RSPH: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşire(si)leri

SGP: Sağlığı Geliştirme Profili

TB: Tüberküloz

TG: Trigliserid

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

ÖZET

Murat, M. (2020). Ciddi Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel İyilik Durumunu Belirlemek İçin Sağlığı Geliştirme Profili'nin Türkçeye Uyarlanması. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırmanın amacı ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık durumunu tanılamak amacıyla geliştirilen Sağlığı Geliştirme Profilini Türkçeye uyarlamak ve SGP'nin ilk kullanımına ilişkin pilot sonuçları vermektir. Araştırma, metodolojik yöntemle tanımlayıcı ve kesitsel araştırma tipinde gerçekleştirildi. Sağlığı Geliştirme Profili Kadın ve Erkek formlarının kapsam geçerlilik indeks değerleri 0,97 olarak belirlendi ve dil eşdeğerliliği sağlandı. Araştırmanın örneklemini, formun madde sayısının beş katı alınarak 280 birey oluşturdu. Veriler, araştırmacı tarafından bireysel özellikler formu ve Sağlığı Geliştirme Profili kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin %57,1'i fiziksel sağlığı ile ilgili bir sorununun olduğunu ifade etti. Fiziksel sağlık sorunu olan bireylerin %58,1'i fiziksel hastalık tanısı aldığı; %41,9'unun ise fiziksel şikayetleri olduğu görüldü. Bireylerin %20,4'ünün diyabeti, %10,8'inin kardiyovasküler hastalığı, %9,7'sinin hipertansiyonu, %9,7'sinin ortopedik hastalık tanısı mevcut iken fiziksel şikayetleri olanların %26,9'unun mide, %25,4'ünün ağrı, %25,4'ünün solunum ve %22,4'ünün kardiyovasküler şikayetleri mevcuttu. Sağlığı Geliştirme Profili parametrelerine göre yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda; şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan bireylerin 3 saatten daha az uyuduğu; bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin daha fazla alkol tükettiği; majör depresif bozukluk tanısı olan bireylerin ise 8 saatten daha fazla uyuduğu, daha fazla sigara kullandığı, kafein aldığı ve düzensiz cinsel aktivitede bulunduğu tespit edildi. Sonuç olarak, ruhsal bozukluğu olan bireylerde fiziksel sağlık sorunlarının ele alınması gereklidir. Bu nedenle, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri fiziksel tanılamaya önem vermeli ve bütüncül yaklaşım ile bakım sağlamalıdır. Sağlığı Geliştirme Profili, ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını tanılamak için ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılabilecek uygun bir tanılama aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlığı Geliştirme Profili, Ciddi ruhsal bozukluk, Fiziksel sağlık, Fiziksel tanılama, Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

Murat, M. (2020). Turkish Adaptation of Health Improvement Profile to Determine the Status of Physical Well-being in Individuals with Severe Mental Illness. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master's Thesis. İstanbul.

This study's aim was to adapt the Health Improvement Profile, which was developed to evaluate the physical health of individuals with severe mental illness, into Turkish; and o give pilot findings regarding the first use of SGP. The study was conducted as a descriptive cross-sectional study applying the methodological method. The content validity index values of the Health Improvement Profile Female and Male Forms were determined as 0.97 and linguistic equivalence was achieved**.** The study's sample consisted of 280 individuals, taking five participants for each item in the forms. The data were collected using the Individual's Characteristics Form and the Health Improvement Profile by the researcher via face-to-face interviews. In this process, 57.1% of individuals with mental illness stated that they had a physical health problem, and 58.1% of the individuals with physical health problems had a physical diagnosis while 41.9% of them had only physical complaints. While 20.4% of the individuals had diabetes, 10.8% had cardiovascular disease, 9.7% had hypertension, and 9.7% had an orthopedic disorder; among those with physical complaints, 26.9% had stomach, 25.4% had pain, 25.4% had respiratory, and 22.4% had cardiovascular complaints. In the intergroup comparisons according to the Health Improvement Profile parameters, individuals with schizophrenia and other psychotic disorders slept less than 3 hours, individuals with bipolar disorder consumed more alcohol, and individuals with major depressive disorder slept more than 8 hours, smoked more and consumed more caffeine, and practiced safe sex less consistently. As a result, physical health problems should be addressed in individuals with mental illness. Therefore, psychiatric mental health nurses should emphasize importance to physical assessment and provide care with a holistic approach. The Health Improvement Profile is an appropriate assessment tool that can be used by psychiatric mental health nurses to identify the physical health of individuals with mental illness.

Key Words: Health Improvement Profile, Severe Mental Illness, Physical Health, Physical Assessment, Psychiatric Mental Health Nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2005) tarafından yayınlanan Ulusal Hastalık Yükü raporunda yeti yitimine neden olan depresyon, şizofreni, alkol madde kullanım bozukluğu gibi ciddi ruhsal bozuklukların oranı %7-31 arasındadır ve 2013 yılında yayınlanan raporda bu oranın ülkemizde de artış gösterdiği vurgulanmıştır (Prince ve ark. 2007; Eren ve ark. 2007; Çavlin, 2017).

Ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerde psikososyal sorunların yanında fiziksel sorunlar da sıklıkla görülmektedir. Yapılan çalışmalar bu bireylerde, genel popülasyona oranla mortalite ve morbidite oralarının daha fazla olduğunu göstermiştir (Gray ve ark. 2009). Sadece ruhsal bozukluk sebebiyle değil aynı zamanda ruhsal bozukluk kaynaklı görülen fiziksel hastalıkların bireyde görülmesi de mortalite oranlarını arttırmaktadır. Yaşam kalitesini ve süresini azaltan fiziksel hastalıklar arasında; Koroner Arter Hastalığı, Miyokard Infarktüsü gibi kardivovasküler hastalıklar, Diyabetes Mellitus (DM), Hipertansiyon, Obezite vb. olduğu bilinmektedir (Erginer ve Günüşen 2013, Demir ve ark. 2016). Kısa ve ark. (2008) yaptığı retrospektif bir çalışmada yatarak tedavi gören ruhsal bozukluğu olan bireylerde fiziksel hastalıkların görülme sıklığının %38 olarak, en çok Endokrin hastalıklarda olduğu saptanmıştır (Kısa ve ark. 2008). Başka bir çalışmada ise 142 hastanın %51,4'ünün fiziksel bir hastalığının olduğu bulunmuştur (Demir ve ark. 2016). Yine, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarında antipsikotik kullanımının, metabolik risk faktörüne sebep olduğu da saptanmıştır (Mitchell ve ark. 2012).

Ruhsal bozukluğun psikiyatrik ve fiziksel belirtileri, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri ve bu süreçlere uyum gibi hastalığa bağlı nedenler, sigara ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlığı, sedanter yaşam gibi sağlıksız yaşam davranışları ve diğer etmenler bireyin yaşamını etkileyen nedenler arasında yer almaktadır (Robson ve Gray 2007p). Hasta bireyin ruhsal bozukluğa uyum sürecinde fiziksel sağlığı ve sağlıklı yaşam davranışları geliştirmesi genellikle arka planda kalmaktadır. Hasta bireyin kendini iyi ifade etmede zorlanması ve sağlıklı davranışlar geliştirme ve sürdürme konusunda bilgi düzeyinin düşük olması; sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluk tanısı alan bireylere karşı önyargılı davranması ve bu hastalarla çalışmak istememeleri ve bu konuda yeterli bilgiye

sahip olmama durumu gibi sebepler ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerin fiziksel sağlık hizmeti alamamasının nedenleri arasındadır (De Hert 2011a; Mitchell 2012). Fiziksel sağlık hizmetini alamaması ve sağlıksız yaşam davranışlarını sürdürmemesi bireyin yaşam süresini kısaltmakta, sağlık bakım maliyetlerini arttırmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucu fiziksel sağlık soruları oranlarının bu şekilde yüksek bulunması bütüncül (holistik) bakım düşüncesi ile örtüşmemektedir. (Blythe ve White 2012; Demir ve ark. 2016) Sağlıksız davranışlarının saptanmasında ve sağlıklı davranışlar ile değiştirilmesinde hasta bireylerle daha fazla vakit geçirdikleri ve onları yakından izledikleri için ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerine (RSPH) önemli bir rol düşmektedir. RSPH'nin, bu hastalıkları önleme veya erken müdahale etmede direk rol almaları ve hastalara yönelik düzenli fiziksel tanılama ve antropometrik ölçümleri yapması morbidite ve mortaliteyi azaltmak açısından önemlidir. Ancak önemli parametreleri içeren kılavuz ve rehberlerin yetersiz ve hizmet içi eğitimlerin eksik olması, RSPH'nin kendilerini bu alanda yetersiz algılamalarına ve bu rolü üstlenmekte kararsızlık yaşamalarına neden olmaktadır (White ve ark. 2009). Lisans düzeyinde fiziksel sağlık sorunlarının saptanması ve sağlığı geliştirme davranışlarının konu edinildiği derslerin, psikiyatri servislerindeki hasta bireylere uygulanmasına yönelik bilgi ve becerileri de içermesinin bu konu ile ilgili duyarlılığı arttırmada etkili olacağı belirtilmiştir (Martin 2015). Çünkü davranış değişikliği için hasta bireyin bu konudaki motivasyonu, bilgi düzeyi, tutumu vb. faktörlerin hasta bireylerde gözlenmesi ve bu faktörler dikkate alınarak yapılacak değişikliklerle daha olumlu sonuçlar alınacağı düşünülmektedir. (Erginer ve Günüşen 2013; Buhagiar ve ark. 2011).

1.2. Araştırmanın Amacı

Günümüzde dünyada ve ülkemizde kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin fiziksel sağlık durumları ve karşılaşılan sorunların çözümü ile ilgili çalışmalar artmaktadır. Hasta bireylerin fiziksel sağlık sorunlarını iyi ifade edememesi, psikiyatri alanında çalışan sağlık profesyonellerinin bu belirtilere karşı duyarsız davranması ve diğer sağlık profesyonellerinin bu belirtileri ruhsal bozukluğa bağlamaları nedeniyle bu alanın ihmal edildiği, bu nedenle yaşam kalitelerinin düştüğü ve mortalite oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir **(**Demir ve ark. 2016**).** Aynı zamanda, bu bireylere karşı ayrımcı ve damgalayıcı davranışlar sergilenmesi, bireylerin tıbbi bakım arama davranışını göstermeme nedenleri arasında yer almaktadır.

Birçoğu değiştirilebilir faktörlerle seyreden bu hastalıklarla ilgili verilen bakım yetersiz düzeydedir. Bakımın yetersiz düzeyde kalmasında, tanılama araçlarının eksikliği/yetersizliğinin yanı sıra RSPH'nin fiziksel sağlığa yönelik tutumlarının da etkisi olabilmektedir (Yalçın ve ark. 2019). Yeterli sağlık hizmetlerine ulaşılmasında hem psikiyatri alanı hem de diğer alanlarda çalışan sağlık profesyonelleri aktif yer almalıdır. RSPH, hasta bireylerle uzun vakit geçirmekte ve bütüncül bir sağlık bakımı sağlamaktadırlar. Bu sebeple aldığı ciddi ruhsal bozukluk tanısı sebebiyle sağlık merkezine gelen hastanın fiziksel sağlık sorunlarının saptanmasında da önemli rolleri bulunmaktadır (Bradshaw ve Pedley 2012; Erginer ve Günüşen 2013).

Ülkemizde ise ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık düzeyini belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlıdır (Demir ve ark. 2016; Erginer ve Günüşen 2013; Kısa ve ark. 2008; Küçük ve ark. 2018). Bununla beraber literatüre bakıldığında, psikiyatri kliniklerine başvuran ve yatan hastaların fiziksel sağlık durumunu belirlemeye yönelik formlar istenilen düzeyde değildir. Bu araştırmanın amacı, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde fiziksel sağlık durumunu tanılamak, takip etmek ve risk değerlendirmesi yapmak amacıyla geliştirilmiş olan "Sağlığı Geliştirme Profili-SGP)" (The Health Improvement Profile-HIP)'ni Türkçeye uyarlamak ve ve SGP'nin ilk kullanımına ilişkin pilot sonuçları vermektir.

1.3. Araştırma Sorusu

1. Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde fiziksel sağlık durumunu tanılamak, takip etmek ve risk değerlendirmesi yapmak amacıyla geliştirilmiş olan "Sağlığı Geliştirme Profili-SGP"nin Türkçe dil eşdeğerliliği nasıldır?
2. Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin bu form doğrultusunda fiziksel sağlık sorunları nelerdir ve hangi değişkenlerden etkilenmektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ciddi Ruhsal Bozukluk Kavramı

Literatürde şiddetli akıl hastalığı ve kronik ruhsal hastalık olarak bilinen ciddi ruhsal bozukluklar, hastaneye yatış ve bakım gereksinimi yüksek olan bozukluklardandır. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluklar, depresif bozukluklar ciddi ruhsal bozukluklar altında yer almaktadır. (Amerikan Psikiyatri Birliği 2015).

2.1.1. Şizofreni

Ciddi ruhsal bozukluklar arasında yer alan şizofreni, varsanılar, sanrılar ve düşünce bozukluklarından oluşan pozitif belirtiler, sosyal izolasyon ve toplumdan geri çekilme gibi negatif belirtiler ve bilişsel (kognitif) belirtilerle karakterize psikotik bir bozukluktur. Bilişsel belirtiler, şizofreni tanılı bireylerde çok yaygın olarak görülmekte olup konsantrasyon, organizasyon, planlama işleri ile ilgili problemler yaratarak günlük yaşamı etkilemektedirler. "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı"na ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-V") göre şizofreni tanısı için bireyde varsanı, sanrı veya darmadağın konuşma belirtilerinden birinin bulunması gerekmektedir. Yine bireyde görülen negatif belirtiler ile birlikte işlevsellikte bozulma da 6 ay gibi bir süre boyunca gözlemlenmelidir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2015).

Şizofreni sık görülmemekle birlikte, yaklaşık olarak her yüz kişiden bir kişiyi etkilemektedir. Saha ve ark.'nın yürüttüğü meta-analiz çalışmasına göre şizofreni görülme oranı ‰4,2 şeklindedir (Saha ve ark. 2008). Sıklıkla yirmili yaşlarda başlangıcı görülen şizofreni erken dönemde ortaya çıkmaktadır. Kadın ve erkekte eşit oranda yaygın olduğu bilinmektedir, ancak erkek bireyler kadınlara kıyasla daha genç yaşta tanı almaktadır (Palmer ve ark. 2001). Şizofreni kronik bir rahatsızlıktır ve yaşam beklentisi genel nüfusa göre yaklaşık 20 yıl daha düşüktür (Wahlbeck ve ark. 2011). Mortalite oranlarının yaklaşık üçte ikisi kalp-damar hastalıkları, kanser, solunum ve akciğer hastalıkları gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır (Colton ve Manderscheid 2006). Şizofreni belirtilerinin varlığı bireyin sıklıkla sosyal veya mesleki sorunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır (Rosenheck ve ark. 2006). Belirtilerin saptanmasından sonra erken müdahale etmek prognozun olumlu ilerlemesine katkı sağlamakta ve intihar riskini azaltmaktadır (Melle ve ark. 2006).

2.1.2. Bipolar Bozukluk

Bipolar (iki uçlu) bozukluk, elasyon halindeki duygu durum hali (mani veya hipomani) ve depresyon ile karakterize uzun süreli görülen bir ruhsal bozukluktur. Belirtilerin zamanla değişme durumu ve görülme süreleri nedeniyle bipolar bozukluk tanısı koymak oldukça zordur. Bu nedenle, bipolar bozukluk tanısı almadan önce bireyler, başlangıcı itibariyle ruh sağlığı hizmeti veren kurumlarda ortalama sekiz yıl gibi uzun bir süre gecikme yaşamaktadırlar (Mantere ve ark. 2004). Bipolar bozukluk, tip I ve tip II olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tip I, depresyon atakları olmayan, mani veya hipomani dönemlerini içermektedir. Tip II ise, hipomani ya da mani dönemlerinin yanı sıra depresif dönem de görülmektedir. (Amerikan Psikiyatri Birliği 2015). Avrupa'da yapılan çalışmalar sonucunda bipolar bozukluk tip I'in yaşam boyu prevalansı yüzde 0,1 ila yüzde 2,4 arasında değişmekte iken bipolar bozukluk tip II'nin prevalansı yüzde 0,2 ila 2,0 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır (Rihmer ve ark., 2001; Ten Have ve ark. 2002; De Zelicourt ve ark. 2003; Pini ve ark. 2005). Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), solunum yolu hastalıkları ve yüksek oranda intihar prevalansı nedeniyle bipolar bozukluğu olan bireylerde mortalite oranı artmaktadır (Colton ve Manderscheid 2006).

Bipolar bozukluk depresif dönemde olan hastalar çoğunlukla kendini hüzünlü, ümitsiz, boş veya değersiz hissetmekle birlikte karamsarlık hali söz konusudur. Enerjide azalma, odaklanma ve hatırlamada güçlük, anhedonia, aşırı uyuma görülmektedir. Manik dönemde ise depresif dönem belirtilerinin aksine aşırı mutlu, öforik, enerji doludur. Bireyler çok hızlı konuşur, uyku ve yemek ihtiyacı duymazlar ve kolayca ajite olurlar. Riskli davranışlarda (büyük miktarlarda para harcamak ya da riskli cinsel ilişkiye girmek) bulunma eğilimleri yüksektir. Manik dönemde genellikle işlevlerde ciddi bir bozulmaya yol açması nedeniyle hastaneye başvuruyu zorunlu kılmakta, bazen de zorunlu yatış gerektirmektedir. Mikst epizod olarak bilinen karışık dönemde ise bipolar bozukluğu olan bazı bireyler, aynı zamanda hem mani hem de depresyondan oluşan karma bir duygusal durum yaşayabilmektedirler (Amerikan Psikiyatri Birliği 2015).

DSM-V'te yer alan mani ve depresif döneme ait tanı kriterlerine göre yukarıda belirtilen depresif, mani veya mikst epizod belirtilerinin günün büyük bir bölümünde gözlemlenmesi ve bireyin gün içinde işlevselliğini bozması ve en az bir hafta süreyle devam etmesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2015).

Bipolar bozukluğu olan bireylere erken teşhis, tedaviye uyumu kolaylaştırma, etkili bir tedavi süreci sağlama gibi sonuçların kazanılmasında etkilidir. Ancak bipolar

bozukluğu olan birçok insan, ruh sağlığı hizmetlerine başvurmamakta veya tanı alma sürecinde sıkıntılar ile karşılaşabilmektedirler (Ten Have ve ark. 2002).

2.1.3. Depresif Bozukluk

Sıklıkla görülen duygudurum bozukluklarından biri olan majör depresif bozukluk çökkün, hüzünlü duygudurum ile karakterizedir. Bireyde yeti yitimine neden olmakla birlikte, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, anhedonia, ilgisizlik, enerjide azalma gibi belirtiler görülmektedir. Bromet'in yürüttüğü 12 aylık izlem çalışması sonucu prevalans oranı gelir düzeyi düşük ülkelerde %11.1 iken gelir düzeyi yüksek ülkelerde %14.6 şeklinde bulunmuştur ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Bromet 2011). Lim ve ark. (2018) yürüttüğü meta-analiz çalışmasında 1994-2014 yılları arasında depresyonun yaşam boyu görülme prevalansının %10,8 olduğu belirtilmektedir (Lim ve ark. 2018).

Depresif bozukluk tanı kriterleri arasında çökkün duygudurumun uzun süre devam etmesi, ani ve çok kilo verme veya alma, uykusuzluk, kendini değerli hissetmeme, odaklanma ve plan yapmada güçlük ve suicidal düşünceler yer almakta ve belirtilerin iki hafta sürmesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2015). Depresif bozukluğa komorbid şekilde madde ve alkol kötüye kullanımı sıklıkla görülebilmektedir (Brière ve ark. 2014). Tanı süreci gibi tedavi sürecinde de kapsamlı değerlendirme önemlidir. Psikofarmakolojik ajanlar ile tedavinin yanı sıra psikoterapilerden yararlanılmaktadır. Depresif bozukluğun prognozunu olumsuz etkileyebilecek komorbid bozuklukların tedavisi de yürütülmelidir.

Şizofreni, bipolar bozukluk veya depresyon gibi ciddi ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler tanı, tedavi ve rehabilitasyon gibi yönetilmesi karmaşık süreçler esnasında bir çoğu çözümlenebilir sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedir.

2.2. Ciddi Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerin Karşılaşabileceği Sorunlar

Ruh sağlığını etkileyen bir çok faktör söz konusudur. Bireyin yaşam tarzı seçimleri, sağlık davranışları ve yaşam deneyimleri ruh sağlığının sürdürülmesinde etkili olmaktadır. Ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında bu faktörlerin yanı sıra genetik faktörler de rol oynamaktadır. Bireyin ruhsal bozukluk tanı alması öncesinde tanı ile ilişkili bazı belirtiler ortaya çıkmakta ve bu belirtilerin şiddeti, görülme sıklığı ve bireyin günlük yaşamda işlevselliğini etkileme düzeyine göre uygun tanı konmaktadır (Sperry

2015). Geçmişte bireyin gösterdiği psikolojik belirtilerin azaltılmasına yönelik girişimler daha yaygın görülse de günümüzde bireyin kendi hayatını ve deneyimlerini algılama durumları olarak tanımlanan iyilik halinin sürdürülmesi ve arttırılmasına yönelik girişimler de önem kazanmaktadır (Slade 2010). Gerek ruh sağlığının bozulması gerekse iyilik halinin sürdürülememesi sonucu meydana gelen psikososyal sorunlar ve fiziksel sağlık sorunlar ruhsal bozukluğu olan bireylerin hayatını önemli derecede etkilemektedir.

2.2.1. Psikososyal Sorunlar

Ciddi ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ve yakınlarının karşılaştığı psikososyal sorunlar arasında sağlıkta eşitsizlik, sosyal sınıf ayrımı, sosyal adaletsizlik, yoksulluk ve sosyal damgalama (stigma) yer almaktadır. Bireylerin yaşam şartları, eğitim düzeyleri, çalışma koşulları ve ekonomik durumları sağlık hizmetlerinden yararlanmada etkin bir rol oynamaktadır. Bu sosyal faktörler bir çok ruhsal bozukluk tanısı olan birey için yeterli düzeyde olmayabilir (Sharac ve ark. 2010; Nash 2013; Adriaensen ve ark. 2011). Özellikle bireylere karşı gösterilen damgalama ve ayrımcılık bireyin insan haklarını ihlal eden durumlar yaratmaktadır. Böylelikle ruhsal bozukluğu olan birey ve bireyin yakınları toplumun yarattığı çerçeve içerisinde yaşamaya zorlanmaktadır (Ngui ve ark. 2010). Ancak bilinmektedir ki sosyal sorunların büyük bir kısmı uygun şartların sağlanması, ruh sağlığı politikalarında sosyal sorunlara yönelik çözümlerin arttırılması ile önlenebilir durumlardır (Ngui ve ark. 2010; Adriaensen ve ark. 2011).

2.2.2. Fiziksel Sağlık Sorunları

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadığı ve fakat ihmal edilen alanlardan biri fiziksel sağlık sorunlarıdır. Ruh sağlığı politikaları, uygulamaları ve yapılan araştırmalar sonucu her geçen gün artarak görülen fiziksel sağlık sorunlarına dikkat çekilmeye çalışılmaktadır. Geçmişten günümüze bireysel faktörler, sağlık profesyonelleri ve/veya sağlık kurumlarından kaynaklanan faktörler nedeniyle ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığı ihmal edilmiş alanlar arasındadır. Fiziksel sağlığın ihmal edilmesinde etkili olan bireysel faktörler arasında yaşam tarzı seçimleri, aile öyküsü, bireyin ruhsal durumuna ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyi; sağlık profesyonellerinden kaynaklanan faktörler arasında fiziksel sağlık alanında yeterli bilgiye ve uygulamaya ilişkin yeterli özgüvene sahip olmama, yetersiz sayıda insan gücü ile çalışma, hastaları damgalama ve fiziksel sağlık sorunlarının saptanmasına yönelik olumsuz tutumlar; sağlık kurumlarından kaynaklanan faktörler arasında fiziksel sağlığın takibinin hangi birim ve kişiler tarafından

yapılması konusunda planlama eksikliği ve tanı, tedavi ve izlem ile ilgili sistem ve kaynakların oluşturulmamış olması yer almaktadır (Nash 2013).

Sağlıklı yaşam hakkı toplumdaki her bireyi kapsamaktdır. Ancak, geçmişten günümüze bu konu ile ilgili sıklıkla karşılaşılan tutum sonucu ruhsal bozukluğu olan bireylerde fiziksel sağlık sorunları göz ardı edilmektedir ve bu durum günümüzde de geçerliliğini korumaktadır (McIntyre ve ark. 2007; Tidemalm ve ark. 2008). Bu konudaki karmaşıklığı ortaya koyan bir çok kanıt olsa da hastalardan, sağlık profesyonellerinden ve sağlık sisteminden kaynaklanan karmaşıklık sonucu bireylerin yaşam kaliteleri azalmaktadır (Huỳnh ve ark. 2018).

Şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon gibi ciddi ruhsal bozukluk tanısı olan bireylerin genel topluma oranla mortalite oranlarının 2-3 kat daha yüksek olduğu yapılan çalışmalar sonucu bilinmektedir ve bu sorunlar bireylerin yaşam sürelerini 13 ila 30 yıl arası kısaltmaktadır. Obezite, diyabetes mellitus (DM) veya kanserler toplumda sık görülmekle birlikte; ciddi ruhsal bozukluk tanısı olan bireyleri daha fazla etkilemektedir (De Hert ve ark. 2011a). Ciddi ruhsal bozukluk tanısı olan bireylerin fiziksel sağlığını etkileyeen bir çok faktörün olduğu bilinmekle birlikte; bu durumun tespit edilmesi ve değiştirilmesi yönünde yetersizlikler söz konusudur.

Fiziksel sağlık sorunlarının belirlenememesinde ciddi ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerden kaynaklanan faktörler de söz konusudur. Tanı aldığı ruhsal bozukluk belirtileri nedeniyle fiziksel sağlık ile ilgilenmemeleri, ruhsal bozukluk şiddetinin birey için yönetilemez seviyede olması, fiziksel sağlık sorunlarının veya bu sorunları ortaya çıkarabilecek risk faktörlerinin farkında olmama veya fark edilen belirtileri sağlık profesyonellerine iletmeme en sık görülen nedenler arasında yer almaktadır (Phelan ve ark. 2001; Sokal ve ark. 2004; Gal ve ark. 2017). Ayrıca belirlenen risk faktörleri veya sağlık sorunları ile ilgili bireylerin yapması gerekenlerin takibi, uyumu ile ilgili sorunlar da mevcuttur (Hennekens 2007; Robson ve Gray 2007; Kane 2009;).

Bireyin ruhsal bozukluğuna eşlik eden fiziksel sağlık sorunlarının tanılanmasında karşılaşılan güçlüklerden bir diğeri ise, sağlık profesyonelleri tarafından bireyin ruhsal bozukluk tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreci ile ilgilenilmesi fakat fiziksel sağlık sorunlarının sorgulanmamasıdır. Bu durum, psikiyatri alanında uzman sağlık profesyonelinin önceliği ruhsal durum ile ilgili sürece vermesi, fiziksel sorunların psikosomatik belirtiler olarak değerlendirilmesi, veya fiziksel sağlık alanı ile ilgili

ekipman ve/veya bilgi yetersizliğinin olması nedeniyle görülmektedir (Druss ve ark., 2010; Lawrence ve Kisely 2010; Carson ve ark. 2016). Ayrıca sağlık profesyonellerinin ruhsal bozukluğu olan bireyleri damgalamaları ile psikiyatri alanında uzman profesyonellerin iki alan ile ilgili tanı ve tedavi sürecinin yönetiminin zorluğu fiziksel sağlık sorunlarının tespit edilmemesinde rol oynamaktadır (Phelan ve ark. 2001; Fleischhacker ve ark. 2008; Kane 2009; Acı ve Kutlu 2019).

Bireyin kendisinden ve sağlık profesyonellerinden kaynaklanan nedenler dışında sağlık sistemi ve politikaları nedeniyle de ciddi ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerin fiziksel sağlık sorunları belirlenememektedir. Bireyin istihdam edilmemesi ve bu nedenle sağlık sigortasının olmaması, bütüncül check-up (kontrol) muayenelerini karşılayamamasıdır. Ayrıca ruhsal bozukluğu olan bireyin takibi için sağlık kurumlarının entegre olmaması sonucu elde edilen ruhsal ve fiziksel sağlıkla ilgili hasta verilerinin birlikte kayıt altında tutulmaması söz konusudur. Bununla birlikte ülkelerin ruhsal bozukluklar için ayırdıkları bütçelerinin kısıtlı olması da bu alanın geri planda kalmasını açıklamaktadır (Zeber ve ark. 2007; Fleischhacker ve ark. 2008; Kane 2009; Lawrence ve Kisely 2010; Maj 2010).

2.3. Ciddi Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerde En Çok Etkilenen Sistemler ve Sık Görülen Fiziksel Sağlık Sorunları

Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde bazı fiziksel hastalıkların görülme oranında artış olduğunu gösteren birçok çalışma söz konusudur. Oud ve Meyboom-de Jong (2009), tarafından yapılan bir sistematik derlemede psikoz belirtileri gösteren bireylerin %74'ünde komorbid fiziksel sağlık sorunlarının görüldüğü saptanmıştır (Oud ve Meyboom-de Jong 2009).

Leucht ve ark. (2007), ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunları açısından yüksek riskli olduğuna dair kanıtların bulunduğunu vurgulamıştır (bkz. Tablo 2.3-1).

Tablo 2.3-1 Ciddi Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Görülme Oranı Yüksek Olan Fiziksel Sağlık Sorunları

Hastalık Kategorisi	**Görülme Sıklığı**
Bakteriyel Enfeksiyonlar ve Mikozlar	Tüberküloz (+)
Viral Hastalıklar	HIV (++), Hepatit B ve C (+)
Neoplastik Hastalıklar	Kanser (+)
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	Osteoporoz/Düşük Kemik Mineral Yoğunluğu (+)
Stomatognatik Sistem Hastalıkları	Kötü Oral Hijyen (+)
Solunum Yolu Hastalıkları	Akciğer Fonksiyon Bozukluğu (+)
Ürolojik ve Erkek Üreme Organ Hastalıkları	Cinsel İşlev Bozukluğu (+)
Kadın Üreme Organ Hastalıkları ve Gebelik Komplikasyonları	Obstetrik Komplikasyonlar (++), cinsel disfonksiyon (+)
Kardiyovasküler Hastalıklar	İnme, Miyokardiyal Enfarktüs, Hipertansiyon, Diğer Kardiyak ve Vasküler Hastalıklar (++)
Beslenme ve Metabolik Hastalıklar	Obezite (++), Diabetes Mellitus (+), Metabolik Sendrom (++), Hiperlipidemi (++)
Endokrin Sistem Hastalıkları	Tiroid disfonksiyonu(+), hiperprolaktemi(+)

(++) Yüksek risk için kesin kanıtlar sunar, (+) Yüksek risk için muhtemel kanıtlar sunar (Leucht ve ark. 2007)

2.3.1. Kardiyovasküler Sistem ve Hastalıkları

2.3.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) için Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında, bireyin yaş, cinsiyet, etnik köken ve genetik özellikleri bulunmaktadır.

Yaş ve Cinsiyet

Toplumda KVH görülme oranı yaşla birlikte artmaktadır. KVH, cinsiyetler arasında görülme oranı incelendiğinde 65 yaşına kadar erkeklerde kadınlardan daha yaygındır ve ilerleyen yaşlarda bu oran eşitlenmektedir (World Heart Federation 2017). Yapılan bir çalışmaya göre, 35-44 yaşlarındaki erkeklerin aynı yaştaki kadın bireylere göre KVH'den ölme olasılığı altı kat daha fazladır, ancak KVH'ya bağlı ölümler 75 yaşın

üzerindeki erkeklerde ve kadınlarda eşittir (Mercuro ve ark. 2010). Ciddi ruhsal bozukluğu olan 46,163 birey üzerinde yapılan bir çalışmada, konjenital kalp hastalığından (KKH) kaynaklı ölüm riski 18-75 yaş arasında arttığı, ancak 75 yaşın üzerinde herhangi bir artış göstermediği saptanmıştır. Aynı çalışmada, 18-49 yaşlarındaki ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalar için inme riski daha yüksek iken, 50 yaşın üzerindeki hastalarda yüksek risk görülmemektedir (Osborn ve ark. 2007).

Etnik Köken

Risk faktörleri etnik kökenleri farklı olan bireyler arasında önemli ölçüde değişmektedir; örneğin, aterosklerotik hastalık ve KKH, Afro-Karayip kökenli olan bireylerde nispeten daha nadir görülmektedir (Lip ve ark. 2007). Bu grubun Avrupalılara kıyasla glikoz intoleransının yüksek, lipoprotein yoğunluğunun ve trigliserid (TG) konsantrasyonunun düşük olmasına rağmen, KKH görülme oranı aynı derecede artmamaktadır (Tillin ve ark. 2013).

Buna karşılık, Güney Asyalılarda KVH sıklığı epidemik oranlardadır (Lip ve ark. 2007). Sigara, kan basıncı, obezite ve kolesterol gibi risk faktörleri Güney Asyalıların alt grupları arasında değişmektedir. Bazı değerler, Avrupa popülasyonu ile karşılaştırıldığında eşdeğer seviyede veya daha düşüktür; bununla birlikte, glikoz intoleransı, obezite, açlık TG ve insülin seviyeleri, kıyaslandığında homojen olarak yükselmektedir (Pinchevsky ve ark. 2020).

Aile Öyküsü

Ailesinde KVH öyküsü olan bireyler, erken KVH tanısı için daha fazla risk altındadır (Williams ve ark. 2001;Imes ve ark. 2014).

2.3.1.2. Kardiyovasküler Hastalıklar için Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Değiştirilebilir risk faktörleri ise obezite, dislipidemi, kan basıncı ve DM yönetimi, stres ve sağlığı etkileyen zararlı davranışlar (fiziksel aktivite azlığı, sigara ve alkol kullanımı) gibi birey tarafından değiştirilebilen faktörlerdir.

Bazı antipsikotik ilaçlar, özellikle klozapin ve olanzapin gibi atipik antipsikotikler, kardiyometabolik riski arttırmaktadır. Bu antipsikotiklerin bazılarını kullanan bireylerde metabolik sendrom ve DM (veya prediyabet) oranları %50'den fazla olacak şekilde görülebilmektedir (Manu ve ark. 2012). Aksine, birçok çalışma da ise, tedavi edilmemiş şizofreni hastalarında metabolik sendrom oranının %10 olduğu bulunmuştur (Chiu ve ark. 2010; Manu ve ark. 2012). Bu çelişkili sonuçların antipsikotik

kullanımından ziyade ciddi ruhsal bozukluğun şiddetindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Obezite

Obezite ve ateroskleroz, yüksek kan basıncı, yüksek total kan kolesterol seviyesi ve tip 2 DM arasında bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Wilson ve ark. 2002). Bunun nedeni, değişen metabolik profil, kalp yapısındaki çeşitli değişiklikler ve adipoz doku olarak işlev gören dokunun fazla miktarlarda birikmesidir (Poirier ve ark. 2006).

Bazı antipsikotik ilaçlar kilo alımına neden olabilmektedir (Allison ve Casey 2001). Yapılan bir çalışmada görülmektedir ki histamin reseptör blokajının, antipsikotik nedeniyle kilo alımına neden olduğu ve bunun DM'nin birincil nedeni olduğu sonucuna varılmıştır (Matsui-Sakata ve ark. 2005). Ancak, Holt ve Peveler (2009), ciddi ruhsal bozukluğu olan tüm bireylerde, obeziteyi ilaç tedavisine atfetmenin çok basit olduğunu iddia etmektedir (Holt ve Peveler 2009). Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde obezite gelişme nedeni olarak, antipsikotik ilaç kullanımı ve ruhsal bozukluğun varlığı ile bireyin genotipi ve fenotipinin etkileşimlerinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir.

Sistematik olarak izlenen şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerle yapılmış iki meta-analiz çalışmasına göre bireylerin yaklaşık yarısının obez olduğu bulunmuştur (Mitchell ve ark. 2012; Vancampfort ve ark. 2017).

Dislipidemi

Kanda bulunan iki ana lipid maddesi kolesterol ve TG'dir. Vücudumuz ihtiyacımız olan bu iki lipid maddesini kendisi üretir. Her ikisi de suda çözünmez oldukları için, kanda, "kötü" kolesterol olarak bilinen düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) ve "iyi" kolesterol olarak bilinen yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) yapıları ile taşınmaktadırlar. Dislipidemi, kanda anormal derecede kolesterol, TG veya lipoprotein konsantrasyonunun artmasıdır. Bu durum aynı zamanda HDL kolesterolün anormal derecede düşük konsantrasyonda olması sonucu da ortaya çıkabilmektedir ve KVH için bir risk faktörüdür. Prospektif yürütülen bir çalışmada 7887 kadın ve 6394 erkek bireyin TG düzeylerinin yüksek olmasının kalp hastalığı ve ölüm riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Nordestgaard ve ark. 2007).

Başka bir çalışmada ise, ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların HDL-kolesterol seviyelerinin düşük olduğu ve total kolesterol düzeyinin HDL-kolesterol oranına göre yüksek olduğunu gösterilmiştir (Osborn ve ark. 2006). Ciddi ruhsal bozukluğu olan

bireylerle yapılan iki meta-analiz çalışmasında, %40 oranında hipertrigliseridemi olduğu bulunmuştur (Mitchell ve ark. 2012; Vancampfort ve ark. 2017).

Kan Basıncı

Dirençli yüksek seyreden kan basıncı miyokard enfarktüsü ve inme riskini artırmaktadır (NICE 2019). Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerle yapılan iki meta-analiz çalışmasında, beş kişiden ikisinin hipertansiyon tanısı aldığı gösterilmiştir (Mitchell ve ark. 2012; Vancampfort ve ark. 2017). İngiltere'de ciddi ruhsal bozukluğu olan 800 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %34'ünün hipertansif olduğu sonucuna erişilmiştir (Eldridge ve ark. 2011). Ancak, Birleşik Krallıktaki genel nüfus sağlık taraması sonucu 35 yaş üstü erkeklerin %32'sinde ve kadınların %27'sinde yüksek seyreden kan basıncı olduğu saptanmıştır (Health and Social Care Information Centre 2010). Bazı çalışmalarda ise, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin genel popülasyona göre kan basıncı farkının genel olarak çok az olduğu bulunmuştur (Osborn ve ark. 2006; Leucht ve ark. 2007). Bunun nedeni, antipsikotik ilaçların kan basıncını düşürme etkisine bağlı olduğu düşünülmektedir (Gugger 2011).

Diyabetes Mellitus (DM)

DM tanısı, KVH ile ilişkili sorunların artmasında rol oynamaktadır ve mortalite oranlarının %50'sini oluşturmaktadır. (Morrish ve ark. 2001). DM genel nüfusun yüzde 5'ine karşılık gelecek şekilde şizofreni hastalarının yüzde 15'inde görülmektedir (Bushe ve Holt 2004; Holt ve Peveler 2006). Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerle yapılan meta-analiz çalışmalarında, her üç kişiden birinde metabolik sendrom, DM veya prediyabet olduğu bulunmuştur (Mitchell ve ark. 2012; Vancampfort ve ark. 2017). Risk faktörleri arasında aile öyküsünde DM görülmesi, fiziksel aktivitede yetersizlik, sağlıksız beslenme, sigara, alkol ve antipsikotik ilaçların metabolik etkileri mevcuttur (Gough ve Peveler 2004). DM tanısı alan bireylerde depresyon ve/veya anksiyete görülme ihtimali üç kat daha fazladır (Grigsby ve ark. 2002; Goldney ve ark. 2004). Bu durum, hastalıkların tedavi sürecine uyumuna ve hastalığı yönetememeleri bağlı olarak ortaya çıkmakta ve KVH riskini daha da artırmaktadır (Williams ve Pickup 2004).

Psikososyal Stres

Psikososyal stresin KVH için önemli bir risk faktörü olduğu hipotezini destekleyen çalışmalar literatürde artmaktadır (Bairey Merz ve ark. 2002). Bununla birlikte, şizofreni tanılı bireylerin strese uyum sağlamada güçlük yaşadığı bilinmektedir (Betensky ve ark. 2008).

2.3.2. Solunum Sistemi Hastalıkları

Tüberküloz (TB)

Şizofreni ve bakteriyel enfeksiyonlar arasındaki ilişki ile ilgili yapılmış çalışma sayısı yeterli değildir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde, genel popülasyona kıyasla şizofreni hastalarında daha yüksek tüberküloz (TB) insidansı bulunmuştur (De Hert ve ark 2011a; Pachi ve ark 2013).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde TB'nin yaygınlığının arttığı belirtilmiştir (Kuo ve ark. 2013). Bu çalışmaların çoğu hastane ortamlarında yürütüldüğünden, TB gelişmesi için risk faktörünün ruhsal bozukluk değil, çevre olduğu öne sürülmektedir. Bu görüş, rehabilitasyon merkezlerinde yaşayan bireylerin TB önleme prosedürlerinden yoksun olabileceğinden kaynaklanmaktadır (Cavanaugh ve ark. 2012). ABD'de (2008) ruhsal bozukluğu olan yetişkinler için hizmet veren bir kurumda kalanların TB tanısı aldığı ve bu kurumda kalan bireylerin tıbbi sorunlar için rutin olarak taranmadığı saptanmıştır. (Mishin ve ark. 2008)

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi kronik solunum problemlerinin prevalansı ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde anlamlı derecede yüksektir (Himelhoch ve ark. 2004; Sokal ve ark. 2004; Chafetz ve ark. 2005; Carney ve ark. 2006; Copeland ve ark. 2007; Batki ve ark. 2009). Bu durumun, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaklaşık yüzde 50'sinin sigara içmesinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Mitchell ve ark. 2012; Vancampfort ve ark. 2017). Sistematik bir derleme, bu popülasyonda KOAH'ın en sık görülen hastalık olduğunu ortaya koymuştur (Oud ve Meyboom-de Jong 2009). Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada (Filik ve ark. 2006) şizofreni hastalarında genel popülasyona göre daha yüksek oranda akciğer fonksiyon bozukluğu olduğu saptanmıştır.

2.3.3. Üreme Sistemi Hastalıkları

Türlerin devamı için üreme gereklidir. Hem erkek hem de kadından geçen genler, yeni bir bireyin genetik yapısını oluşturmaktadır. Ancak ruhsal bozukluğu olan bireylerde riskli davranışlar sonucu üreme sistemi hastalıkları görülebilmektedir (Carey ve ark. 2004; Leucht ve ark. 2007; Kumar ve ark. 2015).

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus - HIV)

Şizofreni ve İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü **(**HIV) arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Leucht ve ark. 2007). Bu çalışmalar, şizofreni

hastalarında HIV pozitif yaygınlığının genel popülasyona göre genellikle daha yüksek olduğunu, ancak çok değişken olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni, bazı çalışmaların HIV açısından yüksek riskli bölgelerde (Amerika Birleşik Devletleri'nin doğu kıyısı gibi) yapılmış olmasından, bazı çalışmaların ise Asya gibi HIV prevalansı düşük bölgelerde yapılmasından kaynaklanabilmektedir. HIV görülme oranının yüksek olması, madde kötüye kullanımı, riskli cinsel davranışların yüksek oranda görülmesi ve HIV ile ilişkili sorunlara ilişkin bilgi eksikliğinin olması gibi faktörler ile açıklanabilmektedir. ABD'de psikiyatri polikliniğine başvuran 430 hasta ile yapılan bir çalışmada, ciddi ruhsal bozukluğu tanısı alan bireylerde, özellikle duygudurum bozukluklarında riskli cinsel davranışların görülme oranı önemli derecede yüksek bulmuştur (Carey ve ark. 2004).

ABD'de yürütülen bir başka çalışmada (2001), HIV tanısı olmayan 6.417.667 kişi taranmıştır. Araştırmacılar, 2002 ve 2004 yılları arasında yeni HIV tanısı konan bireylerin sayılarını, madde kötüye kullanımı ve diğer psikiyatrik komorbidite görülen bireylerin sayıları ile karşılaştırmışlar, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin genel popülasyondan daha fazla yeni HIV/kazanılmış bağışıklık yetersizliği sendromu (AIDS) tanısı almadıklarını, ancak madde kötüye kullanımı bozukluğu varsa yeni tanıların iki katına çıkma olasılığının arttığını göstermiştir (Prince ve ark. 2012).

Hepatit B ve C

Ruhsal bozukluklarda hepatit üzerine çok az araştırma yapılmıştır, ancak altı farklı ülkede yapılan çalışma da şizofreni hastalarında genel popülasyona göre daha fazla hepatit prevalansı saptanmıştır (Said ve ark. 2001; Nakamura ve ark. 2004; Rosenberg ve ark. 2005; Kalkan ve ark. 2005). Başka bir çalışmada ise, HIV prevalansına benzer bulgular görülmüştür; ciddi ruhsal bozukluğu ve madde kötüye kullanımı bozukluğu olan katılımcıların %2,5'i hepatit ile enfekte olmuş iken sadece ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin %0,6'sı hepatit ile enfekte olmuştur (Rosenberg ve ark. 2005).

Cinsel İşlev Bozukluğu

Birçok çalışmada, cinsel işlev bozukluğunun genel popülasyona göre şizofreni hastalarında, daha sık görüldüğü bulunmuştur (Smith ve ark. 2002; Macdonald ve ark. 2003; Sathish Kumar ve ark. 2015). Ruhsal bozukluğun tedavisi için reçete edilen antipsikotik ilaçların hiperprolaktinemiye neden olduğu için cinsel işlev bozukluğu görüldüğü ifade edilmektedir (Kasperek-Zimowska ve ark. 2008). Hiperprolaktinemiye neden olma eğilimi, dopamin D_2 reseptör bağlanma afinitesi ve kan-beyin bariyerini geçme yeteneği nedeniyle antipsikotikler arasında farklılık göstermektedir (Holt ve

Peveler 2011). Bu yan etki, bireyin tedaviden memnuniyeti ve tedaviye uyumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Hippisley-Cox ve ark. 2007).

Obstetrik Komplikasyonlar

Şizofreni tanılı anne adayları arasında obstetrik komplikasyonların artmış olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (De Hert ve ark. 2011a). Ciddi ruhsal bozukluğu olan kadınların çoğu ilaçlarını almayı bırakmamalıdır, çünkü bu durum özellikle de bebeğin bakımıyla ilgili günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeyi etkileyebilmektedir (Einarson ve Boskovic 2009). Bununla birlikte, şimdiye kadar, gebelik sırasında antipsikotik kullanımı ile doğum komplikasyonları veya diğer olumsuz sonuçların artması arasında kesin bir ilişki bulunmamıştır (Trixler ve ark. 2005; Einarson ve Boskovic 2009). Özellikle psikofarmakolojik ajanların gebelik süresince ve sonrasında kullanımı hem fetüsü hem de anneyi fizyolojik olarak etkileme durumu olduğu için bu konu ile ilgili araştırmaların yürütülmesi etik ve hukuki açıdan uygun bulunmamaktadır. Ayrıca sigara kullanım oranı, madde ve alkol kullanımı ve düşük sosyoekonomik durum obstetrik komplikasyonların oluşumunda rol oynamaktadır (Vigod ve ark. 2020). Bipolar bozukluğu olan kadınlarda doğum sonrası psikoz görülme riskinin arttığı, bunun gebelikte duygu durum düzenleyici ilaçların alınmamasının bir sonucu olmadığı ifade edilmektedir (Jones ve Smith 2009).

2.3.4. Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları

Osteoporoz

Osteoporozu olan insanlarda kemik mineral yoğunluğu düşüktür ve bu nedenle sıklıkla kırıkların olma ihtimali yüksektir (Kishimoto ve ark. 2012). Leucht ve ark. (2007), kontrol grubundaki bireylere kıyasla, şizofreni hastalarının osteoporozu olduğunu gösteren 13 çalışmayı incelemiştir (Leucht ve ark. 2007). En küçüğü 10, en büyüğü 402 kişiden oluşan bu çalışmalarda şizofreni hastalarının, osteoporoz için daha az bakım aldıklarına dair kanıtlar bulunmuştur (Bishop ve ark. 2004).

Düşük kemik mineral yoğunluğunun sebepleri arasında sedanter yaşam tarzı, egzersiz azlığı, sigara içme, alkol ve madde kullanımı, diyet ve vitamin eksiklikleri, güneş ışığına çıkmama ve elektrolit dengesizliğine neden olan polidipsi bulunmaktadır. Bu davranışlar şizofreni hastalarında sıklıkla görülmektedir (Kishimoto ve ark. 2012). Ayrıca, birçok antipsikotik ilaç, prolaktin seviyelerini arttırmaktadır ve bu durum osteoporoza neden olabilmektedir (Holt ve Peveler 2011).

Başka bir meta-analiz çalışmasında, ruhsal bozukluğu olan bireylerde, özellikle de antipsikotik kullananlarda osteoporoz prevalansının arttığını gösteren çok fazla çalışma incelenmiştir (De Hert ve ark. 2011a). Bununla birlikte, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde osteoporotik kırık ve antipsikotiklerin kullanım epidemiyolojisini araştıran verilerin sınırlı olduğu ve bazı çelişkili sonuçlar olduğu da bildirilmektedir.

2.3.5. Diğer Sistemleri Etkileyen Fiziksel Sağlık Sorunları

Kanser

Kanser ve şizofreni arasındaki ilişkiyi gösteren çelişkili çalışmalar bulunmaktadır. Bazı çalışmalar, bu popülasyonda kanser riskinin azaldığını ortaya koymuşlardır (Lawrence ve ark. 2000; Cohen ve ark. 2001; Lichtermann ve ark. 2001; Dalton ve ark. 2003; Dalton ve ark. 2004; Barak ve ark. 2005; Dalton ve ark. 2005; Goldacre ve ark. 2005; Grinshpoon ve ark. 2005). Bu çalışmaların araştırmacıları, şizofreniye yol açabilecek genetik faktörlerin bireyi kansere karşı koruyabileceğini ortaya atmışlardır. Diğer teoriler ise bazı antipsikotik ilaçların tümörlerin büyümesini önleyebildiği ya da hastaneye sık sık yatmanın daha fazla tıbbi bakım almayı sağladığı ve bu kişilerin kirli havaya daha az maruz kaldığı yönündedir (Dalton ve ark. 2003; Grinshpoon ve ark. 2005; Goldacre ve ark. 2005).

Buna karşılık, Finlandiya'da yapılan bir çalışma, şizofreni hastalarında kanser riskinde artış olduğunu göstermiştir (Lichtermann ve ark. 2001). Belirli kanser türleri incelenen çalışmalar taranırken çelişkili sonuçlar görülmektedir. Örneğin, bazı çalışmalar şizofreni hastalarında akciğer kanseri riskinin azaldığını gösterirken; diğerleri ise riskin arttığını göstermektedir (Lichtermann ve ark. 2001; Grinshpoon ve ark. 2005; Dalton ve ark. 2004; Zhuo ve ark., 2019). Prostat kanseri bir istisnadır ve prostat kanseri şizofreni hastalarında genel popülasyona göre daha nadir bulunmuştur (Lichtermann ve ark. 2001; Barak ve ark. 2005; Dalton ve ark. 2005; Goldacre ve ark. 2005; Grinshpoon ve ark. 2005).

Son zamanlarda Birleşik Krallık taramalarıyla yapılan büyük bir kohort analizinde, kolorektal, meme ve akciğer kanseri ve tüm yaygın kanserlerin görülme oranı, ruhsal bozukluğu olan ve olmayan bireyler karşılaştırılmış, anlamlı farklılık görülmemiştir (Osborn ve ark. 2013). Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylere kanser taraması yapılma olasılığının daha düşük olduğunu belirtmek gerekir. Bazı çalışmalarda kadın şizofreni tanılı bireyler aynı yaştaki genel nüfustaki kadınlar ile kıyaslandığında

mamogram çekiminin daha az olduğu belirlenmiştir (Druss ve ark. 2002; Carney ve ark. 2006; Werneke ve ark. 2006; Chochinov 2009).

Kanser insidansından mortaliteye dönüşen bir çalışmada, ciddi ruhsal bozukluk varlığının, Birleşik Krallık'ta en yaygın görülen yedi kanserden (göğüs kanseri-prostat kanseri-akciğer kanseri-barsak kanseri-cilt kanseri-kan kanseri) ölüm riskini artırmadığını göstermiştir (Osborn ve ark. 2007).

Kötü Oral Hijyen

Şizofreni hastalarının ağız hijyenin kötü olduğunu vurgulayan birçok çalışma vardır (Kenkre ve Spadigam 2000; Lewis ve ark. 2001; McCreadie ve ark. 2004; Tang ve ark. 2004). Velasco-Ortega ve arkadaşları, çürük, diş eti iltihabı ve periodontal hastalıkların görülmesine kötü beslenme, yetersiz ağız hijyeni ve sigara içilmesinin neden olduğu ifade etmiştir. Tüm bu davranışlar şizofreni hastalarında yaygın olarak görülmektedir (Friedlander ve Marder 2002). Ek olarak, antipsikotikler, anti depresanlar ve duygu durum düzenleyicileri, tükürük salgısının azalmasına (kserostomi) neden olmakta ve kötü oral hijyen riskini arttırmaktadır (Frielander ve Marder 2002).

2.4. Ciddi Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Sağlığını Etkileyen Zararlı Davranışlar ve Sağlığı Geliştirici Davranış Değişikliği

2.4.1. Fiziksel Aktivite

Düzenli fiziksel aktivite, genel olarak KVH'dan ve özellikle KKH'dan kaynaklanan ölüm riskini azaltmaktadır (Kesaniemi ve ark. 2001). Düzenli fiziksel aktivite, yüksek kan basıncının gelişmesini önler ve geciktirir ve hipertansiyonu olan bireylerin kan basıncını azaltır (Metzgar ve ark. 2016). Ayrıca, egzersiz kan kolesterol seviyelerini düşürür ve kilo verilmesine yardımcı olmaktadır (Antunes ve ark. 2020). Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde fiziksel aktivite oranının azlığı yaygındır (Hassan ve ark. 2019). Bu durum, antipsikotik ilaçların sedatif etkileri veya bireyde motivasyon azlığı gibi faktörlerin olması nedeniyle olabilir.

2.4.2. Beslenme

Hastanın beslenme düzeni, kandaki kolesterol seviyelerini, vücut ağırlığını, kan basıncını ve kan glukoz seviyelerini etkilemektedir (Parikh ve ark. 2005). Çalışmalar göstermektedir ki, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin beslenme düzenleri daha sağlıksız olma eğilimindedir. Örneğin, meyve ve sebze tüketiminin yetersiz olması. (McCreadie ve ark. 2005), yağ, tuz ve karbonhidrat tüketiminin fazla olması (Henderson

ve ark. 2006) ve besin içeriği açısından zayıf yiyeceklerin tercih edilmesi (Peet 2004) buna neden olmaktadır.

2.4.3. Alkol Kullanımı

Günde 1-2 birim alkol tüketimi, KVH riskini azaltmaktadır (Grønbaek ve ark. 2000, O'Keefe ve ark. 2014). Birleşik Krallık'ta kullanılan kılavuzlarda, kadınlar için günlük 2–3 ünite (örn. 175 ml %13 alkol içeren bir kadeh şarap 2,3 birimdir) ve erkekler için 3-4 ünite (örn. %5,2 alkol içeren bir bardak bira 3,1 birimdir) alkol tüketimi tavsiye edilmektedir (Drinkaware 2020).

Alkol alımında aşırı artma mortalite oranını arttırmaktadır (Vogel 2002). Alkol kullanımı ve ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler hakkında çok az güncel çalışma bulunmaktadır. Başka bir çalışmada da bipolar bozukluğu olan bireylerde de aşırı alkol kullanımı tespit edilmiştir (Spijker ve ark. 2018; Castillo-Carniglia ve ark. 2019).

2.4.4. Sigara Kullanımı

Ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerde sigara kullanma oranları yüksektir. Ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerle yapılan iki meta-analiz çalışmasında, bireylerin yaklaşık olarak yarısının sigara içtiği saptanmıştır (Mitchell ve ark. 2012; Vancampfort ve ark. 2017). Yapılan bir çalışmada da genel nüfusun %28'ini ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin oluşturduğu ve bunların yaklaşık %50'sinin sigara içtiği saptanmıştır (Osborn ve ark. 2013).

Ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler, sigara kullanırken semptomlarında iyileşme olduğunu bildirmiştir (Johnson ve ark. 2010). Bu, prefrontal kortekste pozitif ve negatif belirtileri hafifleten artmış dopamin salınımına bağlı olabilmektedir (McCreadie 2003). Sigara içenlerde bu ilaçların artmış metabolizması nedeniyle antipsikotik ilaçların yan etkilerinde de bir azalma olabildiği söylenmektedir (Nishanth ve ark. 2017).

2.4.5. Madde Kullanımı

Bugüne kadar ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan bireylere bakıldığında, genel popülasyona kıyasla madde kullanımının en çok eğlence amaçlı olduğu ve ilaç kullanımının arttığı bulunmuştur (Hartz ve ark. 2014). Ayrıca, belirli ırk veya etnik gruba ait olma ya da kadın olma gibi koruyucu etkenler bu katılımcılar için geçerli olmamaktadır. Bu bulgular, şiddetli psikozu olan bireylerde madde kullanım oranlarının göz ardı edilebileceğini göstermektedir. Bireyin madde kullanımı ile ciddi ruhsal

bozukluğunun olması arasındaki ilişki hakkında bilgi edinmek için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır, böylece her iki koşul da daha başarılı bir şekilde tedavi planlanabilir (Rossheim ve ark. 2018).

2.4.6. Riskli Cinsel Davranışlar

Bazı çalışmalar, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin neden HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için daha yüksek risk altında olabileceğini araştırmışlardır (Gonzalez-Torres ve ark. 2015). Bunların nedenleri arasında; intravenöz madde kullanımı, maddi nedenler ya da maddeye ulaşmak için cinsel ilişkiye girmek, riskli cinsel davranışlar gösterme (cinsel ilişki sırasında kondom kullanmama), maddeyi intravenöz enjekte eden biriyle cinsel ilişkiye girme olasılığı, hiperseksualite ve cinsel ilişki için zorlanma yer almaktadır (Gray ve ark. 2002; Blank ve ark. 2014).

Ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalarda, HIV ve cinsel sağlık riskleri hakkında farkındalık oranı düşüktür. Yapılan bir çalışmada, psikiyatri polikliniğinde yatan 95 (%82'si şizofreni tanısı alan) hastanın HIV ile ilgili bilgilerini incelemiş ve yüzde 37'sinin cinsel ilişkiden sonra banyo yapmanın HIV enfeksiyonunu önleyeceğine inandığını ve dörtte birinin, bir bireyin virüsü almak için birden fazla cinsel partnerinin olması gerektiğine inandığı bulunmuştur (Wu ve ark. 2011). Ayrıca, bazı ruh sağlığı profesyonelleri hastalara cinsel sağlık hakkında bilgi vermekten kaçınmaktadırlar. Bu durum, risk altındaki bir popülasyon olduklarından ve uygun müdahaleler gerektirdiğinden, onlara zarar vermektedir (Quinn ve ark. 2013).

2.4.7. Sağlığa Yönelik Tutumlar

Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler, yaşam tarzlarına ve fiziksel sağlık ihtiyaçlarına daha az dikkat etmeleri nedeniyle genel popülasyondan daha fazla fiziksel sağlık sorunu yaşamaktadırlar (Buhagiar ve ark. 2011). Bunun nedeni, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde görülen belirtilerden kaynaklanan motivasyon eksikliğidir. Ancak, sağlıksız davranışların sonuçlarının yanlış bir şekilde anlaşılması da bir faktör olabilir.

2.4.8. Tedaviye Uyum

Ciddi ruhsal bozuklukların relapsını önlemede antipsikotik ilaçların koruyucu özelliğinden yararlanılmaktadır, ancak bireyin tedaviye uyumu gerekmektedir. Diğer

kronik hastalıklarda olduğu gibi, şizofreni hastalarının yaklaşık yüzde 50'si ilaç tedavisine uymamaktadır (Lacro ve ark. 2002).

Uyumsuzluk, artmış relaps riski, hastaneye yatış ve dirençli psikotik belirtilerle ilişkilidir (Morken ve ark. 2008). Tedaviye uyumsuzlukla ilişkili faktörler arasında iç görünün olmaması, olumsuz tedavi/hastalık inançları, geçmişte tedaviye uyumsuzluk ve daha zayıf bir terapötik iletişim bulunmaktadır (Lacro ve ark. 2002). Etkili müdahaleler, kısa psikolojik müdahaleler uyum terapisi olarak da bilinir; (Schulz ve ark. 2013), ve davranışsal müdahaleler (Velligan ve ark. 2008) ve mali teşvik programlarından (Priebe ve ark. 2013) oluşmaktadır.

2.5. Ciddi Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlığını Değerlendirme Araçları

Literatür incelendiğinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını değerlendirmek ve ilgili risk faktörlerini saptamak amacıyla Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), poliklinikler veya hastane yatışlarında kullanılmak üzere geliştirilen tanılama araçları mevcuttur. Ancak uygulamada rutin şekilde kullanılmasında aracı tamamlama zamanı, ilgili uygun parametreleri içerme, formun uygulama kolaylığı gibi önemli faktörler ön plana çıkmaktadır.

Pettipher ve Ovens (2015), Psikiyatri Hastaları Sağlığı Değerlendirme Formu (PIPHAS) geliştirmişlerdir. Form asistan hekimler ile görüşmeler yapılarak ilgili alanların belirlenmesiyle oluşturulmuştur. Form A4 boyutunda geliştirilmiş ve bu forma ek olarak ilaç bilgileri, kan testleri gibi diğer alanlar için ekstra bir form gerekliliği söz konusudur ve geliştirilen form diğer formlarla beraber bir paket şeklinde uygulanmıştır. Formun geliştirilmesi açısından verilen öneriler arasında oluşturulan formun küçük bir örneklem üzerinde uygulanmış olması ve meme muayenesi alanında bir sorunun olmaması, yapılan tanılama sonucunda sadece durum tespitinin ortaya çıkması mevcuttur (Pettipher ve Ovens 2015).

Lester tarafından geliştirilen (2014) bir diğer araç ise "*Positive Cardiometabolic Health Resource*" olarak da bilinen ve ruhsal bozukuğu olan bireylerin sadece kariyovasküler parametreleri değerlendiren bir tanılama aracıdır (Lester 2014). Antipsikotik ilaçların KVH hastalıkları arttırma riskini değerlendirme için National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) rehberleri önerileri doğrultusunda geliştirilmiştir. Sigara kullanımı, yaşam tarzı, BMI, kan basıncı, kan şekeri regülasyonu

ve lipid değerleri değerlendirilen formda anormal değerler kırmızı alana düşmekte, bu duruma yönelik girişimler önerilmekte ve istenen sağlıklı hedef belirtilmektedir (Shiers ve ark. 2014). Formun tek bir A4 sayfasında kolayca uygulanabilir olması bir avantaj olmakla birliktesadece KVH açısında değerlendirme yapması ve diğer alanların ihmal edilmesinin bir dezavantaj olduğu söylenebilir.

Mevcut araçların yetersizliği veya kardiyovasküler alanı haricinde diğer alanlarda fiziksel sağlığı değerlendirebilecek araçların eksikliği nedeniyle geliştirilen SGP, ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını tanılama ile ilgili bir çok avantaj sunmaktadır. White ve ark. (2009) tarafından geliştirlen formun A3 boyutunda olması, normal ve anormal değerler için yeşil ve kırmızı alanın bulunması ve kırmızı alana düşen parametreler için detaylı öneriler sunulması açısından diğer formlardan farklılık göstermektedir. Formun bu şekilde planlanması RSPH'nin bütüncül bakım yaklaşımı ile hastaya yaklaşımına olanak tanımaktadır. SGP, önceki yöntemlere kıyasla daha iyi yapılandırılmış, etkili, zaman kazandıran ve alanında yeteri kadar deneyimi olmayan sağlık profesyonellerinin de kolayca uygulayabileceği bir formdur (White ve ark. 2009).

2.6. RSPH'nin Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye Yönelik Girişimleri, Rol ve Sorumlulukları

Ruhsal bozukluk tanısı alan bireyin fiziksel sağlığı tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreci sırasında ikinci planda kalmaktadır. Ancak dünyada ve ülkemizde RSPH'nin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını geliştirmek ve korumak için gerekli becerilere sahip olması gerekliliği vurgulanmaktadır (Happell ve ark. 2011).

RSPH, bakımı verdikleri hastaların fiziksel sağlığını değerlendirebilecek bilgi, beceri ve ekipmana sahip olmalıdır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) veya polikliniğe gelen hastalara bakım esnasında RSPH tarafından fiziksel sağlık kontrollerinin de yapılması önerilmektedir. Ayrıca servise yatışı uygun bulunan hastalarda da psikiyatrik muayene ve risk değerlendirmelerinin yanı sıra fiziksel sağlık değerlendirmelerinin de yapılması gerekmektedir. Ancak bu önerilere rağmen fiziksel sağlığı değerlendirme aile hekimliği, iç hastalıkları gibi branşlar üzerinden mi yürütülmeli yoksa psikiyatri birimleri içerisinde mi yürütülmeli konusu sağlık profesyonellerinin rol karmaşıklığı yaşamasına neden olmaktadır. Aile hekimliği, iç hastalıkları branşları ve burada uzmanlaşan hemşireler psikiyatrik bozukluklar, psikiyatri alanında uzmanlaşan hemşireler ise fiziksel sağlık konusunda bilgi eksikliklerinin olması

söz konusu olabilmekte; bu nedenle istekli davranmama ve sorumluluğu almama durumu ortaya çıkmaktadır (Phelan 2001; Wright 2006).

İngilitere'de yüksek güvenlikli adli servislere yatışı yapılan hastalarda yatış sonrası ilk 24 saat içerisinde fiziksel sağlık kontrolü yapılmasının hastanın durumunu değerlendirmede önemli bir belirteç olduğu ortaya konulmuştur. Bunun diğer sağlık kurumlarında ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin yararlandığı bütün servislerde standart şekilde uygulanabilir olması gerekliliği vurgulanmıştır. Bununla beraber başta RSPH olmak üzere sağlık profesyonellerinin ortak dili konuşmaları adına standart şekilde hazırlanan bir fiziksel sağlık kontrol listesinin olması gerekmektedir. Fiziksel sağlık kayıtları da hastanın tıbbi geçmişinin yer aldığı dosyanın içerisinde yer almalı ve gerekli görüldüğünde geriye doğru incelenebilinmelidir (Callaghan 2009).

RSPH, hastanın sağlık kurumuna gelmesi ile birlikte öncelikle yaşam bulgularına (ateş, nabız, kan basıncı, solunum sayısı, satürasyon) bakmalı, bireyin boyu ve kilosu beden-kitle indeksi hesabı için öğrenilmelidir. Bu tanılama sırasında bireyin bilinç değerlendirmesi yapılmalıdır. Bilinç değerlendirmesi yapıldıktan sonra hastanın psikiyatrik tanısına eşlik eden fiziksel durumlar sorgulanmalıdır. Gerekli görülmesi halinde liyezon hemşiresi veya ekibi ile iletişime geçilmelidir. Ayrıca DM, hipertansiyon, obezite gibi beslenmenin etkili olduğu bir durum söz konusu ise diyetisyene haber verilmelidir. Liyezon ekibi, diyetisyen, veya fizyoterapiste ortaya çıkan fiziksel sağlık sorununu arttıran durumlar açıklanmalıdır. Fizik tanılamaya bireyin cilt sağlığının incelenmesi ile devam edilmelidir. Ayrıca psikiyatri muayenesinde bireyin kendine zarar vermiş/başkasından zarar görmüş olma durumu içinde inceleme yapılması önerilmektedir. Özellikle yatağa bağımlı/yarı bağımlı hastalarda basınç ülserlerinin olmaması için yakın izlem yapılmalıdır. Hastada basınç ülseri veya başka bir nedenden kaynaklı açık yara varsa yara bakım hemşiresine ve enfeksiyon hemşiresine haber verilmelidir. Hastanın kişisel hijyen düzeyinin de saptanması enfeksiyon bulaşını önlemek adına önemlidir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin çoğunda belirtilerde bireyin benlik saygısının azalması bu nedenle öz bakım gereksinimlerini yerine getirmemesi durumu görülebilmektedir. Bunların önlenebilmesi için hastaya uygun eğitimlerin verilmesi ve öz bakım uygulamalarının hasta tarafından uygulanma durumunun takibi yapılmalıdır (Nash 2005; Wright 2006; White 2009).

Fiziksel sağlık kontrollerinin yanı sıra hastanın sağlığını geliştirmek için de RSPH önemli bir rol üstlenmektedir. Hastanın sergilediği zararlı davranışların önlenmesinde gerekli eğitim materyallerinin hazırlanması, eğitimlerin birebir veya toplu şekilde uygulanması, hastaların sorularının cevaplanması önemlidir (Happell ve ark. 2011; Happell ve ark. 2012).

Hastanın fiziksel sağlık durumunun belirlenmesinde RSPH'ne önemli bir rol düşmektedir. Ancak bu uygulamaların doğru şekilde gerçekleştirilmesi, kaydedilmesi ve arşivlenmesi büyük önem arz etmektedir. Nash ve ark. (2005) 320 psikiyatri hemşiresi ile yürüttüğü çalışmada %45 oranında hemşirelerin fiziksel sağlığı değerlendirmeye yönelik herhangi bir eğitim almadığı, ancak hemşirelerin %96'sının hastanın fizik muayenesini gerçekleştirmeyi istediği saptanmıştır (Nash 2005). Bu nedenle RSPH'ne fiziksel sağlık parametrelerini, normal ve anormal (panik değerler dahil olmak üzere) değerlerini, uygun girişimleri içeren eğitimler verilmelidir. Eğitimler sonucu fiziksel sağlık değerlendirmelerinin uygulanması için RSPH teşvik edilmelidir.

Ülkemizde 19 Nisan 2011 yılında "*Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"*te Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Psikiyatri Klinik Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları altında yer alan 2b maddesi gereği RSPH, "*Hastaların ruhsal ve fiziksel sağlığının değerlendirildiği, planlanan hemşirelik uygulamaları doğrultusunda hasta sorunlarının ele alındığı planlı ve düzenli görüşmeler yapmak*" ile yükümlüdür. Ayrıca aynı bölüm altında yer alan 3d ve 3f maddeleri gereği hasta bireyin eksikliklerini gidermeye yönelik sağlık eğitimlerini planlar, yürütür ve eğitimin etkinliğini değerlendirir ifadesi yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Sonuç olarak; ruhsal bozukluğu olan bireylerde psikososyal sorunların yanı sıra fiziksel sağlık sorunları da bulunmaktadır. Ancak bu bireylerin fiziksel sağlığı ihmal edilen bir alandır. Bütüncül yaklaşımın benimsendiği hemşirelik mesleğinin bir alt uzmanlık alanı olan ve ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım veren RSPH'nin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını değerlendirmesi önemli sorumluluklarından biridir. RSPH, ruhsal bozukluğu olan bireyin fiziksel tanılamasını yapabilmek için tanılama araçlarını kullanmalı ve belirlenen sorunlar doğrultusunda bakım vermelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştırma, metodolojik yöntemle tanımlayıcı ve kesitsel araştırma tipinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

3.2.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumları, meslek, çalışma durumu ve aylık geliri gibi sosyodemografik özellikleri ile hastanın ruhsal bozukluk tanısı, tanının başlangıcı, tedavi süreci, varsa eşik eden fiziksel hastalıkları ve tedavi süreçleridir.

3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

SGP'den elde edilen yaşam bulguları, biyokimyasal bulgular, sigara-alkol kullanma durumu, egzersiz, beslenme, özbakım uygulamaları, meme-serviks kanseri gibi rutin taramalar, boşaltım, üreme sistemi değerlendirmeleri ve cinsel yaşam, uyku hijyeni ve kalitesinin incelenmesi ile elde edilen bulgulardır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma verileri, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 2 TRSM'de toplandı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 2 TRSM'ye kayıtlı bireyler oluşturdu. Örneklem ise ölçeklerin başka bir kültüre uyarlanmasında madde sayısının 5 katı alınarak hesaplandı (Karakoç ve Dönmez 2014). (N=280).

3.4.1. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri:

3.4.1.1. Dahil Olma Kriterleri:

1. TRSM'ye en az 6 aydır kayıtlı olan şizofreni ve diğer psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk tanılı bireyler
2. 18 ve üzeri yaş grubunda olan bireyler,

3.4.1.2. Dışlanma Kriterleri:

1. Hamile veya emziren kadın hastalar
2. Anlıksal Yetiyitimi (Mental Retardasyon) Bozukluğu olan bireyler,

3. Nörobilişsel bozukluğu olan bireyler
4. Kişilik Bozukluğu olan bireyler

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.5.1. Bireysel Özellikler Formu:

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan bireysel özellikler formun ilk kısmında; bireylerin, yaş, eğitim, çalışma durumu, medeni durumu, içeren bireysel özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde; hastalık tanısı ve tanının ne zaman alındığı, mevcut fiziksel hastalıklar, ilaç kullanım durumu ile ilişkili sorular yer almaktadır. (Erginer 2016)

3.5.2. Sağlığı Geliştirme Profili (SGP)

SGP, White ve ark. (2009) tarafından ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerin fiziksel sağlık durumlarını tanılamak amacıyla geliştirilmiştir. SGP, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler için özel olarak tasarlanmış kanıta dayalı bir fiziksel sağlık kontrol aracıdır. Profil, hastalarda fiziksel sağlık risk değerlendirmesi yapılmasını sağlamaktadır. Bu araç, klinisyenlere fiziksel sağlık problemlerini tanımlamak için destek olmak ve bunları ele almak ve kanıta dayalı müdahalelere yönlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (White ve ark. 2009). Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ruhsal bozukluğu olan bireylerde oldukça yaygındır ve mortalite oranını arttıran majör hastalıklardan biridir. Bununla beraber ele alınması gereken başka sağlık sorunları ve davranışları da vardır. SGP, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde topluma kıyasla daha yaygın görülen tüm fiziksel sağlık sorunlarını ele almaktadır. Örneğin, bu hasta grubunda ağız sağlığı özellikle zayıftır, ancak göz ardı edilmesi muhtemeldir.

SGP geliştirilirken, iki önemli faktör dikkate alınmaktadır. Öncelikle, iki veya daha fazla sayfa olarak planlanan herhangi bir anketin yoğun çalışan sağlık profesyonelleri tarafından tamamlanma olasılığının daha düşük olacağı düşüncesiyle, A4 boyutunda bir kağıdın bir yüzüne sığmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır. İkinci olarak, bir hastanın ruhsal sorunlarıyla başa çıkma konusunda daha deneyimli ancak fiziksel sağlık problemlerini ele almada daha az deneyimi olan sağlık profesyonelleri için bir kaynak olması gerekliliği üzerinde durulmaktadır.

SGP'nin erkek ve kadın versiyonları birbirinden biraz farklıdır; her ikisi de Tablo 3.5-1'de görüldüğü üzere 27 maddeden oluşmaktadır. SGP'nin A4'ün bir tarafına sığması

hedef olmasına rağmen, metin yoğunluğu nedeniyle uygulamada A3 boyutunda bir kağıda yazdırılması önerilmektedir.

Tablo 3.5-1 SGP Maddeleri

SGP Maddeleri	**Erkek**	**Kadın**
Ölçümler		
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	Evet	Evet
Bel Çevresi* (Kadın ref. >80; Erkek ref. >94*)	Evet	Evet
Nabız	Evet	Evet
Kan Basıncı	Evet	Evet
Vücut Sıcaklığı (Aksiller)	Evet	Evet
Kan Testleri		
Karaciğer Fonksiyon Testleri	Evet	Evet
Lipid Değerleri	Evet	Evet
Kan Şekeri	Evet	Evet
Taramalar		
Prostat ve Testisler	Evet	Hayır
Servikal Smear	Hayır	Evet
Dişler	Evet	Evet
Gözler	Evet	Evet
Ayak Bakımı	Evet	Evet
Meme	Evet	Evet
Menstrual Döngü	Hayır	Evet
Üriner Boşaltım	Evet	Evet
Bağırsaklar	Evet	Evet
Yaşam Tarzı		
Uyku Düzeni	Evet	Evet
Sigara Kullanımı	Evet	Evet
Egzersiz	Evet	Evet
Alkol Kullanımı	Evet	Evet
Diyet: Günlük Meyve - Sebze, Yağ, Tuz, Karbonhidrat Tüketimi	Evet	Evet
Diyet: Yemek Hazırlama Becerisi	Evet	Evet
Su Tüketimi	Evet	Evet
Kafein Alımı	Evet	Evet
Madde Kullanımı	Evet	Evet
Güvenli Cinsel Aktivite	Evet	Evet
Cinsel Aktivite Memnuniyet Düzeyi	Evet	Evet

*Heart and Stroke, 2020

SGP'nin en üstünde, bireyin yaşını, etnik kökenini, kilosunu, boyunu ve SGP'nin tamamlanma tarihini kaydetmek için ayrı bir yer mevcuttur. SGP belgesi yedi sütuna bölünmüştür. İlk sütun değerlendirilmekte olan parametreyi (örn., BKİ), ikinci sütun

ölçüm sonrası elde edilen değeri (örn., Kan basıncı için = 152/95) kaydetmek içindir. Üçüncü sütun normal aralığı (örn., dakikada 60–100 atım) göstermektedir. Ölçüm sonrası elde edilen sonuç normal aralıkta ise dördüncü sütunda yer alan kutucuk işaretlenmektedir. Bu sütundaki alan yeşil olarak tanımlanır ve bu parametre için bireyin nispeten sağlıklı olduğunu göstermektedir. Beşinci sütunda anormal aralıklar (örn,. egzersiz yapmıyor) yer almaktadır. Altıncı sütun kırmızı olarak tanımlanır ve dolayısıyla sağlıksız olduğunu gösteren bir onay kutusu bulunmaktadır. Son sütun ise kırmızı işaretli parametreler için önerileri listelemektedir (örn., Hekime veya hemşireye yönlendiriniz.).

Tamamlanmış SGP'nin bir kopyası hasta bireye verilmeli, var ise hasta dosyasına/ çevrim içi kayıt sistemine eklenmeli veya hastanın hekimine gönderilmelidir. SGP'nin ortalama tamamlanma süresi 20 ila 30 dakika arasında değişmektedir. (White ve ark. 2009). (EK 2 ve 3).

3.6. Araştırma Süreci

3.6.1. Sağlığı Geliştirme Profili'nin Dilsel Eş Değerliği:

SGP'nin Türkçe'ye çevirisi hemşirelik alanında uzman olan 2 akademisyen ve İngilizce-Türkçe dillerinde uzman bir okutman tarafından yapıldı. Türkçe çevirisi yapılan ölçek, profesyonel bir tercüman tarafından orijinal ölçek görülmeden tekrar İngilizce diline çevrildi ve denklik açısından orijinal ölçek ile karşılaştırıldı. Karşılaştırma sonrası Türkçe 'ye çevrilmiş nihai form kapsam geçerliliği için uzmanlara sunuldu.

3.6.2. Sağlığı Geliştirme Profili'nin Türkçe Formunun Kapsam Geçerliliği:

SGP'nin Türkçe Formunda yer alan maddeler, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında uzman kişiler tarafından değerlendirildi. Ölçeğin kapsam geçerliliği, Davis Tekniği kullanılarak belirlendi (Davis 1992). Profilin kapsam geçerliliğinin değerlendirmesi amacıyla oluşturulan madde havuzunun yarısı kadar uzman yorumuna başvuruldu. Uzmanlar üniversitelerde görev yapan akademisyen ve klinik alanlarda çalışan RSPH arasından seçildi (EK 7). Uzmanlardan maddelerin gerekliliği, açıklığı, özgüllüğü ve ölçeğin görünüm geçerliliği konularında görüşleri alınarak değiştirilmesi/çıkarılması/eklenmesi istenen ifadelere yönelik önerileri belirlendi. Bu amaçla bir "Uzman Değerlendirme Formu (UDF)" kullanıldı. Form her bir madde için: "1=madde uygun değil; 2= maddenin ciddi olarak gözden geçirilmesi gerekiyor; 3=madde uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor; 4=çok uygun" şeklinde dörtlü

derecelendirilme içermektedir. Her madde için 3 ve 4 puan veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin "Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI)" elde edildi, bu değerin 0,80 olduğu, uzmanların %80 ve üzeri düzeyinde uyuşma gösterdikleri maddeler kabul edilebilir bulunarak profilde yer alması kararlaştırıldı.

Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO), maddelerin ölçekte olması ya da olmamasına ilişkin kapsam geçerliğine dayalı bir madde istatistiğidir. KGO eşitliğine göre; uzmanların yarısı ölçekteki maddeye ilişkin ‘’Uygun" şeklinde görüş bildirdiklerinde KGO=0, yarısından fazlası "Uygun" şeklinde görüş bildirmiş ise KGO>0 ve uzmanların yarısından azı "Uygun" şeklinde görüş bildirmiş ise KGO<0 olacaktır. Eğer KGO oranı 0 (sıfir) veya negatif (sıfırdan küçük) değer alıyorsa bu şekilde bir değere sahip maddenin kapsam geçerliliği yoktur (Karakoç ve Dönmez 2014; Yeşilyurt ve Çapraz, 2017). Araştırmada kadın ve erkek formlarında bulunan maddelerin KGO değerleri 0,90-1,0 arasında değişmektedir. KGO değerinin tespitiyle maddeler ölçeğe dâhil olmak üzere tanımlandıktan sonra, KGİ testin tamamı için hesaplanır. Bu durumda ölçekte yer almasına karar verilen maddelerin KGO değerlerinin ortalaması hesaplanarak KGİ değeri elde edilir ve 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (Karakoç ve Dönmez 2014; Yeşilyurt ve Çapraz, 2017). Araştırmada kapsam geçerlik indeksi kadın ve erkek profili için 0,97 şeklinde bulundu.

3.6.3. Ön Çalışma:

Uzman görüşüne göre şekillendirilen formlar, anlaşılmayan maddelerin olup olmadığını değerlendirmek amacıyla hedef kitleyi temsil eden 10 kişilik taslak örneklem grubuna uygulandı. Ön test uygulama sonuçlarına göre ölçekte gerekli revizyonlar gerçekleştirildi.

3.6.4. Veri Toplama Süreci:

Veriler araştırmacı tarafından belirlenen merkezlere gidilerek yüzyüze toplandı. TRSM'ye kayıtlı hastaların öncelikle araştırmanın dahil olma kriterlerine uyma durumları incelendi. Araştırma süresince hasta mahremiyeti göz önünde bulundurularak, merkezlerde araştırmanın yürütülmesi için uygun bulunan bir odada veriler toplandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile öncelikle bireysel özellikler formu doldurulduu, ardından SGP maddeleri doğrultusunda fiziksel tanılama ve antropometrik ölçümler yapıldı. Veriler, yaklaşık 15-30 dakika arasında toplandı.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından 26.02.2018 tarih ve 2018/13-23 sayılı karar numarası ile onaylandı (EK 4). Araştırmanın yürütüleceği merkezler için gerekli izin İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Birimi aracılığıyla 26.04.2019 tarih ve 16867222-604.01.01 sayılı karar numarası ile alındı (EK 5). Araştırma dahil olma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden hastalara öncesinde Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak bilgilendirme yapıldı, sözlü ve yazılı onamları alındı (EK 1).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamızın sınırlılıkları, sadece TRSM'ye kayıtlı bireyleri kapsamış olması; bireylerin biyokimyasal değerlendirmelerine yönelik işlem ve sonuçların hastaların verdikleri bilgiler ile sınırlı olması; bireylerden alınan kan testleri bilgisinin sadece bir kere alınmış ve takip edilmemiş olması; araştırmaya katılanların fiziksel sağlık sorunları için herhangi bir aile sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı olup olmadığının sorgulanmamasıdır. Ayrıca çalışma bulguları, araştırmaya alınan örneklem sayısı ile sınırlı olup genellenemez.

3.9. İstatistiksel Analiz

SGP formları, fiziksel sağlık durumunu inceleyen bir kontrol listesi olması nedeniyle Türkçe 'ye uyarlama araştırmasında sadece kapsam geçerliliği değerlendirildi. Formların kapsam ve görünüm geçerliği uzman görüşleri ile gerçekleştirildi. Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programından yararlanılarak gerçekleştirildi. Tanımlayıcı analizlerde yüzdelik dağılım, ortalama, frekans, minimum-maksimum değerleri incelendi. Normal dağılım durumu Kolmogorov Smirnov testi ile incelendikten sonra; normal dağılım gösteren veriler için student-t ve ANOVA testlerinden yararlanılırken; normal dağılım göstermeyen veriler için Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testlerinden yararlanıldı. Bulgular %95 güven aralığında, $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Amacı, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde fiziksel sağlık durumunu tanılamak, takip etmek ve risk değerlendirmesi yapmak amacıyla geliştirilmiş olan "Sağlığı Geliştirme Profili-SGP)" (The Health Improvement Profile-HIP)'ni Türkçeye uyarlamak ve ve SGP'nin ilk kullanımına ilişkin pilot sonuçları vermek olan çalışmanın bulguları beş başlık altında verildi.

4.1. Sağlığı Geliştirme Profili-SGP'nin Kapsam Geçerliği

Tablo 4.1-1 Maddelerin kapsam geçerlilik oranları ve formların kapsam geçerlilik indeks değerleri

Değişkenler	SGP-Kadın KGO değerleri	SGP-Erkek KGO değerleri
1. BKİ	0,9	0,9
2. Bel Çevresi	0,9	0,9
3. Nabız	1,0	1,0
4. Kan Basıncı	1,0	1,0
5. Vücut Sıcaklığı	0,9	1,0
6. Karaciğer Fonksiyon Testleri	1,0	1,0
7. Lipit Değerleri	1,0	1,0
8. Kan Şekeri	1,0	1,0
9. Servikal Smear	1,0	-
9. Prostat ve Testisler	-	0,9
10. Dişler	0,9	0,9
11. Gözler	1,0	1,0
12. Ayak Bakımı	1,0	1,0
13. Meme	1,0	1,0
14. Menstrual Döngü	1,0	-

Tablo 4.1-2 Maddelerin kapsam geçerlilik oranları ve formların kapsam geçerlilik indeks değerleri - Devamı

Değişkenler	SGP-Kadın KGO değerleri	SGP-Erkek KGO değerleri
15. Üriner Boşltım	0,9	0,9
16. Bağırsaklar	0,9	0,9
17. Uyku Düzeni	1,0	1,0
18. Sigara Kullanımı	1,0	1,0
19. Egzersiz	1,0	1,0
20. Alkol Kullanımı	0,9	0,9
21. Diyet: Günlük Meyve - Sebze, Yağ, Tuz, Karbonhidrat Tüketimi	1,0	1,0
22. Diyet: Yemek Hazırlama Becerisi	1,0	1,0
23. Su Tüketimi	1,0	1,0
24. Kafein Alımı	1,0	1,0
25. Madde Kullanımı	1,0	1,0
26. Güvenli Cinsel Aktivite	1,0	1,0
27. Cinsel Aktivite Memnuniyet Düzeyi	0,9	1,0
KGİ	0,97	0,97

SGP maddelerinin uzman görüşleri doğrultusunda aldıkları kapsam geçerlilik oranları ve kapsam geçerlilik indeks değerleri Tablo 4.1.1.'de verilmiştir. SGP-Kadın ve SGP-Erkek formları için kapsam geçerlilik oranları madde bazında 0,90 ila 1,00 arasında değilmekte olup; kapsam geçerlilik indeks değerleri her iki form için 0,97 olarak belirlendi.

4.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Özellikleri

Tablo 4.2-1 Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N:280)

Değişkenler		***X* ± SS**	**Min – Max**
Yaş		42,3±11,0	21-71
Evlilik Süresi (Yıl)		21,1±11,6	3-47
		n	**%**
Cinsiyet	**Kadın**	140	50
	Erkek	140	50
Medeni Durum	**Evli**	49	17,5
	Bekar	231	82,5
Eğitim Düzeyi	**Okuryazar değil**	11	3,9
	Okuryazar	44	15,7
	İlköğretim-Ortaöğretim	99	35,4
	Lise	91	32,5
	Lisans ve üzeri	35	12,5
Çalışma Durumu	**Evet**	92	32,9
	Hayır	188	67,1
Meslek (N:92)	**İşçi**	48	52,2
	Memur	15	16,3
	Serbest Meslek Mensubu	29	31,5
Gelir Durumu	**Gelir giderden az**	138	49,3
	Gelir gidere eşit	118	42,1
	Gelir giderden fazla	24	8,6
Kiminle Yaşadığı	**Tek**	41	14,6
	Aile ile beraber	204	72,9
	Diğer (Arkadaş, akraba ile beraber)	35	12,5

Katılımcıların bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2-1'de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 42,3±11,0 yıldır ve %67,9'u bekardır. Evli olan bireylerin evlilik yılı ortalaması 21,1±11,6'dır. Araştırmaya katılan bireylerin %50'si kadın, %50'si erkek, %35,4 ilköğretim-ortaöğretim mezunudur. Katılımcıların %32,9'u çalışmakta;

%52,2'si işçilik yapmakta olup %49,3'ü gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmiştir. Bireylerin %72,9'u ailesi ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 4.2-2 Katılımcıların Ruhsal Bozukluk Özelliklerine Göre Dağılımı (N:280)

Değişkenler		***X* ± SS**	**Min – Max**
Tanı alma zamanı		19,2±10	2-43
		n	**%**
Ruhsal Bozukluk Tanısı	**Şizofreni ve Diğer Psikotik bozukluklar**	164	58,5
	Bipolar Bozukluk	80	28,6
	Majör Depresif Bozukluk	36	12,9
İlaç Kullanımı			
Antipsikotik Kullanımı	**Evet**	222	79,3
	Hayır	58	20,7
Antidepresan Kullanımı	**Evet**	91	32,5
	Hayır	189	67,5
Anksiyolitik Kullanımı	**Evet**	123	43,9
	Hayır	157	56,1
Duygudurum Düzenleyici Kullanımı	**Evet**	62	22,1
	Hayır	218	77,9
Antiepileptik Kullanımı	**Evet**	77	27,5
	Hayır	203	72,5
Antiparkinson Kullanımı	**Evet**	115	41,1
	Hayır	165	58,9

Araştırmaya katılanların ruhsal bozukluk özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2-2'de verilmiştir. Buna göre katılımcıların, %58.5'i şizofreni ve diğer psikotik bozukluk; %23,6'sı bipolar bozukluk ve %12,9'u majör depresif bozukluk tanılıdır. Hastaların tanı alma zamanı 19,2±10,0 yıldır.

Katılımcıların kullandıkları psikofarmakolojik ajanların dağılımı incelendiğinde ise %79,'ünün antipsikotik kullanımı, %32,5'inin antidepresan kullanımı, %22,1'inin duygudurum düzenleyici ilaç kullanımı, %27,5'inin antiepileptik kullanımı ve %41,1'inin antiparkinson ilaç kullanımı mevcuttur.

Tablo 4.2-3 Katılımcıların Fiziksel Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı (N:280)

Değişkenler		n	%
Fiziksel Sağlık Durumu	**Sorun var**	160	57,1
	Sorun yok	120	42,9
Fiziksel Hastalık ile ilgili (N:158)	**Tanı mevcut**	93	58,1
	Şikayet mevcut	67	41,9
Tanı (N:93)	**KVH**	10	10,8
	KOAH/Astım	7	7,5
	Kulak Burun Boğaz Hast.	3	3,2
	DM	19	20,4
	Hipertansiyon	9	9,7
	Romatoid Artrit	7	7,5
	Glokom	3	3,2
	Hipotiroidi/Hipertiroidi	6	6,5
	Kanser	2	2,2
	Kolesterol	2	2,2
	Nörolojik Hast. (Migren, epilepsi gibi)	7	7,5
	Ortopedik Hast. (Kırık, kireçlenme, kalça protez gibi)	9	9,7
	Reflü&Ülser	4	4,3
	Üriner İnkontinans	5	5,4
Şikayet (N:67)	**Ağrı (Baş ağrısı, kas ağrısı gibi)**	17	25,4
	Kalp Çarpıntısı/Sıkışması	15	22,4
	Mide Şikayetleri (Yanma, bulantı gibi)	18	26,9
	Solunum Güçlüğü	17	25,4
Fiziksel Hastalığı ile ilgili İlaç Kullanımı	**Evet**	81	28,9
	Hayır	199	71,1
Fiziksel Hastalığı ile ilgili İlaç Kullanma Süresi (Yıl)		***X*** **± SS**	**Min – Max**
		8,9±6,6	1-30

Araştırmaya katılanların fiziksel sağlık sorunlarına göre dağılımı Tablo 4.2-3'de verilmiştir. Buna göre katılımcıların %57,1'i ruhsal bozukluk tanısının yanı sıra fiziksel sağlık durumu ile ilgili bir sorununun olduğunu ifade etmiştir. Fiziksel sağlık sorunu olan bireylerin %58,1'i fiziksel hastalık tanısı almış; %41,9'unun ise fiziksel sağlığı ile ilgili bir şikayeti mevcuttur.

Katılımcıların tanı aldığı fiziksel hastalıkların dağılımı şu şekildedir; fiziksel hastalık tanısı alan bireylerin %20,4'ünün DM, %10,8'inin KVH, %9,7'sinin hipertansiyon, %9,7'sinin ortopedik hastalık tanısı (kireçlenme, kırık, kalça protezi gibi), %7,5'inin ise romatoid artrit tanısı mevcuttur. Hastaların tanı almadan fiziksel sağlığı ile ilgili şikayetlerinin dağılımı ise şu şekildedir; katılımcıların %26,9'unun mide yanması, mide bulantısı gibi mide şikayetleri, %25,4'ünün baş ağrısı, kas ağrısı, kulak ağrısı gibi ağrı şikayetleri, %25,4'ünün solunum güçlüğü, sıkışması gibi solunum şikayetleri ve %22,4'ünün kalp çarpıntısı, sıkışması gibi kardiyovasküler şikayetleri mevcuttur. Fiziksel sağlık sorunu olan hastaların %28,9'u bu sorun kaynaklı ilaç kullanmakta olup ortalama ilaç kullanım süresi 8,9±6,6 yıldır.

4.3. Sağlığı Geliştirme Profili – Kadın Formu

Tablo 4.3-1 SGP - Kadın Ölçümler Alt Boyutuna Ait Bulgular (n=140)

Değişkenler		***X* ± SS**	**Min – Max**
Boy		164,1±6,2	150-181
Kilo		75,0±13,0	50-102
Bel çevresi		97,5±11,4	76-130
Nabız		87,8±12,7	63-123
Sistolik Kan Basıncı		121,7±11,8	90-148
Diastolik Kan Basıncı		76,8±8,8	60-100
Ateş		36,3±0,3	35,7-37,1
		n	**%**
BKİ	**<18,50 kg/m²: Zayıf**	4	2,9
	18,50-24.99 kg/m²: Normal	41	29,3
	≥25 – 29,99 kg/m²: Fazla Kilolu	43	30,7
	≥30 – 34,99 kg/m²: I. Derece Obez	34	24,3
	≥35 – 39,99 kg/m²: II. Derece Obez	16	11,4
	≥40 kg/m²: III. Morbid Derece Obez	2	1,4
Bel çevresi	**< 80 cm**	2	1,4
	≥ 80 cm	138	98,6
Nabız	**60-100 dk**	113	80,7
	>100 dk	27	19,3
Kan Basıncı	**≤120/80 mmHg**	68	48,5
	>120/80 mmHg	72	51,4
Ateş	**<36,0°C**	8	5,7
	36,0 – 37,5°C	132	94,3

Araştırmaya katılanların "SGP-kadın ölçümler" alt boyutu incelendiğinde; boy ortalaması 164,1±6,2 cm, kilo ortalaması 75,0±13,0'dır. Hastaların %30,7'sinin BKİ sonuçları 25 – 29,99 kg/m² arasında olup fazla kilolu; %29,3'ünün 18,50-24.99 kg/m² arasında olup normal kilolu, 24,3'ünün ≥30 – 34,99 kg/m² arasında olup I. Derece obez, %11,4'ü 35 – 39,99 kg/m² arasında olup II. Derece obez, %2,9'u 18,50 kg/m² altında olup zayıf ve %1,4'ü 40 kg/m² üzeri olup III. Derece morbid obezdir. Hastaların bel çevresi ortalaması 87,8±12,7 cm olup; %98,6'sının bel çevresi 80 cm ve üzeridir. Nabız ortalaması 87,8±12,7 atım/dk şeklindedir ve %80,7'sinin nabzı 60-100 atım/dk arasında

olup normal aralıkta yer almaktadır. Sistolik kan basıncı ortalaması 121,7±11,8 mmHg ve diastolik kan basıncı ortalaması 76,8±8,8 mmHg'dır. Kan basıncı 120/80 mmHg üstü olan bireyler katılımcıların %51,4'ünü oluşturmaktadır. Ateş ortalaması ise 36,3±0,3°C olup %94,3'ünün ateşi 36,0-37,5°C arasında yani normal değerler içerisinde yer almaktadır.

Tablo 4.3-2 SGP-Kadın Kan Testleri Alt Boyutuna Ait Bulgular (n=140)

Değişkenler		***X* ± SS**	**Min – Max**
ALT (Alanin Aminotransferaz Testi)		25,1±11,3	10-53
AST (Aspartat Aminotransferaz Testi)		29,8±133	13-68
TC (Total Kolesterol)		180,8±43,4	126-304
LDL		114,5±27,2	70-196
HDL		67,4±14,5	40-98
TG		143,3±47,1	75-254
Kan Şekeri (Açlık)		89,9±11,6	68-118
Kan Şekeri (Tokluk)		125±17,4	82-182
		n	**%**
Kan Testleri ile ilgili Bireylerin Cevaplama Durumu	**Bilgiye erişildi (hasta, elektronik sistem, hekim/hemşire yardımıyla)**	61	43,6
	Bilgiye erişilemedi (hasta bilmiyor, sistemden kontrol için T.C. kimlik no. paylaşmak istemedi gibi)	79	56,4
Karaciğer Fonksiyon Testleri	**≤ 3 ay**	27	44,3
	> 3 ay	34	55,7
	ALT: <7 U/L (SGPT)	0	0
	ALT: 7-55 U/L (SGPT)	55	90,2
	ALT: >55 U/L (SGPT)	6	9,8
	AST: <8 U/L (SGOT)	0	0
	AST: 8-48 U/L (SGOT)	54	88,5
	AST: >48 U/L (SGOT)	7	11,5
Lipit Değerleri	**TC <200 mg/dl**	25	71,4
	TC ≥200 mg/dl	10	28,6
	LDL <130 mg/dl	30	83,3
	LDL ≥130 mg/dl	6	16,7
	HDL ≥50 mg/dl	31	86,1
	HDL <50 mg/dl	5	13,9
	TG <150 mg/dl	17	60,7
	TG ≥150 mg/dl	11	39,3
Kan Şekeri	**Açlık: <70 mg/dl**	1	2,3
	Açlık: 70-100 mg/dl	36	83,7
	Açlık: ≥100 mg/dl	6	14,0
	Tokluk: <140 mg/dl	79	81,3
	Tokluk: ≥140 mg/dl	18	18,8

Araştırmaya katılanların "SGP-kadın kan testleri" alt boyutu incelendiğinde; yapılan tetkikler konusunda bilgiye erişim oranı %43,6'dır. Hastaların %55,7'si karaciğer fonksiyon testlerini 3 aydan daha uzun bir süre önce yaptırmış olup; ALT (%90,2) ve AST (%88,5) değerleri normal aralıklardadır.

Lipit değerlerine bakıldığında hastaların %28,6'sının total kolesterolü, %16,7'sinin LDL değeri, %13,9'unun HDL değeri ve %39,3'ünün trigliserid değeri anormal aralıkta yer almaktadır. Karaciğer fonksiyon testlerinde olduğu gibi lipit değerlerinin yer aldığı bilgiye erişim kısıtlıdır.

Kan şekeri fiziksel tanılama sırasında ölçülmüş olup; %30.7'sinin açlık kan şekeri, %69,3'nün tokluk kan şekeri değerine bakılmıştır. Açlık kan şekeri bakılanların %2,3'ünün düşük, %14,0'nün yüksek değerde açlık kan şekeri olduğu; tokluk kan şekeri bakılanların ise %18,8'inin yüksek değerde tokluk kan şekeri olduğu bulundu.

Tablo 4.3-3 SGP - Kadın Taramalar Alt Boyutuna Ait Bulgular (n=140)

Değişkenler		n	%
Servikal Smear	21-29 yaş arası son 3 yıl içinde	3	2,1
	21-29 yaş arası son 3 yıldan fazla	12	8,6
	30-65 yaş arası son 5 yıl içinde	13	9,3
	30-65 yaş arası son 5 yıldan fazla	112	80,0
Dişler	≤12 ay	24	17,1
	≥ 2 yıl	116	82,9
Gözler	<2 yıl	16	11,4
	>2 yıl	124	88,6
Ayak Bakımı	Ara sıra kendi kendini muayene ediyor.	41	29,3
	Hiç muayene etmiyor.	99	70,7
Meme	Aylık kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapıyor.	33	23,6
	Meme muayenesini yapmıyor.	107	76,4
Menstrual Döngü ve Miktarı	28 günlük düzenli döngü (Döngü: 24-35 gün)	55	39,3
	Düzensiz/Yok	85	60,7
	Normal	90	64,3
	Az/Fazla	50	35,7
Üriner Boşaltım	<1 lt/gün	46	32,9
	1-2 lt/gün	73	52,1
	>2 lt/gün	21	15,0
Bağırsaklar	Kabızlık/ diyare yok	61	43,6
	Kabızlık/ diyare var	79	56,4
	Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı var	34	24,3
	Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı yok	106	75,7

Araştırmaya katılanların "SGP-kadın taramalar" alt boyutu incelendiğinde; kadınların servikal smear örneği verme oranı %11,4'tür. Katılımcıların son 12 ay içerisinde diş muayenesine gitme oranı %17,1, göz muayenesine gitme oranı ise %11,4'tür. Katılımcıların %29,3'ü ayak bakımına dikkat etmekte ve %23,6'sı aylık kendi kendine meme muayenesi yapmaktadır. Menstrual döngüleri incelendiğinde %60,7'sinin menstrüasyon döngüsünün düzensiz olduğu ve %35,7'sinin kanamasının az/fazla olduğu

tespit edilmiştir. Üriner ve bağırsak boşaltımına bakıldığında ise %52,1'inin günlük idrar miktarı 1-2 lt olup normal değerler arasındadır. Ancak %56,4'ünün kabızlık veya diyare yaşadığı ve %24,3'ünün ise aşırı baskı, distansiyon yaşadığı ve laksatif kullanımına ihtiyaç olduğu bulundu.

Tablo 4.3-4 SGP - Kadın Yaşam Tarzı Alt Boyutuna Ait Bulgular (n=140)

Değişkenler		***X* ± SS**	**Min – Max**
Sigara Miktarı		17,8±10,3	5-40
Alkol Miktarı		81,7±37,9	50-150
		n	**%**
Uyku	**<3 s/gün**	20	14,3
	7-8 s/gün	86	61,4
	>8 s/gün	34	24,3
Sigara Kullanımı	**İçmiyor**	80	57,1
	Pasif içici/İçici	60	42,9
Egzersiz	**Günde 30 dk**	24	17,1
	Egzersiz yapmıyor	116	82,9
Alkol Kullanımı	**Tüketmiyor**	102	72,9
	Arasıra/Düzenli	38	27,1
Diyet: Günlük Meyve-Sebze, Yağ, Tuz ve Karbonhidrat Tüketimi	**5 porsiyon sebze-meyve/gün**	53	37,9
	≤ 2 porsiyon sebze-meyve/gün	87	62,1
	≤ alınan günlük enerjinin %20 - 35'i yağ (<1 porsiyon)	44	31,4
	> alınan günlük enerjinin %20 - 35'i yağ (>1 porsiyon)	96	68,6
	≤5-6g tuz /gün	52	37,1
	≥6g tuz / gün	88	62,9
	≤ alınan günlük enerjinin %45-60'ı karbonhidrat (3-7 porsiyon)	37	26,4
	≥ alınan günlük enerjinin %45-60'ı karbonhidrat (3-7 porsiyon)	103	73,6

Tablo 4.3-5 SGP - Kadın Yaşam Tarzı Alt Boyutuna Ait Bulgular (n=140) - Devamı

Değişkenler		n	%
Diyet: Yemek Hazırlama Becerisi	**Yemek ya da alışveriş yapma imkanı var**	96	68,9
	Yemek ya da alışveriş yapma imkanı yok	44	31,4
	Pişirme olanakları var	106	75,7
	Pişirme olanakları yok	34	24,3
Su Tüketimi	**<1 lt/gün**	37	26,4
	1-3 lt/gün	95	67,9
	>3 lt/gün	8	5,7
Kafein Alımı	**2-5 fincan/gün**	105	75,0
	≥ 6 fincan/gün	35	25,0
Madde Kullanımı	**Kullanmıyor**	140	100,0
	Arasıra/Düzenli	0	0
Güvenli Cinsel Aktivite	**Düzenli**	22	15,7
	Düzensiz/Hiç	118	84,3
Cinsel Aktivite Memnuniyet Düzeyi	**Memnun**	53	37,9
	Memnun değil	87	62,1

Araştırmaya katılanların "SGP-kadın yaşam tarzı" alt boyutu incelendiğinde; %61,4'ünün günde 7-8 saat uyuduğu ve %82,9'unun günlük egzersiz yapmadığı bulundu. %42,9'u sigara kullanmakta olup ortalama sigara içme miktarı 17,8±10,3 adettir. Yine %27,1'i alkol tüketmekte olup ortalama alkol tüketimi 81,7±37,9 ml'dir. Kadın katılımcılar arasında madde kullanımı bulunmamaktadır.

Katılımcıların besin tüketim durumu kendi ifadeleri doğrultusunda incelenmiş olup sebze-meyve, yağ ve karbonhidrat tüketimi porsiyon bazında tuz ise gram bazında ele alındı. Katılımcıların gün içerisinde sadece %37,9'unun 5 porsiyon sebze-meyve tükettiği, %31,4'ünün 1 porsiyon kadar yağ tükettiği ve %26,4'ünün 3-7 porsiyon arası karbonhidrat tükettiği belirlenmiş olup %37,1'i 5-6 gr tuz tüketmektedir. Katılımcıların %68,9'unun yemek ya da alışveriş yapma olanağı ve %75,7'sinin ise mutfak ve mutfak gereçleri gibi gerekli olan pişirme olanakları bulunmaktadır.

Katılımcıların %67,9'unun günde 1-3 lt sıvı tükkettiği ve %75'inin 2-5 fincan kahve tüketimi olduğu bulundu.

Güvenli cinsel aktivite düzeyine bakıldığında ise %84,3'ünün düzensiz bir cinsel yaşamı olduğu veya aktif cinsel yaşamı olmadığı ve %62,1'inin cinsel aktiviteden memnun olmadığı saptandı.

4.4. Sağlığı Geliştirme Profili – Erkek Formu

Tablo 4.4-1 SGP - Erkek ölçümler alt boyutuna ait bulgular (n=140)

Değişkenler		***X* ± SS**	**Min – Max**
Boy		169,2±5,2	156-182
Kilo		83,9±10,3	68-125
Bel çevresi		107,4±13,7	80-136
Nabız		86,0±12,2	68-124
Sistolik Kan Basıncı		123,5±10,7	100-154
Diastolik Kan Basıncı		80,2±7,6	65-104
Ateş		36,5±0,3	35,8-37,5
		n	**%**
BKİ	**<18,50 kg/m²: Zayıf**	1	0,7
	18,50-24.99 kg/m²: Normal	22	15,7
	≥25 – 29,99 kg/m²: Fazla Kilolu	62	44,3
	≥30 – 34,99 kg/m²: I. Derece Obez	45	32,1
	≥35 – 39,99 kg/m²: II. Derece Obez	9	6,4
	≥40 kg/m²: III. Morbid Derece Obez	1	0,7
Bel çevresi	**< 94 cm**	26	18,6
	≥ 94 cm	114	81,4
Nabız	**60-100 dk**	121	86,4
	>100 dk	19	13,6
Kan Basıncı	**≤120/80 mmHg**	67	47,9
	>120/80 mmHg	73	52,1
Ateş	**<36,0°C**	1	0,7
	36,0 – 37,5°C	139	99,3

Araştırmaya katılanların "SGP-erkek ölçümler" alt boyutu incelendiğinde; boy ortalaması 169,2±5,2 cm, kilo ortalaması 83,9±10,3'tür. Katılımcıların %44,3'ünün BKİ

sonuçları 25 – 29,99 kg/m² arasında olup fazla kilolu; %15,7'sinin 18,50-24.99 kg/m² arasında olup normal kilolu, %32,1'inin ≥30 – 34,99 kg/m² arasında olup I. Derece obez, %6,4'ü 35 – 39,99 kg/m² arasında olup II. Derece obez, %0,7'sinin 18,50 kg/m² altında olup zayıf ve %0,7'sinin 40 kg/m² üzeri olup III. Derece morbid obez olduğu belirlendi. Yine bel çevresi ortalaması 107,4±13,7 cm olup; %81,4'ünün bel çevresi 94 cm ve üzeridir. Nabız ortalaması 86,0±12,2 atım/dk şeklindedir ve %86,4'sının nabzı 60-100 atım/dk arasında olup normal aralıkta yer almaktadır. Sistolik kan basıncı ortalaması 123,5±10,7 mmHg ve diastolik kan basıncı ortalaması 80,2±7,6 mmHg'dır. Kan basıncı 120/80 mmHg üstü olan bireyler katılımcıların %52,1'ni oluşturmaktadır. Ateş ortalaması ise 36,5±0,3°C olup %99,3'ünün ateşi 36,0-37,5°C arasında yani normal değerler içerisinde yer almaktadır.

Tablo 4.4-2 SGP - Erkek Kan Testleri Alt Boyutuna Ait Bulgular (n=140)

Değişkenler		***X* ± SS**	**Min – Max**
ALT (Alanin Aminotransferaz Testi)		30,9±12,1	13-65
AST (Aspartat Aminotransferaz Testi)		32,6±13,5	14-68
TC (Total Kolesterol)		169,3±32,5	127-273
LDL		112,7±28,9	60-178
HDL		52,6±13,7	27-78
TG		126,2±45,0	66-295
Kan Şekeri (Açlık)		89,9±14,2	72-138
Kan Şekeri (Tokluk)		124,0±31,6	86-296
		n	**%**
Kan Testleri ile ilgili Bireylerin Cevaplama Durumu	**Bilgiye erişildi (hasta, elektronik sistem, hekim/hemşire yardımıyla)**	82	58,6
	Bilgiye erişilemedi (hasta bilmiyor, sistemden kontrol için T.C. kimlik no. paylaşmak istemedi gibi)	58	41,4
Karaciğer Fonksiyon Testleri	**≤ 3 ay**	35	42,7
	> 3 ay	47	57,3
	ALT: <7 U/L (SGPT)	0	0
	ALT: 7-55 U/L (SGPT)	70	85,4
	ALT: >55 U/L (SGPT)	12	14,6
	AST: <8 U/L (SGOT)	0	0
	AST: 8-48 U/L (SGOT)	79	96,3
	AST: >48 U/L (SGOT)	3	3,7
Lipit Değerleri	**TC <200 mg/dl**	35	85,4
	TC ≥200 mg/dl	6	14,6
	LDL <130 mg/dl	23	74,2
	LDL ≥130 mg/dl	8	25,8
	HDL ≥40 mg/dl	25	80,6
	HDL <40 mg/dl	6	19,4
	TG <150 mg/dl	21	77,8
	TG ≥150 mg/dl	6	22,2
Kan Şekeri	**Açlık: <70 mg/dl**	0	0
	Açlık: 70-100 mg/dl	47	82,5
	Açlık: ≥100 mg/dl	10	17,5
	Tokluk: <140 mg/dl	72	86,7
	Tokluk: ≥140 mg/dl	11	13,3

Araştırmaya katılanların "SGP-erkek kan testleri" alt boyutu incelendiğinde; yapılan tetkikler konusunda bilgiye erişim oranı %58,6'dır. Hastaların %57,3'ünün karaciğer fonksiyon testlerini 3 aydan daha uzun bir süre önce yaptırmış olup; ALT (%85,4) ve AST (%96,3) değerleri normal aralıklarda yer almaktadır.

Lipit değerlerine bakıldığında hastaların %14,6'sının total kolesterol değeri, %25,8'inin LDL değeri, %19,4'ünün HDL değeri ve %22,2'sinin trigliserid değeri anormal aralıkta yer almaktadır. Karaciğer fonksiyon testlerinde olduğu gibi lipit değerlerinin yer aldığı bilgiye erişim kısıtlıdır.

Kan şekeri fiziksel tanılama sırasında ölçülmüş olup; %40,7'sinin açlık; %59,3'ünün tokluk kan şekeri değeri ölçülmüştür.Açlık kan şekeri bakılanların %17,5'inin açlık kan şekerinin yüksek olduğu; tokluk kan şekeri ölçülenlerin ise %13,3'ünün tokluk kan şekerinin yüksek olduğu bulundu.

Tablo 4.4-3 SGP - Erkek Taramalar Alt Boyutuna Ait Bulgular (n=140)

Değişkenler		**n**	**%**
Prostat ve Testisler	**Aylık kendine testis muayenesi yapıyor**	6	4,3
	Testis muayenesi yapmıyor	134	95,7
Dişler	**≤12 ay**	44	31,4
	≥ 2 yıl	96	68,6
Gözler	**<2 yıl**	26	18,6
	>2 yıl	114	81,4
Ayak Bakımı	**Ara sıra kendi kendini muayene ediyor.**	14	10,0
	Hiç muayene etmiyor.	126	90,0
Meme	**Aylık kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapıyor.**	0	0
	Meme muayenesini yapmıyor.	140	100,0
Üriner Boşaltım	**<1 lt/gün**	47	33,6
	1-2 lt/gün	80	57,1
	>2 lt/gün	13	9,3
Bağırsaklar	**Kabızlık/ diyare yok**	69	49,3
	Kabızlık/ diyare var	71	50,7
	Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı var	46	32,9
	Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı yok	94	67,1

Araştırmaya katılanların "SGP-erkek taramalar" alt boyutu incelendiğinde; erkek hastaların aylık prostat ve testis muayenesi yapma oranı %4,3'tür. Katılımcıların son 12 ay içerisinde diş muayenesine gitme oranı %31,4, göz muayenesine gitme oranı ise %18,6'dır. Yine %10,'u ayak bakımına dikkat etmekte olup hiçbiri aylık düzenli kendi kendine meme muayenesi yapmamaktadır. Üriner ve bağırsak boşaltımına bakıldığında ise %57,1'inin günlük idrar miktarı 1-2 lt olup normal değerler arasındadır. Ancak %50,7'sinin kabızlık veya diyare sorunu yaşadığı ve %32,9'unun ise aşırı baskı, distansiyonu olduğu ve laksatif kullanımına ihtiyacı bulunduğu belirlendi.

Tablo 4.4-4 SGP - Erkek Yaşam Tarzı Alt Boyutuna Ait Bulgular (n=140)

Değişkenler		***X* ± SS**	**Min – Max**
Sigara Miktarı		21,6±10,8	8-50
Alkol Miktarı		94,2±42,0	50-200
		n	**%**
Uyku	**<3 s/gün**	38	27,1
	7-8 s/gün	64	45,7
	>8 s/gün	38	27,1
Sigara Kullanımı	**İçmiyor**	41	29,3
	Pasif içici/İçici	99	70,7
Egzersiz	**Günde 30 dk**	31	22,1
	Egzersiz yapmıyor	109	77,9
Alkol Kullanımı	**Tüketmiyor**	94	67,1
	Arasıra/Düzenli	46	32,9
Diyet: Günlük Meyve-Sebze, Yağ, Tuz ve Karbonhidrat Tüketimi	**5 porsiyon sebze-meyve/gün**	46	32,9
	≤ 2 porsiyon sebze-meyve/gün	94	67,1
	≤ alınan günlük enerjinin %20 - 35'i yağ (<1 porsiyon)	36	25,7
	> alınan günlük enerjinin %20 - 35'i yağ (>1 porsiyon)	104	74,3
	≤5-6g tuz /gün	45	32,1
	≥6g tuz / gün	95	67,9
	≤ alınan günlük enerjinin %45-60'ı karbonhidrat (3-7 porsiyon)	48	34,3
	≥ alınan günlük enerjinin %45-60'ı karbonhidrat (3-7 porsiyon)	92	65,7

Tablo 4.4-5 SGP - Erkek Yaşam Tarzı Alt Boyutuna Ait Bulgular (n=140) - Devamı

Değişkenler		n	%
Diyet: Yemek Hazırlama Becerisi	**Yemek ya da alışveriş yapma imkanı var**	74	52,9
	Yemek ya da alışveriş yapma imkanı yok	66	74,1
	Pişirme olanakları var	110	78,6
	Pişirme olanakları yok	30	21,4
Su Tüketimi	**<1 lt/gün**	54	38,6
	1-3 lt/gün	70	50,0
	>3 lt/gün	16	11,4
Kafein Alımı	**2-5 fincan/gün**	109	77,9
	≥ 6 fincan/gün	31	22,1
Madde Kullanımı	**Kullanmıyor**	123	87,9
	Arasıra/Düzenli	17	12,1
Güvenli Cinsel Aktivite	**Düzenli**	20	14,3
	Düzensiz/Hiç	120	85,7
Cinsel Aktivite Memnuniyet Düzeyi	**Memnun**	78	55,7
	Memnun değil	62	44,3

Araştırmaya katılanların "SGP-erkek yaşam tarzı" alt boyutu incelendiğinde; hastaların %45,7'sinin günde 7-8 saat uyuduğu ve %77,9'unun günlük egzersiz yapmadığı bulundu. %70,7'si sigara kullanmakta olup ortalama sigara içme miktarı 21,6±10,8 adettir. Yine %32,9'u alkol tüketmekte olup ortalama alkol tüketimi 94,2±42,0 ml'dir. Erkek katılımcıların madde kullanımı oranı ise %12,1'dir.

Katılımcıların besin tüketim durumu kendi ifadeleri doğrultusunda belirlenmiş olup sebze-meyve, yağ ve karbonhidrat tüketimi porsiyon bazında, tuz ise gram bazında ele alındı. Buna göre katılımcıların gün içerisinde sadece %32,9'unun 5 porsiyon sebze-meyve tükettiği, %25,7'sinin 1 porsiyon kadar yağ tükettiği ve %34,3'ünün 3-7 posiyon arası karbonhidrat tükettiği belirlenmiş olup %32,1'i 5- 6 gr tuz tüketmektedir. Katılımcıların %52,9'unun yemek ya da alışveriş yapma olanağı ve %78,6'sının ise mutfak ve mutfak gereçleri gibi gerekli olan pişirme olanakları vardır.

Katılımcıların %50'sinin günde 1-3 lt sıvı tükettiği ve %77,9'unun 2-5 fincan kahve tüketimi olduğu bulundu.

Güvenli cinsel aktivite düzeyine bakıldığında ise %85,7'sinin düzensiz bir cinsel yaşamı olduğu veya aktif cinsel yaşamı olmadığı ve %44,3'ünün cinsel aktiviteden memnun olmadığı saptandı.

4.5. Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.5-1 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (Ölçümler ve Kan Testleri Alt Boyutu) (N=280)

Parametre	Cinsiyet	*X* ±SS	Test Değeri	p
BKİ	Kadın	28,0±5,5	8,680*	p>0.05
	Erkek	28,9±4,2		
Ateş	Kadın	36,3±0,3	8,386*	**p<0,05**
	Erkek	36,5±0,3		
Nabız	Kadın	87,8±12,7	9,011*	p>0.05
	Erkek	83,0±12,2		
Sistolik Kan Basıncı	Kadın	121,7±11,8	9,189*	p>0.05
	Erkek	123,5±10,7		
Diastolik Kan Basıncı	Kadın	76,8±8,8	7,553*	**p<0,001**
	Erkek	80,2±7,6		
AST	Kadın	29,8±13,3	2,110*	p>0.05
	Erkek	32,6±13,5		
ALT	Kadın	25,1±11,3	1,745*	**p<0,01**
	Erkek	30,9±12,1		
Total Kolesterol	Kadın	180,8±43,4	0,619*	p>0.05
	Erkek	169,3±32,5		
LDL	Kadın	114,5±27,2	0,539*	p>0.05
	Erkek	112,7±28,9		
HDL	Kadın	67,4±14,5	0,255*	**p<0,001**
	Erkek	52,6±13,7		
Trigliserid	Kadın	143,3±47,1	0,298*	p>0.05
	Erkek	126,2±45,0		
Kan Şekeri (Açlık)	Kadın	89,9±11,6	1,113*	p>0.05
	Erkek	89,9±14,2		
Kan Şekeri (Tokluk)	Kadın	125,1±17,4	3,448*	p>0.05
	Erkek	124,0±31,6		
Bel Çevresi	Kadın	<80 cm: %1,4 ≥80 cm: %98,6	8,120**	**p<0,001**
	Erkek	<94 cm: %18,6 ≥94 cm: %81,4		

**Kruskal Wallis H testi, **Ki-kare* testi

SGP paramterelerinin cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 4.5-1'de gösterildi. Buna göre ateş, bel çevresi, diastolik kan basıncı, ALT ve HDL değerlerinde cinsiyete göre anlamlı bir fark saptandı. Gruplar arası anlamlılığın kadınların HDL değerinin; erkeklerin ateş, bel çevresi, diastolik kan basıncı, ALT değerlerinin diğer cinsiyete kıyasla daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Tablo 4.5-2 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (Taramalar ve Yaşam Tarzı Alt Boyutu) (N=280)

Parametre		**Kadın (n:140) %**	**Erkek (n:140) %**	**Test Değeri**	**p**
Dişler	≤12 ay	8,6	15,7	8,400*	**p<0,01**
	≥ 2 yıl	41,4	34,3		
Gözler	<2 yıl	5,7	9,3	9,100*	p>0.05
	>2 yıl	44,3	40,7		
Ayak Bakımı	Ara sıra kendi kendini muayene ediyor.	14,6	5,0	7,910*	**p<0,001**
	Hiç muayene etmiyor.	35,4	45,0		
Üriner Boşaltım	<1 lt/gün	16,4	16,8	9,364*	p>0.05
	1-2 lt/gün	26,1	28,6		
	>2 lt/gün	7,5	4,6		
Bağırsaklar	Kabızlık/ diyare yok	21,8	25,4	9,100*	p>0.05
	Kabızlık/ diyare var	28,2	24,6		
Bağırsaklar	Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı var	12,1	16,4	8,960*	p>0.05
	Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı yok	37,9	33,6		
Uyku	<3 s/gün	7,1	13,6	9,086*	p>0.05
	7-8 s/gün	30,7	22,9		
	>8 s/gün	12,1	13,6		
Sigara Kullanımı	İçmiyor	28,6	35,4	8,470*	**p<0,05**
	Pasif içici/İçici	21,4	14,6		

Tablo 4.5-3 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (Taramalar ve Yaşam Tarzı Alt Boyutu) (N=280) - Devamı

Parametre	Kadın (n:140) %	Erkek (n:140) %	Test Değeri	p	
Egzersiz	Günde 30 dk	8,6	11,1	9,310*	p>0.05
	Egzersiz yapmıyor	41,4	38,9		
Alkol Kullanımı	Tüketmiyor	36,4	33,6	9,240*	p>0.05
	Ara sıra/Düzenli	13,6	16,4		
Su Tüketimi	<1 lt/güm	13,2	19,3	9,090*	p>0.05
	1-3 lt/gün	33,9	25,0		
	>3 lt/gün	2,9	5,7		
Kafein Alımı	2-5 fincan/gün	37,5	38,9	8,520*	p>0.05
	≥ 6 fincan/gün	12,5	11,1		
Madde Kullanımı	Kullanmıyor	50,0	6,1	8,610*	**p<0,001**
	Ara sıra/Düzenli	0,0	43,9		
Güvenli Cinsel Aktivite	Düzenli	7,9	7,1	9,660*	p>0.05
	Düzensiz/Hiç	42,1	42,9		
Cinsel Aktivite Memnuniyet Düzeyi	Memnun	18,9	27,9	8,050*	**p<0,01**
	Memnun değil	31,1	22,1		

**Mann Whitney U testi*

SGP paramterelerinin cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 4.5-2'de gösterildi. Buna göre diş ve ayak bakımı, sigara ve madde kullanımı ve cinsiyet aktivite memnuniyet düzeyinde cinsiyete göre anlamlı bir fark saptandı. Gruplar arası anlamlılığın kadınların diğer cinsiyete kıyasla ayak bakımına daha fazla dikkat ettiği; erkeklerin ise diğer cinsiyete kıyasla diş bakımına daha fazla önem verdiği, sigara ve madde kullanımının daha fazla olduğu ve cinsiyet aktivite memnuniyet düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi.

Tablo 4.5-4 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Ruhsal Bozukluk Tanısına Göre Karşılaştırılması (Ölçümler ve Kan Testleri Alt Boyutu) (N=280)

Parametre	Ruhsal Bozukluk Tanısı	*X* ±SS	Test Değeri	p
BKİ	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	29,0±4,6	8,097*	**p<0,05**
	Bipolar Bozukluk	27,0±5,5		
	Majör Depresif Bozukluk	28,9±4,1		
Ateş	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	36,3±0,3	6,731*	**p<0,05**
	Bipolar Bozukluk	36,4±0,3		
	Majör Depresif Bozukluk	36,6±0,4		
Nabız	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	87,7±13,0	1,194*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	85,5±12,3		
	Majör Depresif Bozukluk	86,5±10,4		
Sistolik Kan Basıncı	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	122,1±11,2	2,699*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	122,5±11,3		
	Majör Depresif Bozukluk	125,3±11,7		
Diastolik Kan Basıncı	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	78,3±8,1	0,243*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	78,8±8,7		
	Majör Depresif Bozukluk	78,7±9,4		
AST	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	31,1±12,7	0,151*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	31,7±14,0		
	Majör Depresif Bozukluk	31,8±15,5		
ALT	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	29,4±11,9	1,139*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	27,6±12,1		
	Majör Depresif Bozukluk	27,1±12,8		
Total Kolesterol	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	174,7±37,2	0,358*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	171,4±37,7		
	Majör Depresif Bozukluk	180,0±43,1		

Tablo 4.5-5 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Ruhsal Bozukluk Tanısına Göre Karşılaştırılması (Ölçümler ve Kan Testleri Alt Boyutu) (N=280) - Devamı

Parametre	Ruhsal Bozukluk Tanısı	*X* ±SS	Test Değeri	p
LDL	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	115,5±25,6	2,935*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	116,0±29,6		
	Majör Depresif Bozukluk	103,2±29,9		
HDL	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	57,3±16,4	4,305*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	65,5±13,6		
	Majör Depresif Bozukluk	59,2±17,4		
Trigliserid	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	141,5±47,8	2,074*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	126,7±34,0		
	Majör Depresif Bozukluk	133,5±68,5		
Kan Şekeri (Açlık)	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	90,3±13,3	0,033*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	88,6±9,0		
	Majör Depresif Bozukluk	91,4±17,7		
Kan Şekeri (Tokluk)	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	121,7±20,7	4,736*	p>0.05
	Bipolar Bozukluk	128,0±30,4		
	Majör Depresif Bozukluk	130,9±28,2		

**Kruskal Wallis H testi*

SGP parametrelerinin ruhsal bozukluk tanısına göre karşılaştırılması Tablo 4.5-3'te gösterildi. Buna göre, BKİ ve ateş parametrelerinde ruhsal bozukluk tanısına göre anlamlı fark bulundu. Gruplar arası anlamlılığın şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan bireylerin BKİ değerlerinin; majör depresif bozukluk tanısı alan bireylerin ise ateş değerlerinin diğer gruplara kıyasla daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Tablo 4.5-6 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Ruhsal Bozukluk Tanısına Göre Karşılaştırılması (Taramalar ve Yaşam Tarzı Alt Boyutu) (N=280)

Parametre		Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar (n:164) %	Bipolar Bozukluk (n:80) %	Majör Depresif Bozukluk (n:36) %	Test Değeri	p
Dişler	≤12 ay	8,9	7,5	5,6	1,846*	p>0.05
	≥ 2 yıl	24,4	25,8	27,8		
Gözler	<2 yıl	5,3	4,6	4,6	0,226*	p>0.05
	>2 yıl	28,0	28,8	28,7		
Ayak Bakımı	Ara sıra kendi kendini muayene ediyor.	7,1	5,0	7,4	1,539*	p>0.05
	Hiç muayene etmiyor.	26,2	28,3	25,9		
Üriner Boşaltım	<1 lt/gün	11,6	12,9	4,6	6,763*	**p<0,05**
	1-2 lt/gün	16,9	18,3	24,1		
	>2 lt/gün	4,9	2,1	4,6		
Bağırsaklar	Kabızlık/ diyare yok	15,2	17,5	13,9	1,48*	p>0.05
	Kabızlık/ diyare var	18,1	15,8	19,4		
Bağırsaklar	Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı var	8,7	10,4	11,1	1,122*	p>0.05
	Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı yok	24,6	22,9	22,2		
Uyku	<3 s/gün	7,9	6,3	3,7	7,24*	**p<0,05**
	7-8 s/gün	18,7	16,3	17,6		
	>8 s/gün	6,7	10,4	12,0		
Sigara Kullanımı	İçmiyor	23,2	20,8	13,9	9,989*	**p<0,01**
	Pasif içici/İçici	10,2	12,5	19,4		

Tablo 4.5-7 Fiziksel Sağlık Parametrelerinin Ruhsal Bozukluk Tanısına Göre Karşılaştırılması (Taramalar ve Yaşam Tarzı Alt Boyutu) (N=280) - Devamı

Parametre		Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar (n:164) %	Bipolar Bozukluk (n:80) %	Majör Depresif Bozukluk (n:36) %	Test Değeri	p
Egzersiz	Günde 30 dk	7,5	5,0	5,6	2,172*	p>0.05
	Egzersiz yapmıyor	25,8	28,3	27,8		
Alkol Kullanımı	Tüketmiyor	24,6	19,6	25,9	6,95*	**p<0,05**
	Arasıra/Düzenli	8,7	13,8	7,4		
Su Tüketimi	<1 lt/güm	11,4	10,4	9,3	1,165*	p>0.05
	1-3 lt/gün	18,5	22,1	19,4		
	>3 lt/gün	3,5	0,8	4,6		
Kafein Alımı	2-5 fincan/gün	26,4	26,7	18,5	9,971*	**p<0,01**
	≥ 6 fincan/gün	6,9	6,7	14,8		
Madde Kullanımı	Kullanmıyor	2,2	1,7	1,9	0,293*	p>0.05
	Arasıra/Düzenli	31,1	31,7	31,5		
Güvenli Cinsel Aktivite	Düzenli	4,1	7,9	2,8	7,046*	**p<0.05**
	Düzensiz/Hiç	29,3	25,4	30,6		
Cinsel Aktivite Memnuniyet Düzeyi	Memnun	15,0	15,4	18,5	1,367*	p>0.05
	Memnun değil	18,1	17,5	14,8		

**Kruskal Wallis H testi*

SGP parametrelerinin ruhsal bozukluk tanısına göre karşılaştırılması Tablo 4.5-4'te gösterildi. Buna göre, üriner boşaltım, uyku, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kafein alımı ve güvenli cinsel aktivite parametrelerinde ruhsal bozukluk tanısına göre anlamlı fark bulundu. Gruplar arası anlamlılık incelendiğinde; şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan bireylerin 3 saatten daha az uyuduğu; bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin daha fazla alkol tükettiği ve daha az üriner boşaltımı gerçekleştirdiği; majör depresif bozukluk tanısı olan bireylerin ise 8 saatten daha fazla uyuduğu, daha fazla sigara kullandığı, kafein aldığı ve düzensiz güvenli cinsel aktivitede bulunduğu tespit edildi.

5. TARTIŞMA

Amacı, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde fiziksel sağlık durumunu tanılamak, takip etmek ve risk değerlendirmesi yapmak amacıyla geliştirilmiş olan "Sağlığı Geliştirme Profili-SGP)" (The Health Improvement Profile-HIP)'ni Türkçeye uyarlamak ve ve SGP'nin ilk kullanımına ilişkin pilot sonuçları vermekolan çalışmadan elde edilen bulgular 3 bölümde tartışıldı.

5.1. Sağlığı Geliştirme Profili-SGP'nin Türkçe dil eşdeğerliliği ve kapsam geçerliği ile ilgili bulguların tartışılması

SGP maddelerinin uzman görüşleri doğrultusunda aldıkları kapsam geçerlilik oranları ve kapsam geçerlilik indeks değerleri incelendiğinde; her iki form için kapsam geçerlilik oranları madde bazında 0,90 ila 1,00 arasında değişmekte olup; kapsam geçerlilik indeks değerleri 0,97'dir. Werkkala ve ark. (2020) SGP formunun Fince uyarlamasında iki alanda kapsam gerçerliliğini değerlendirmiştir. Anlaşılırlık için madde kapsam geçerlilik oranları 0,44 ila 1,00 arasında değişmekte olup; kapsam geçerlilik indeks değeri 0,70 olarak bulunmuştur. Fince formun maddeler arası alaka düzeyinin ise madde kapsam geçerlilik oranları ise 0,56-1,00 arasında değişmekte olup; kapsam geçerlilik indeks değeri 0,82 olarak bulunmuştur (Werkkala ve ark. 2020). SGP formlarının, Thongsai ve ark. (2016) Tayland; Bressington ve ark. (2018) Çin ve Bressington ve ark. (2014) Hong Kong kültürüne uyarlama çalışmalarında ise maddeler uzman görüşüne sunulmuş, uzmanlarca dil çevirileri ve gerekli düzenlemeler gerçekleştirilmiş, ancak kapsam geçerliliği yöntemiyle uygunluğu değerlendirilmemiştir (Bressington ve ark. 2014; Thongsai ve ark. 2016; Bressington ve ark. 2018). Kapsam geçerliliği, formun değerlendirmek istediği kapsamı ne derecede yansıttığını göstermektedir. Özellikle farklı kültürlerden uyarlanan form ve ölçekler için kapsam geçerliliğinden yararlanılması önerilmektedir (Karakoç ve Dönmez 2014; Yeşilyurt ve Çapraz, 2017). Bu araştırmada kapsam gerçerliliğinin 0,80 değerinden yüksek olması nedeniyle Türkçe dil geçerliliğinin sağlandığını söylenebilir. Form, daha önce Fin (Werkkala ve ark. 2020), Çin (Bressington ve ark. 2018) ve Tay (Thongsai ve ark. 2016) dillerine çevirilmiş olup farklı dillerde dil eşdeğerliliği sağlanmıştır.

Ölçme araçlarının aynı koşullar içerisinde tekrarlanan ölçümlerde elde edilen sonuçlarının kararlılığını ortaya koymak için güvenirliğini belirlemek gerekir. (Ercan ve

Kan 2004). Ancak, SGP Kadın ve Erkek formları ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık parametrelerini değerlendiren bir tanı aracıdır. Form ile yapılan farklı ölçümlerde farklı sonuçlar elde etmek olasıdır. Bu nedenle formların güvenirlik çalışması yapılmamış olup; sadece geçerlik çalışması yapılmıştır.

5.2. Bireysel ve Hastalık özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 42,3±11,0 olup %57'sinde fiziksel bir sağlık sorunu bulundu. Fiziksel bir sorunu olan bireylerin %58,1'i fiziksel hastalık tanısı almış; %41,9'u ise fiziksel sağlığı ile ilgili bir şikayeti olduğunu belirtti. Demir ve ark. (2016) yürüttüğü çalışmada ruhsal bozukluğu olan bireylerde görülen fiziksel hastalık oranı %51; Koranyi'nin (1980) çalışmasında %9 ila 42 arasında; Kısa ve ark. (2008) çalışmasında %38, Placentino ve ark. (2009)'nın çalışmasında %62 ve Erginer'in (2016) çalışmasında %59 olarak belirlenmiştir (Koranyi 1980; Kısa ve ark. 2008; Placentino ve ark. 2009; Demir ve ark. 2016; Erginer 2016). Bununla birlikte, kronik fiziksel hastalığın görülme oranı genel popülasyona kıyasla ve yaş ile birlikte ruhsal bozukluğu olan bireylerde daha fazla görülmektedir (Rabinowitz ve ark. 1997; Laursen ve ark. 2011; Kopf ve Hewer 2018). Araştırmanın bulguları literatür ile pararellik göstermektedir. Bu nedenle, hem mevcut araştırma sonuçları hem de literatürdeki araştırma sonuçları doğrultusunda ruhsal bozukluğu olan bireylere bütüncül (holistik) yaklaşımın önemli olduğu ve RSPH'nin bu konuya önem vermeleri gerektiği söylenebilir.

Araştırmada, ruhsal bozukluk tanılı bireylerin %58.1'inde bir fiziksel hastalık tanısı bulunmaktadır. Bunların %20,4'ünde DM, %10,8'inde KVH, %9,7'sinde hipertansiyon, %9,7'sinde ortopedik hastalık tanısı (kireçlenme, kırık, kalça protezi gibi), %7,5'unda ise romatoid artrit tanısı mevcuttur. Rabinowitz ve ark. (1997) çalışmasında birinci sırada KVH, ikinci sırada Metabolik Sendrom ile DM; Demir ve ark. (2016) çalışmada endokronolojik ve nörolojik bozukluklar; Lawrence ve ark. (2013)'nın çalışmasında birinci sırada KVH ikinci sırada kanser mevcuttur (Rabinowitz ve ark. 1997; Lawrence ve ark. 2013; Demir ve ark. 2016). Geniş çaplı yürütülen bir meta-analiz çalışmasında, 50 yaş üzeri ruhsal bozukluğu olan bireylerin %10'unda komorbit KVH görülmekle birlikte; KVH gelişme riskinin %78 civarında olduğu tespit edilmiştir (Correll ve ark. 2017). KVH yanı sıra metabolik sendrom, DM görülme oranları da diğer hastalıklara kıyasla yüksek seyretmektedir. Ruhsal bozukluğu olan bireyler arasında metabolik sendrom görülme oranı en fazla şizofreni tanısı alan bireylerde olup; bu oran

bipolar ve şizoafektif bozukluk tanısı olan bireylerde %22 ila 42 arasında değişmektedir (Fagiolini ve ark. 2008; Meyer ve Stahl, 2009). DM ise genel popülasyona kıyasla ruhsal bozukluğu olan bireylerde 2-3 kat daha fazla görülmektedir. (McIntyre ve ark. 2005; Van Winkel ve ark. 2006; Van Winkel ve ark. 2008). Başta KVH olmak üzere, metabolik sendrom, DM, hipertansiyon ve obezite hem genetik hem de yaşam tarzı ile ilişkilidir. Görülme oranlarının yüksek olması özellikle değiştirilebilir risk faktörleri üzerinde durulması ve kliniklerde sorgulanması gerekliliği üzerinde durulmaktadır.

Tanı almadan fiziksel sağlığı ile ilgili şikayetleri olan 67 hastanın %26,9'unun mide şikayetleri, %25,4'ünün ağrı şikayeti, %25,4'ünün solunum şikayetleri ve %22,4'ünün kalp ile ilgili şikayetleri olduğu bulundu. Kısa ve ark. (2008) çalışmasında %23'ünün fiziksel bir hastalığı olmaksızın şikayeti mevcuttur (Kısa ve ark. 2008). Filik ve ark. (2006) çalışmasında ise şizofren tanılı hastaların genel popülasyona kıyasla daha fazla KVH ve solunum şikayetleri olduğu tespit edilmiştir (Filik ve ark. 2006).

5.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin SGP ile ilgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılanların SGP ölçümler alt boyutu incelendiğinde; kadınların %30,7'sinin ve erkeklerin %44,3'ünün BKİ sonuçları 25 – 29,99 kg/m² arasında olup fazla kilolu bulundu. Özdel ve ark. (2011) çalışmasında BKİ 38,8±6,75 şeklinde olup; II. Derece obez hastaların %60'ında ruhsal bozukluk saptanmıştır (Özdel ve ark. 2011). Pahalı ve ark. (2018) çalışmasında ise katılımcıların %39,6'sı fazla kilolu BKİ değerlerine sahip olup, BKİ arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinde artış görülmüştür (Pahalı ve ark., 2018). Coodin (2001) çalışmasında BKİ 29,02 kg/m² ve kadınlarda daha yüksek şekilde saptamıştır ve obezite oranını %42,08 olarak belirlemiştir (Coodin, 2001). Göçmen ruhsal bozukluğu olan bireyler ile yürütülen bir çalışmada BKİ'ya göre fazla kilolu ve obez birey sayısı normal kilolu birey sayısına göre daha yüksek bulunmuştur (Kinzie ve ark. 2008). Diğer çalışmalarda ise ruhsal bozukluk tanılarına göre BKİ değerleri incelemiş olup; bipolar bozukluk tanısı alanlar bireylerin en yüksek, madde kullanımı olan bireylerin ise en düşük BKİ değerlerine sahip olduğu görülmüş ve tanı farketmeksizin yüksek BKİ ve obezite tanısının bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Simon ve ark. 2006; Carpiniello ve ark. 2009). Mevcut araştırmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir ve BKİ değerlerinin aralıklı takibinin obezite ve diğer bozukluklar açısından önemli bir gösterge olduğu söylenebilir.

Fiziksel hastalıkların tespiti ve takibi açısından bir diğer önemli parametre olan bel çevresi bulguları incelendiğinde kadınlarda bel çevresi ortalaması 87,8±12,7cm ve %98,6'sının bel çevresi 80 cm üzeri iken erkeklerin bel çevresi ortalamasının 107,4±13,7 cm ve %81,4'ünün bel çevresi 94 cm ve üzeri olduğu belirlendi. Şizofreni tanılı hastalar ile yürütülen iki çalışma sonucu bel çevresi ölçümlerinin yüksek olduğu ve cinsiyet incelendiğinde kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür (Faulkner ve ark. 2007; Lin ve ark. 2012). Psikofarmakolojik ajanların kullanımı sonucu bel çevresi artışı gözlemlenebilmektedir. Bir ay süreli ketiapin (antipsikotik) kullanımı sonucu bel çevresi değerlendirilen bir çalışmada +1,016 cm artış gözlenmiştir (Cates ve ark. 2009). Mevcut araştırmada hastaların yüksek oranda (%79 antipsikotik, %32,5 antidepresan, %22,1 duygudurum düzenleyici, %27,5 antiepileptik ve %41,1 antiparkinson) psikofrmakolojik ajan kullanımı mevcut olup bel çevresinin yüksek oluşunu etkilediği söylenebilir.

SGP ölçümler alt boyutunda incelenen son parametre kan basıncıdır. Kadınların %51,4'ünün ve erkeklerin %52,1'sinin kan basıncı değerleri 120/80 mmHg üstü bulundu. Yüksek seyreden kan basıncı ilerleyen dönemlerde hem hipertansiyon tanısına neden olmakta hem de KVH riskini de arttırmaktadır. Kinzie ve ark. (2008)'nın 459 ruhsal bozukluğu olan birey ile yürüttüğü çalışmada hipertansiyon prevalansı %42 şeklinde bulunmuştur (Kinzie ve ark. 2008). Johannessen ve ark. (2006)'nın çalışmasında ise yüksek kan basıncı kadınlarda erkeklere kıyasla ve anksiyete bozukluğu olan bireylerde diğer bozukluklara kıyasla daha fazla görülmektedir (Johannessen ve ark. 2006).

SGP kan testleri alt boyutunda ilk olarak karaciğer fonksiyon testleri (AST ve ALT) değerlendirildi. Buna göre; kadın ve erkek hastaların %55,7'sinin karaciğer fonksiyon testlerinin 3 aydan daha uzun bir süre kontrol edildiği tespit edildi. Kadın ve erkek hastaların çoğunluğunun ALT (%90,2 ve %85,4) ve AST (%88,5 ve %96,3) değerleri normal aralıklarda yer almaktadır. Nyblom ve ark. (2004) çalışmasında AST ve ALT değerlerinin yüksek seyretmesinin alkolik karaciğer hastalıklarının görülme oranını arttıran önemli bir faktör olduğu bulunmuştur (Nyblom ve ar. 2004). Ayrıca yüksek seyreden AST ve ALT değerleri sonucu karaciğer fonksiyonlarının bozulması, psikofarmakolojik ilaç metabolizmasını etkileyeceğinden hastanın belirtiler ve yan etkiler açısından takip edilmesi gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Literatüre bakıldığında karaciğer fonksiyon testlerinin genellikle alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerle yürütülen çalışmalarda değerlendirildiği görülmektedir (Mann ve ark. 2003;

Rocco ve ark. 2014). Araştırmamızda AST ve ALT değerleri literatürde yer alan sonuçlar ile çelişmekte olup; normal sınırlar içerisinde seyretmesinin nedeni TRSM kayıtlı hastaların aktif alkol kullanım bozukluğu tanısının olmaması ve bilgiye erişim ile ilgili kısıtlılığın olması olarak düşünülmektedir. Ancak anormal değerler gösteren bireylerin uzun süreli antipsikotik kullandıldığı görülmektedir.

Kardiyovasküler sistem için önemli parametrelerden biri olan lipit değerleri incelendiğinde; kadın ve erkek hastaların total kolesterol, LDL, HDL ve trigliserit değerlerinin anormal aralıkta yer aldığı saptandı. Dislipidemi nedenleri arasında psikofarmakolojik ajanlar, sedanter yaşam, beslenme alışkanlıkları rol oynamaktadır. "IDF (International Diabetes Federation-Uluslararası Diyabet Federasyonu)" ve/veya "NCEP-ATP III (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel -Ulusal Kolesterol Eğitim Programı-Erişkin Tedavi Planı III)" kriterleri dikkate alınarak Brezilya'da, Avusturalya'da, Hindistan'da ve Japonya'da yürütülen çalışmalar sonucu ruhsal bozukluk tanısına komorbit eşlik eden metabolik sendrom tanılı hastalarda lipit değerlerinin genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Tixeira ve ark. 2007; John ve ark. 2009; Sugawara ve ark. 2010; Hussain ve ark. 2017). Bu sonuçlar doğrultusunda lipit değerlerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin metabolik sendrom ve KVH takibi açısından önemli bir parametre olduğu söylenebilir. Ayrıca lipid değerlerinin anormal olmasında bireylerin sedanter yaşamı benimsinin de rol oynadığı düşünülebilir.

Kan testleri alt boyutunun son parametresi olan açlık veya tokluk kan şekerinin değerlendirilmesi prediyabet veya DM tanısı için önemli bir parametredir. Araştırmada kadın hastaların %14'ünün açlık kan şekeri değerlerinin, %18,8'inin tokluk kan şekeri değerlerinin; erkek hastaların %17,5'inin açlık kan şekeri değerlerinin, %13,3'ünün ise tokluk kan şekeri değerlerinin yüksek olduğu saptandı. Özellikle psikofarmakolojik ajanlar arasında antipsikotik kullanımının DM riskini arttırdığı bilinmektedir. (Kessing ve ark. 2010). Yine antidepresan kullanan bireylerde sedasyon olmasının ayrıca iştah artışı ve buna bağlı kilo alımının DM için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Sussman ve ark. 2001).

Araştırmada taramalar alt boyutunda kadınlarda servikal smear örneği verme oranı, erkeklerde aylık prostat ve testis muayenesine göre daha yüksektir. Son 12 aylık süre içerisinde diş ve göz muayenesine gitme oranı ise erkeklerde daha yüksek bulundu. Ayak bakımına dikkat etme oranı ve kendi kendine meme muayenesi yapma oranının

kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi. Belirli aralıklarla rutin taramaları gerçekleştirmek başta kanserler olmak üzere olası fiziksel sağlık sorunlarını önlemeye yöneliktir. Chou ve ark. (2011) çalışmasına göre şizofreni tanılı bireylerde kanser görülme riski genel popülasyona kıyasla daha düşük olmasına rağmen meme ve servikal kanser için bunun geçerli olmadığı belirtilmiştir (Chou ve ark. 2011). Tayvan'da yürütülen bir diğer çalışmada ise Hepatit B, Hepatit C'nin yanında karaciğer kanserinin şizofreni tanılı hastalarda en sık görülen kanser türü olduğu bulunmuştur (Himelhoch ve ark. 2009). Meme ve servikal kanser için rutin tarama yapma oranları genel popülasyona göre kısıtlı olan ruhsal bozukluk tanılı bireylerde bu kanser türlerinin gelişimi ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur (Barak ve ark. 2005; Carlsen ve ark. 2008; Bushe ve ark. 2009). Akciğer kanseri ile ilgili veriler de çelişkilidir. Ayrıca Chou'nun çalışmasında cinsiyete bağlı kanser gelişme oranı incelenmiş ve kadınlarda kanser gelişme oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Chou ve ark. 2011). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanser Tarama programında serviks kanser taramasının 30-65 yaş aralığında olan kadınlar için, prostat kanser taramasının ise 40 yaş üzeri erkekler için rutin olarak yapılması önerilmektedir. Aynı zamanda HPV aşı uygulamasında 9 yaş üzeri olma, tercihen bireyin cinsel açıdan aktif olmaması söz konusudur ve kadınlar için yaş açısından üst sınır mevcut değildir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Rutin kanser tarama programları bir çok ülkede yer almasına rağmen ülkeler arası farklılıklar olabilmektedir. Bu nedenle yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuş olabilir.

Kanserler dışında oral hijyeninin sağlanamaması ile birlikte beslenme alışkanlıkları sonucu diş hastalıklarında artış görülebilmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda psikofarmakolojik ajanların yan etkisi sonucu oluşan ağız mukozasında artış/azalış, kserostomi, sağlıksız (şeker içerikli) besin tüketiminin fazla olması, negatif belirtilerin olması, ekstraprimidal yan etkilerinin varlığı, motivasyon azlığı, ve sağlıklı diş fırçalama alışkanlığının olmaması, diş hekimine gitmek için yeterli finansal kaynağın olmaması sonucu periodontal hastalıklarda ve çürük insidansında artış olduğu bulunmuştur. Bakıcı ve ark. (2012) çalışmasına göre ruhsal bozukluk tanılı bireylerde düzenli diş fırçalama alışkanlığı oranı genel popülasyona kıyasla yarı yarıya düşük bulunmuştur (Bakıcı, 2012). Jovanović ve ark. (2010) çalışmasında ise bir yıldan fazla sürede diş muayenesine giden birey oranı %14,5, 3 aydan daha fazla süre aynı diş fırçasını kullanma oranı %98,2 ve gün içerisinde sadece bir kere diş fırçalayan birey oranı %57,9 şeklindedir (Jovanović ve ark. 2010). Ashour ve ark. (2019) çalışmasında psikiyatri

hastalarının %91'inde fazla şeker tüketiminin olduğunu ve bu durumun yüksek oranda diş hastalıklarına zemin hazırladığı bulunmuştur (Ashour ve ark. 2019).

Düzenli göz muayenesi ise özellikle kan şekeri ve metabolik sendrom belirtileri ile birlikte DM tanılı bireylerde DM yönetiminde retinopati, alkol ve madde kullanımı ve hipertansiyon sonucu lenste opasite takibi için gereklidir. Yapılan çalışmalar sonucu fiziksel hastalıklara eşlik eden glokom ve/veya diğer retinal bozukluklar ile antidepresan kullanımının ilerleyen dönemlerde katarakt gelişiminde rol oynadığı belirlenmiştir (Chou ve ark. 2016; Erie ve ark. 2017). Bununla birlikte, Jani ve ark. (2018) çalışmasında DM nedeniyle retinopati ve psikososyal semptomların görülmesi arasında ilişki bulunmuştur (Jani ve ark. 2018). Sanıldığının aksine antipsikotik ajanların katarakt gelişiminde rol oynadığını reddeden çalışmalar da literatürde mevcuttur (Üçok ve Gaebel 2008). Literatür bilgisi doğrultusunda göz muayenesi de ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık durumlarını tanılamak için takip edilmesi gereken önemli bir parametredir.

Üriner ve bağırsak boşaltımına bakıldığında kadınların ve erkeklerin üriner boşaltımı normal sınırlar içerisinde olsa da; her iki cinsiyetin kabızlık (%56,4 ve %57,1), aşırı baskı ve distansiyon yaşadığı ve laksatif kullanımına ihtiyaç olduğu (%24,3 ve %32,9) saptandı. Kullanılan psikofarmakolojik ajanların yan etkileri arasında yer alan kabızlık ciddi bir sağlık sorunu olma potansiyeli taşımaktadır. Özellikle ilerleyen dönemlerde paralitik ileus, bağırsak tıkanması ve perforasyonu ve hatta ölüm ile sonuçlanabilmektedir (De Hert ve ark. 2011b).

Araştırmaya katılan hastalarda SGP yaşam tarzı alt boyutunda yer alan parametrelere verdikleri cevaplar incelendiğinde; kadın ve erkek hastaların çoğunluğunun 7-8 saat uyuduğu, yüksek bir oranda her iki cinsiyetinde egzersiz yapmadığı bulundu. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında ve bipolar bozukluk mani döneminde önemi daha fazla anlaşılan uyku hijyeni ruhsal bozukluklarının remisyonu için anahtar bir role sahiptir (Franzen ve Buysse 2008; Mahfoud ve ark. 2009). Benzer şekilde günlük egzersiz seviyesinin belli bir seviyede olması, tedavi ve rehabilitasyonun etkinliğini arttırmaktadır. Sedanter yaşam ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar sonucu egzersiz seviyesinin düşük olması erkek cinsiyet, bekar ve işsiz olma, eğitim düzeyinin düşük olması, yüksek BKİ değerine sahip olma, hastalık süresinin uzun olması, antipsikotik ve antidepresan kullanımı, kardiyovasküler ve solunumsal şikayetlerin olması ve şizofreni tanısına sahip olma ile ilişkilendirilmiştir (Vancampfort ve ark. 2017;

Pengpid ve Peltzer 2019). Aynı çalışmaya göre ciddi ruhsal bozukluklar arasında şizofreni tanılı bireyler sedanter yaşam tarzını daha fazla benimserken, bipolar bozukluk tanılı bireyler fiziksel aktivite düzeyi en yüksek olan gruptur (Vancampfort ve ark. 2017).

Sigara kullanım ve alkol tüketim davranışları incelendiğinde ise her iki davranışın erkeklerde daha fazla görüldüğü ve ayrıca erkeklerde daha önce madde kullanımı olduğu saptandı. Erginer'in (2016) çalışmasında sigara kullanımı %63, alkol tüketim oranı %30 civarında bulunmuştur (Erginer 2016). Sigara kullanım oranının fazla olduğu ruhsal bozukluk tanılı bireylerde akciğer kanseri olma riski ile ilgili çelişkili yayınlar mevcuttur (Barros ve ark. 2014). Bazı çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerde akciğer kanseri olma oranı daha düşük olarak ifade edilirken (Dalton ve ark. 2005); diğer çalışmaların bulguları bu ifadenin aksini ortaya koymaktadır (Lichtermann ve ark. 2001, Grinshpoon ve ark. 2005). Bu çelişkili bulguların nedeni olarak genetik faktörler, etnik köken, cinsiyet, antipsikotik kullanımı ve yaşam tarzı seçimleri söylenebilmektedir (Chou ve ark. 2011).

Katılımcıların besin tüketim durumu incelendiğinde ise; kadınların erkeklere kıyasla yetersiz olsa da daha fazla meyve-sebze ve fazla şekilde yağ ve tuz tükettiği bulundu. Karbonhidrat tüketimi oranının ise erkeklerde daha fazla olduğu saptandı. Ruhsal bozukluklar içerisinde ayrı bir başlık olarak ele alınan yeme bozuklukları göstermektedir ki beslenme alışkanlıkları bireyin başta fiziksel sağlığı olmak üzere ruhsal sağlığını da etkileyen önemli parametrelerden biridir. Beslenme alışkanlıkları KVH, DM, metabolik sendrom, hipertansiyon gibi fiziksel sağlık sorunlarının oluşumunda kilit bir risk faktörüdür. McCreadie'ın (2003) çalışmasına göre beslenme alışkanlığı incelenen 102 şizofreni tanılı bireyde lipit ve BKİ değerlerinin yüksek olduğu ve 10 yıl içerisinde KVH gelişme riski erkeklerde %10, kadınlarda %7 şeklinde bulunmuştur (McCreadie 2003). Diğer çalışmalarda da benzer şekilde katılımcıların fast-food tüketiminin daha fazla olduğu, sağlıksız beslenme alışkanlıklarının olduğu ve rutin hekim ziyaretleri esnasında DM ve/veya KVH gibi fiziksel sağlık sorunları için herhangi bir şekilde değerlendirilmedikleri sonucuna erişilmiştir (Gupta ve Craig 2009; Dipasquale ve ark. 2013).

Yeterli seviyede sıvı tüketimi ve uygun miktarda günlük kafein alımı fiziksel ve ruhsal sağlığın devamlılığı için önem arz etmektedir. Özellikle tedavi sürecinde psikofarmakolojik ajanları etkileyen hem sıvı tüketimi hem de kafein alımı üzerinde yeteri kadar durulmamıştır. Araştırmaya katılan hastaların sıvı ve kahve tüketimi ele

alındığında kadınların su tüketimi daha fazla, erkeklerin ise çay, kahve tüketimi ile daha fazla kafein aldığı belirlendi. Sıvı alımının ve kafein tüketiminin yeterli miktarda olması bireyin bilişsel olarak kendini daha konstantre hissetmesine, depresif belirtilerin gerilemesinde rol oynamaktadır. Bununla birlikte kafein alımının aşırı fazla olması psikotik, manik ve anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması ve şiddetlenmesinde etkili olmaktadır (Gurpegui ve ark. 2004; Lara 2010). Ayrıca McCreadie'ın (2003) çalışmasına göre beslenme alışkanlığı incelenen 102 şizofreni tanılı bireyde lipit ve BKİ değerlerinin yüksek olduğu ve 10 yıl içerisinde KVH gelişme riski erkeklerde %10, kadınlarda %7 şeklinde bulunmuştur (McCreadie 2003).

Cinsel davranışlar ile ilgili verilerde ise her iki cinsiyette benzer şekilde düzensiz bir cinsel yaşam varlığı tespit edildi. Ancak kadınların cinsel aktiviteden memnun olmama oranının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bulundu. Westheide ve ark. (2007)'nın çalışmasında erkek hastaların hastalığın akut döneminde cinsel aktiviteden memnun olmama oranının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür (Westeide ve ark. 2007). Cinsel aktiviteden memnuniyet durumunu kullanılan psikofarmakolojik ajanlarda ekilemektedir. Buna göre SSRI grubu antidepresan ilaçların diğer antidepresan grubu ilaçlarıa kıyasla daha şiddetli memnuniyetsizliğe neden olduğu görülmüştür (Waldinger ve ark. 2003; Cohen ve ark. 2007) Bununla birlikte Gonzales-Torres ve ark. (2010)'ın çalışmasında ruhsal bozukluğu olan bireylerin riskli cinsel davranışlar (madde kullanan ve/veya HIV tanısı olan biriyle birlikte olma, kontraseptif kullanmama gibi) sergileme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gonzalez-Torres ve ark. 2010).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Amacı, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde fiziksel sağlık durumunu tanılamak, takip etmek ve risk değerlendirmesi yapmak amacıyla geliştirilmiş olan "Sağlığı Geliştirme Profili-SGP)" (The Health Improvement Profile-HIP)'ni Türkçeye uyarlamak ve ve SGP'nin ilk kullanımına ilişkin pilot sonuçları vermek olan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. SGP Kadın ve Erkek formlarının kapsam geçerliliği incelendiğinde maddelerin kapsam geçerlilik oranları 0,9 ila 1,0 arasında olup ve her iki formun kapsam geçerlilik indeks değerleri 0,97'dir.
2. Araştırmaya katılanların %58,5'i şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısı, %23,6'sı bipolar bozukluk tanısı, 12,9'u majör depresif bozukluk tanılıdır. Bununla birlikte %79,'ünü antipsikotik, %32,5'ini antidepresan, %22,1'ini duygudurum düzenleyici ilaç, %27,5'ini antiepileptik ve %41,1'ini antiparkinson ilaç kullanmaktadır.
3. Katılımcıların %57,1'inin ruhsal bozukluk tanısının yanı sıra fiziksel sağlık durumu ile ilgili bir sorununun olduğu; fiziksel hastalık tanısı alanların %20,4'ünün DM, %10,8'i KVH, %9,7'sinin hipertansiyon, %9,7'sinin ortopedik hastalık tanısı (kireçlenme, kırık, kalça protezi gibi), %7,5'inin ise romatoid artrit tanısı olduğu,
4. Katılımcıların %42,9'unun fiziksel hastalık tanısı almadan fiziksel sağlığı ile ilgili şikayetleri olup %26,9'unun mide şikayetleri, %25,4'ünün ağrı şikayeti, %25,4'ünün solunum şikayetleri ve %22,4'ünün kardiyovasküler şikayetlerinin bulunduğu,
5. Her iki cinsiyetin, BKİ değerlerine göre çoğunlukla fazla kilolu olduğu; bel çevreleri ve kan basınçlarının yüksek olduğu; nabız ve ateş değerlerinin ise normal aralıkta olduğu,
6. Kan testleri alt boyutunda her iki cinsiyetin karaciğer fonksiyon testlerinin, lipit değerlerinin ve kan şekeri değerlerinin çoğunlukla normal aralıkta olduğu,
7. Her iki cinsiyetin düzenli diş ve göz muayenesi yaptırmadığı,

8. Katılımcıların çoğunluğunun konstipasyon sıkıntısı yaşadığı, %25-30 oranında laksatif kullanımına ihtiyaçları olduğu,
9. Kadınlarda servikal kanser için servikal smear örneği aldırma oranının; erkeklerde prostat ve testis kanseri için prostat ve testis muayenesine gitme oranının çok düşük olduğu,
10. Uyku düzeninin her iki cinsiyette çoğunlukla normal değerler arasında olduğu,
11. Her iki cinsiyette egzersiz yapmama/sedanter yaşam tarzının yüksek olduğu,
12. Her ki cinsiyette sigara içme, erkeklerde alkol ve daha önce madde kullanım oranının yüksek olduğu,
13. Kadınların yağ ve tuz tüketiminin, erkeklerin ise karbonhidrat tüketimi fazla olduğu; yetersiz olsa da kadınların erkeklere göre daha fazla meyve-sebze tükettiği,
14. Kadınlarda sıvı tüketiminin, erkeklerde kafein (çay, kahve gibi) tüketiminin daha fazla olduğu,
15. Her iki cinsiyette düzensiz bir cinsel yaşam olup kadınların cinsel aktiviteden memnun olmama oranının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bulundu.

6.2. Öneriler

Gelecek çalışmalar için;

1- Daha büyük örneklem grubu ile çalışmalar planlanması,

2- Yapılan ölçümlerin belirli aralıklarla tekrarlandığı tanımlayıcı çalışmalar yapılması,

3- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin sağlığını geliştirmeye yönelik deneysel çalışmalar yapılması,

Ayrıca;

1. RSPH ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verirken yılda en az bir defa SGP'den yararlanarak kapsamlı bir fizik muayene gerçekleştirmesi,
2. TRSM'ye kayıtlı hastalar için ASM takiplerinin yapılıp yapılmadığının sorgulanması ve TRSM ile ASM'lerin entegre çalışması,

3. Fiziksel tanılama ve antropometrik ölçümler sonucu SGP üzerinde kırmızı alana düşen konular ile ilgili uygun girişimler ve yönlendirmelerin yapılması ve sonrasında bu sorunların takibinin yapılması,
4. Boy, kilo, bel çevresi ölçümlerinin yapılması, BKİ değerlerinin belirlenmesi ve beslenme alışkanlıklarının öğrenilmesi sonucu KVH, DM, metabolik sendrom gibi hastalıklar açısından değerlendirmeler ve aralıklı izlemler yapılması; ayrıca vital bulguların takibi ile hipertansiyon, kardiyovasküler şikayetlerin saptanması,
5. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırmak için beslenme programlarından yararlanılması, bu konuda RSPH ve diyetisyenlerin işbirliği içinde çalışması,
6. Hastalıkların tanılanmasında önemli bir yere sahip kan testleri için hekim ile birlikte çalışılması, belirli aralıklarla kan testlerinin tekrarlanması ve sonuçlarının izlenmesi,
7. Tedavi sürecinde karşılaşılan yan etkilerin değerlendirilmesi,
8. Oral hijyen alışkanlıkları üzerinde durulması,
9. Rutin kanser taramaları konusunda hastalara eğitim yapılması, bilgilendirme oturumlarının gerçekleştirilmesi,
10. Kadınlarda mesntrual döngü parametresinin menopoz değerlendirmesini de içine alacak şekilde daha detaylandırılması,
11. Uyku hijyeninin sağlanması ve sürdürülmesi, sıvı miktarının optimal seviyede tutulması, aktif hareketli yaşamın teşviki üzerinde durulması,
12. Sigara, alkol, (varsa) madde ve aşırı kafein kullanımını azaltmak için uygun girişimler planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Acı, Ö., S., ve Kutlu, F., Y. (2018). Psikiyatri hastalarında fiziksel sağlıkla ilişkili riskli durumlar. Bilgin H, (Ed.). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Fiziksel Sağlık. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. p.1-9.

Adriaensen, K., Pieters, G., ve De Lepeleire, J. (2011). Stigmatisation of psychiatric patients by general practitioners and medical students: a review of the literature. *Tijdschrift Voor Psychiatrie, 53*(12), 885–894.

Allison, D. B., ve Casey, D. E. (2001). Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. *The Journal of Clinical Psychiatry, 62*(7), 22–31.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2015). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı (E. Köroğlu.). Hekimler Yayın Birliği. (2013)

Antunes, B. M., Rossi, F. E., Oyama, L. M., Rosa-Neto, J. C., ve Lira, F. S. (2020). Exercise intensity and physical fitness modulate lipoproteins profile during acute aerobic exercise session. *Scientific Reports*, *10*(1), 41-60.

Ashour, A. A., Basha, S., Enan, E. T., Basalem, A., & Qahatani, A. A. (2019). Association between obesity/overweight and dental caries in psychiatric patients. *Annals of Saudi medicine, 39*(3), 178–184.

Bairey Merz, C. N., Dwyer, J., Nordstrom, C. K., Walton, K. G., Salerno, J. W., ve Schneider, R. H. (2002). Psychosocial stress and cardiovascular disease: pathophysiological links. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.), 27*(4), 141–147.

Bakıcı, Ö. (2012*). Şizofreni hastalarında oral hijyen alışkanlıkları*. (Yayınlanmamış bitirme tezi). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Barak, Y., Achiron, A., Mandel, M., Mirecki, I., ve Aizenberg, D. (2005). Reduced cancer incidence among patients with schizophrenia. *Cancer*, *104*(12), 2817–2821.

Barros, F. C., Melo, A. P., Cournos, F., Cherchiglia, M. L., Peixoto, E. R., ve Guimarães, M. D. (2014). Cigarette smoking among psychiatric patients in Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, *30*(6), 1195–1206.

Batki, S. L., Meszaros, Z. S., Strutynski, K., Dimmock, J. A., Leontieva, L., Ploutz-Snyder, R., Canfield, K., & Drayer, R. A. (2009). Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. *Schizophrenia Research, 107*(2-3), 139–146.

Betensky, J. D., ve ark. (2008). Patterns of stress in schizophrenia. *Psychiatry Research, 160*(1), 38–46.

Bishop, J. R., Alexander, B., Lund, B. C., ve Klepser, T. B. (2004). Osteoporosis screening and treatment in women with schizophrenia: a controlled study. *Pharmacotherapy, 24*(4), 515–521.

Blank, M. B., ve ark. (2014). A multisite study of the prevalence of HIV with rapid testing in mental health settings. *American Journal of Public Health, 104*(12), 2377–2384.

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

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

Bressington, D., Mui, J., Hulbert, S., Cheung, E., Bradford, S., ve Gray, R. (2014). Enhanced physical health screening for people with severe mental illness in Hong Kong: results from a one-year prospective case series study. *BMC Psychiatry, 14*, 57.

Bressington, D., ve ark. (2018). Chinese Health Improvement Profile for people with severe mental illness: A cluster-randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing, 27*(2), 841–855.

Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., ve Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry, 55*(3), 526–533.

Bromet, E., ve ark. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine, 9,* 90.

Buhagiar, K., Parsonage, L., ve Osborn, D. (2011). Physical health behaviors and health locus of control in people with schizophrenia spectrum disorder and bipolar disorder: a cross- sectional comparative study with people with non-psychotic mental illness. *BMC Psychiatry, 11,* 1-10.

Bushe, C., & Holt, R. (2004). Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry, 47*, S67–S71.

Bushe, C. J., Bradley, A. J., Wildgust, H. J., ve Hodgson, R. E. (2009). Schizophrenia and breast cancer incidence: a systematic review of clinical studies. *Schizophrenia Research, 114*(1-3), 6–16.

Callaghan, P., ve ark. (2009). Evaluation of the Chief Nursing Officer's Review of Mental Health Nursing in England. University of Nottingham (Department of Health Policy Research Programme).

Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A., Schroder, K. E., Vanable, P. A., ve Gordon, C. M. (2004). HIV risk behavior among psychiatric outpatients: association with psychiatric disorder, substance use disorder, and gender. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(4), 289–296.

Carlsen, K., Høybye, M. T., Dalton, S. O., ve Tjønneland, A. (2008). Social inequality and incidence of and survival from breast cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *European Journal of Cancer, 44*(14), 1996–2002.

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.

Carpiniello, B., ve ark. (2009). Psychiatric comorbidity and quality of life in obese patients. results from a case-control study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 39*(1), 63–78.

Carson, N. J., Katz, A. M., ve Alegría, M. (2016). How patients and clinicians make meaning of physical suffering in mental health evaluations. *Transcultural Psychiatry, 53*(5), 595–611.

Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., ve Cerdá, M. (2019). Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry, 6*(12), 1068–1080.

Cates, M. E., Jackson, C. W., Feldman, J. M., Stimmel, A. E., ve Woolley, T. W. (2009). Metabolic consequences of using low-dose quetiapine for insomnia in psychiatric patients. *Community Mental Health Journal*, *45*(4), 251–254.

Cavanaugh, J. S., Powell, K., Renwick, O. J., Davis, K. L., Hilliard, A., Benjamin, C., ve Mitruka, K. (2012). An outbreak of tuberculosis among adults with mental illness. The *American Journal of Psychiatry, 169*(6), 569–575.

Chafetz, L., White, M. C., Collins-Bride, G., ve Nickens, J. (2005). The poor general health of the severely mentally ill: impact of schizophrenic diagnosis. *Community Mental Health Journal*, *41*(2), 169–184.

Chiu, C. C., Chen, C. H., Chen, B. Y., Yu, S. H., ve Lu, M. L. (2010). The time-dependent change of insulin secretion in schizophrenic patients treated with olanzapine. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 34*(6), 866–870.

Chochinov, H. M., Martens, P. J., Prior, H. J., Fransoo, R., Burland, E., ve Need To Know Team (2009). Does a diagnosis of schizophrenia reduce rates of mammography screening? A Manitoba population-based study. *Schizophrenia Research, 113*(1), 95–100.

Chou, F. H., Tsai, K. Y., Su, C. Y., ve Lee, C. C. (2011). The incidence and relative risk factors for developing cancer among patients with schizophrenia: a nine-year follow-up study. *Schizophrenia Research, 129*(2-3), 97–103.

Chou, P. H., ve ark. (2016). Use of atypical antipsychotics and risks of cataract development in patients with schizophrenia: A population-based, nested case-control study. *Schizophrenia Research, 174*(1-3), 137–143.

Cohen, H., Loewenthal, U., Matar, M., & Kotler, M. (2001). Heart rate variability in schizophrenic patients treated with antipsychotic agents. *Harefuah, 140*(12), 1142–1231.

Cohen, S., ve ark. (2007). Sexual impairment in psychiatric inpatients: focus on depression. *Pharmacopsychiatry*, *40*(2), 58–63.

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

Coodin, S. (2001). Body mass index in persons with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *46*(6), 549–555.

Copeland, L. A., Mortensen, E. M., Zeber, J. E., Pugh, M. J., Restrepo, M. I., ve Dalack, G. W. (2007). Pulmonary disease among inpatient decedents: Impact of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *31*(3), 720–726.

Correll, C. U., ve ark. (2017). Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *16*(2), 163–180.

Çavlin, A. (2017). Ulusal hastalık yükü çalışması 2013. *Ulusal Hastalık Yükü Çalışası Sonuçları ve Çözüm Önerileri, 17*

Dalton, S. O, Munk Laursen, T., Mellemkjaer, L., Johansen, C., ve Mortensen, P. B. (2003). Schizophrenia and the risk for breast cancer. *Schizophrenia Research, 62*(1-2), 89–92.

Dalton, S. O., Laursen, T. M., Mellemkjaer, L., Johansen, C., ve Mortensen, P. B. (2004). Risk for cancer in parents of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(5), 903–908.

Dalton, S. O., Mellemkjaer, L., Thomassen, L., Mortensen, P. B., ve Johansen, C. (2005). Risk for cancer in a cohort of patients hospitalized for schizophrenia in Denmark, 1969-1993. *Schizophrenia Research*, *75*(2-3), 315–324.

Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research, 5*, 194-197.

De Hert, M., ve ark. (2011a). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *10*(1), 52–77.

De Hert, M., ve ark. (2011b). Second-generation antipsychotics and constipation: a review of the literature. *European Psychiatry*, *26*(1), 34–44.

Demir, S., Bulut, M., İbiloğlu, A. O., Güneş, M., Şimşek, Ş., ve Sır, A. (2016). Psikiyatri kliniğinde yatan hastalardaki komorbid somatik hastalıklar. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg*, *7*, 1-10.

De Zelicourt, M., ve ark. (2003). Frequency of hospitalisations and inpatient care costs of manic episodes: in patients with bipolar I disorder in France. *Pharmaco Economics*, *21*(15), 1081–1090.

Dipasquale, S., Pariante, C. M., Dazzan, P., Aguglia, E., McGuire, P., ve Mondelli, V. (2013). The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(2), 197–207.

Drinkaware. (2020). What is an alcohol unit? Erişim Tarihi: 03.04.2020. https://www.drinkaware.co.uk/facts/alcoholic-drinks-and-units/latest-uk-alcohol-unit-guidance

Druss, B. G., Rosenheck, R. A., Desai, M. M., ve Perlin, J. B. (2002). Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Medical Care*, *40*(2), 129–136.

Druss, B. G., von Esenwein, S. A., Compton, M. T., Rask, K. J., Zhao, L., ve Parker, R. M. (2010). A randomized trial of medical care management for community mental health settings: the Primary Care Access, Referral, and Evaluation (PCARE) study. *The American Journal of Psychiatry*, *167*(2), 151–159.

Einarson, A., ve Boskovic, R. (2009). Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *Journal of Psychiatric Practice*, *15*(3), 183–192.

Eldridge, D., Dawber, N., ve Gray, R. (2011). A well-being support program for patients with severe mental illness: a service evaluation. *BMC Psychiatry, 11,* 46.

Ercan, İ., ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30*(3), 211-216.

Eren, İ., Şimşek, D., ve Çalışkan, A. M. (2007). Şizofreni hastalarında yeti yitimi ve belirti şiddetinin yaşam kalitesine etkisi. *Düşünen Adam, 20,* 68-78.

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

Erginer, D. K. (2016). Kronik Psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık durumu ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Erie, J. C., Brue, S. M., Chamberlain, A. M., ve Hodge, D. O. (2014). Selective serotonin reuptake inhibitor use and increased risk of cataract surgery: a population-based, case-control study. *American Journal of Ophthalmology*, *158*(1), 192–197.e1.

Fagiolini, A., Chengappa, K. N., Soreca, I., ve Chang, J. (2008). Bipolar disorder and the metabolic syndrome: causal factors, psychiatric outcomes and economic burden. *CNS Drugs, 22*(8), 655–669.

Faulkner, G., Cohn, T., Remington, G., ve Irving, H. (2007). Body mass index, waist circumference and quality of life in individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 90*(1-3), 174–178.

Filik, R., ve ark. (2006). The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *113*(4), 298–305.

Fleischhacker, W. W., ve ark. (2008). Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 514–519.

Franzen, P. L., ve Buysse, D. J. (2008). Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *10*(4), 473–481.

Friedlander, A. H., & Marder, S. R. (2002). The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *Journal of the American Dental Association*, *133*(5), 603–625.

Gal, G., Munitz, H., ve Levav, I. (2017). Health care and mortality among persons with severe mental illness. *Canadian journal of psychiatry*, *62*(4), 259–267.

Goldacre, M. J., Kurina, L. M., Wotton, C. J., Yeates, D., ve Seagroat, V. (2005). Schizophrenia and cancer: an epidemiological study. *The British Journal of Psychiatry, 187,* 334–338.

Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J., ve Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care*, *27*(5), 1066–1070.

Gonzalez-Torres, M. A., ve ark. (2010). Lifetime sexual behavior of psychiatric inpatients. *The Journal of Sexual Medicine*, *7*(9), 3045–3056.

Gonzalez-Torres, M. A., ve ark. (2015). Undertreatment of human immunodeficiency virus in psychiatric inpatients: a cross-sectional study of seroprevalence and associated factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 1421–1426.

Gough, S., ve Peveler, R. (2004). Diabetes and its prevention: pragmatic solutions for people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry, 47,* S106–S111.

Gray, R., Brewin, E., Noak, J., Wyke-Joseph, J., ve Sonik, B. (2002). A review of the literature on HIV infection and schizophrenia: implications for research, policy and clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *9*(4), 405–409.

Gray, R., Hardy, S., ve Anderson, K. H. (2009). Physical health and severe mental illness: if we don't do something about it, who will?. *International Journal of Mental Health Nursing*, *18*(5), 299–300.

Grinshpoon, A., ve ark. (2005). Cancer in schizophrenia: is the risk higher or lower?. *Schizophrenia Research, 73*(2-3), 333–341.

Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., ve Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(6), 1053–1060.

Grønbaek, M., ve ark. (2000). Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease, and cancer. *Annals of Internal Medicine, 133*(6), 411–419.

Gugger J. J. (2011). Antipsychotic pharmacotherapy and orthostatic hypotension: identification and management. *CNS Drugs*, *25*(8), 659–671.

Gupta, A., ve Craig, T. K. (2009). Diet, smoking and cardiovascular risk in schizophrenia in high and low care supported housing. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 18*(3), 200–207.

Gurpegui, M., Aguilar, M. C., Martínez-Ortega, J. M., Diaz, F. J., ve de Leon, J. (2004). Caffeine intake in outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(4), 935–945.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). Ulusal kanser tarama standartları. Erişim Tarihi: 18.09.2020, https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari

Happell, B., Platania-Phung, C., Gray, R., Hardy, S., Lambert, T., McAllister, M., & Davies, C. (2011). A role for mental health nursing in the physical health care of consumers with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*(8), 706–711.

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

Hartz, S. M., ve ark. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry, 71*(3), 248–254.

Hassan, S., Byravan, S., ve Al-Zubaidi, H. (2019). Improving physical healthcare provided to psychiatric inpatients at an acute mental health trust. *BMJ Open Quality*, *8*(3), e000537.

Health and Social Care Information Centre. (2010). Health Survey for England - 2009, Trend Tables. London: The NHS Information Centre for Health and Social Care. Erişim Tarihi: 05.04.2020. https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/health-survey-for-england-2009-trend-tables

Heart and Stroke. (2020). Healthy weight and waist. Erişim Tarihi: 31.07.2020, https://www.heartandstroke.ca/get-healthy/healthy-weight/healthy-weight-and-waist

Henderson, D. C., ve ark. (2006). Dietary intake profile of patients with schizophrenia. *Annals of Clinical Psychiatry*, *18*(2), 99–105.

Hennekens, C. H. (2007). Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(4), 4–7.

Himelhoch, S., Lehman, A., Kreyenbuhl, J., Daumit, G., Brown, C., ve Dixon, L. (2004). Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2317–2319.

Himelhoch, S., ve ark. (2009). Understanding associations between serious mental illness and hepatitis C virus among veterans: a national multivariate analysis. *Psychosomatics*, *50*(1), 30–37.

Hippisley-Cox, J., Vinogradova, Y., Coupland, C., ve Parker, C. (2007). Risk of malignancy in patients with schizophrenia or bipolar disorder: nested case-control study. *Archives of General Psychiatry*, *64*(12), 1368–1376.

Holt, R. I., & Peveler, R. C. (2006). Association between antipsychotic drugs and diabetes. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, *8*(2), 125–135.

Holt, R. I., & Peveler, R. C. (2009). Obesity, serious mental illness and antipsychotic drugs. *Diabetes, Obesity & Metabolism, 11*(7), 665–679.

Holt, R. I., & Peveler, R. C. (2011). Antipsychotics and hyperprolactinaemia: mechanisms, consequences and management. *Clinical Endocrinology, 74*(2), 141–147.

Hussain, T., Margoob, M. A., Shoib, S., Shafat, M., ve Chandel, R. K. (2017). Prevalence of metabolic syndrome among psychiatric ınpatients: a hospital based study from Kashmir. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 11*(6), VC05–VC08.

Huỳnh, C., Caron, J., Pelletier, M., Liu, A., ve Fleury, M. J. (2018). A developmental perspective in mental health services use among adults with mental disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 45*(3), 389–420.

Imes, C. C., ve Lewis, F. M. (2014). Family history of cardiovascular disease, perceived cardiovascular disease risk, and health-related behavior: a review of the literature. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 29*(2), 108–129.

Jani, C. T., Desai, T. R., Parikh, S., ve Shah, A.S. (2018). Correlation of types of diabetic retinopathy and its psychosocial impact. *Int J Res Med Sci,* 6(10), 3220-3225.

Johannessen, L., Strudsholm, U., Foldager, L., ve Munk-Jørgensen, P. (2006). Increased risk of hypertension in patients with bipolar disorder and patients with anxiety compared to background population and patients with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders, 95*(1-3), 13–17.

John, A. P., Koloth, R., Dragovic, M., ve Lim, S. C. (2009). Prevalence of metabolic syndrome among Australians with severe mental illness. *The Medical Journal of Australia, 190*(4), 176–179.

Johnson, J. L., ve ark. (2010). Gender-specific profiles of tobacco use among non-institutionalized people with serious mental illness. *BMC Psychiatry, 10,* 101.

Jones, I. ve Smith, S. (2009). Puerperal psychosis: identifying and caring for women at risk. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*, 411–18.

Jovanovic, S., Milovanovic, S. D., Gajic, I., Mandic, J., Latas, M., ve Jankovic, L. (2010). Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care. *Croatian Medical Journal*, *51*(5), 443–450.

Kalkan, A., Ozden, M., & Akbulut, H. (2005). Serum neopterin levels in patients with chronic hepatitis B. *Jpn J Infect Dis, 58,* 107-9.

Kane J. M. (2009). Creating a health care team to manage chronic medical illnesses in patients with severe mental illness: the public policy perspective. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(3), 37–42.

Kasperek-Zimowska, B., Brodniak, W. A., ve Sarol-Kulka, A. (2008). Sexual disorders in schizophrenia--overview of research literature. *Psychiatria Polska, 42*(1), 97–104.

Karakoç, F. Y., ve Dönmez, L. (2014). Basic principles of scale development. *Tıp Eğitimi Dünyası, 40,* 39–49.

Kenkre, A. M., & Spadigam, A. E. (2000). Oral health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in India. *Indian Journal of Dental Research, 11*(1), 5–11.

Kesaniemi, Y. K., Danforth, E., Jr, Jensen, M. D., Kopelman, P. G., Lefèbvre, P., ve Reeder, B. A. (2001). Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 33*(6), S351–S358.

Kessing, L. V., Thomsen, A. F., Mogensen, U. B., ve Andersen, P. K. (2010). Treatment with antipsychotics and the risk of diabetes in clinical practice. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(4), 266–271.

Kısa C, Cebeci S, Uysal Z, Aydemir Ç, ve Göka E. (2008). Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında fiziksel hastalık sıklığı. *New Symposium Journal, 462,* 66-9.

Kinzie, J. D., ve ark. (2008). High prevalence rates of diabetes and hypertension among refugee psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(2), 108–112.

Kishimoto, T., De Hert, M., Carlson, H. E., Manu, P., ve Correll, C. U. (2012). Osteoporosis and fracture risk in people with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, *25*(5), 415–429.

Kopf, D., ve Hewer, W. (2018). Somatic risks in elderly people with severe psychiatric illnesses. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, *51*(7), 779–784.

Koranyi E. K. (1980). Somatic illness in psychiatric patients. *Psychosomatics*, *21*(11), 887–891.

Kuo, S. C., ve ark. (2013). Incidence and outcome of newly-diagnosed tuberculosis in schizophrenics: a 12-year, nationwide, retrospective longitudinal study. *BMC Infectious Diseases*, *13*, 351.

Küçük, L., Kaya, H., Çömez, T., Kaçar, S., ve Kutlu, Y. (2018). Eating behaviors and related factors in psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing, 32,* 194-199.

Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., ve Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(10), 892–909.

Lara, D. R. (2010). Caffeine, mental health, and psychiatric disorders. *Journal of Alzheimer's Disease, 20 Suppl 1,* S239–S248.

Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., ve Gasse, C. (2011). Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PloS one*, *6*(9), e24597.

Lawrence, D., Holman, C. D., Jablensky, A. V., Threlfall, T. J., ve Fuller, S. A. (2000). Excess cancer mortality in Western Australian psychiatric patients due to higher case fatality rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(5), 382–388.

Lawrence, D., ve Kisely, S. (2010). Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England), 24*(4), 61–68.

Lawrence, D., Hancock, K. J., ve Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ (Clinical research ed.), 346*, f2539.

Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., ve Sartorius, N. (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *116*(5), 317–333.

Lewis, S., Jagger, R. G., & Treasure, E. (2001). The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. *Special Care in Dentistry, 21*(5), 182–186.

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

Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., ve Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, *8*(1), 2861-71.

Lin, C. C., Yu, S. C., Wu, B. J., ve Chang, D. J. (2012). Measurement of waist circumference at different sites affects the detection of abdominal obesity and metabolic syndrome among psychiatric patients. *Psychiatry Research*, *197*(3), 322–326.

Lip, G. Y., ve ark. (2007). Ethnicity and cardiovascular disease prevention in the United Kingdom: a practical approach to management. *Journal of Human Hypertension*, *21*(3), 183–211.

Macdonald, S., ve ark. (2003). Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction. Case-control study. *The British Journal of Psychiatry, 182*, 50–56.

Mahfoud, Y., Talih, F., Streem, D., ve Budur, K. (2009). Sleep disorders in substance abusers: how common are they?. *Psychiatry (Edgmont)*, *6*(9), 38–42.

Maj, M. (2010). Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 9*(2), 65–66.

Mann, R. E., Smart, R. G., ve Govoni, R. (2003). The epidemiology of alcoholic liver disease. *Alcohol Research & Health, 27*(3), 209–219.

Manu, P., Correll, C. U., van Winkel, R., Wampers, M., ve De Hert, M. (2012). Prediabetes in patients treated with antipsychotic drugs. *The Journal of Clinical Psychiatry, 73*(4), 460–466.

Mantere, O., Suominen, K., Leppämäki, S., Valtonen, H., Arvilommi, P., ve Isometsä, E. (2004). The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). *Bipolar Disorders, 6*(5), 395–405.

Martin, C. (2016). The value of physical examination in mental health nursing. *Nurse Education in Practice, 17,* 91-96.

Matsui-Sakata, A., Ohtani, H., & Sawada, Y. (2005). Receptor occupancy-based analysis of the contributions of various receptors to antipsychotics-induced weight gain and diabetes mellitus. *Drug Metabolism and Pharmacokinetics, 20*(5), 368–378.

McCreadie, R. G., ve Scottish Schizophrenia Lifestyle Group (2003). Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *The British Journal of Psychiatry, 183,* 534–539.

McCreadie, R. G., ve ark. (2004). The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*(4), 306–310.

McCreadie, R. G., Kelly, C., Connolly, M., Williams, S., Baxter, G., Lean, M., & Paterson, J. R. (2005). Dietary improvement in people with schizophrenia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 187,* 346–351.

McIntyre, R. S., Konarski, J. Z., Misener, V. L., ve Kennedy, S. H. (2005). Bipolar disorder and diabetes mellitus: epidemiology, etiology, and treatment implications. *Annals of Clinical Psychiatry,* (2), 83–93.

McIntyre, R. S., ve ark. (2007). Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(4), 406–416.

Melle, I., ve ark. (2006). Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry, 163*(5), 800–804.

Mercuro, G., Deidda, M., Piras, A., Dessalvi, C. C., Maffei, S., ve Rosano, G. M. (2010). Gender determinants of cardiovascular risk factors and diseases. *Journal of Cardiovascular Medicine (Hagerstown, Md.), 11*(3), 207–220.

Metzgar, C. J., ve Nickols-Richardson, S. M. (2016). Effects of nutrition education on weight gain prevention: a randomized controlled trial. *Nutrition Journal*, *15*(31), 1-13.

Meyer, J. M., ve Stahl, S. M. (2009). The metabolic syndrome and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*(1), 4–14.

Mishin, V., Shevchuk, E., Tsygankov, B. D., & Losev, L. V. (2008). New-onset pulmonary tuberculosis patients with schizophrenia: course and efficiency of treatment. *Probl Tuberk Bolezn Legk,* (6), 6–10.

Mitchell, Aj, Delaffon, V, ve Lord, O. (2012). Let's get physical: improving the medical care of people with severe mental illness. *Advance In Psychiatric Treatment, 18,* 216-225.

Morken, G., Widen, J. H., ve Grawe, R. W. (2008). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry, 8,* 32.

Morrish, N. J., Wang, S. L., Stevens, L. K., Fuller, J. H., ve Keen, H. (2001). Mortality and causes of death in the WHO multinational study of vascular disease in diabetes. *Diabetologia, 44*(2), S14–S21.

Nakamura, Y., ve ark. (2004). High prevalence of the hepatitis C virus infection among the inpatients of schizophrenia and psychoactive substance abuse in Japan. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 28*(3), 591–597.

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

Nash, M., (2013). Diagnostic overshadowing: a potential barrier to physical health care for mental health service users. *Mental Health Practice, 17*(4), 22-26

Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndetei, D., ve Roberts, L. W. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *International Review of Psychiatry*, *22*(3), 235–244.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2019). Hypertension in adults: diagnosis and management. Erişim Tarihi: 22.05.2020 https://www.nice.org.uk/guidance/ng136

Nishanth, K. N., Chadda, R. K., Sood, M., Biswas, A., ve Lakshmy, R. (2017). Physical comorbidity in schizophrenia & its correlates. *The Indian journal of Medical Research, 146*(2), 281–284.

Nordestgaard, B. G., Benn, M., Schnohr, P., ve Tybjaerg-Hansen, A. (2007). Nonfasting triglycerides and risk of myocardial infarction, ischemic heart disease, and death in men and women. *JAMA, 298*(3), 299–308.

Nyblom, H., Berggren, U., Balldin, J., ve Olsson, R. (2004). High AST/ALT ratio may indicate advanced alcoholic liver disease rather than heavy drinking. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *39*(4), 336–339.

O'Keefe, J. H., Bhatti, S. K., Bajwa, A., DiNicolantonio, J. J., ve Lavie, C. J. (2014). Alcohol and cardiovascular health: the dose makes the poison…or the remedy. *Mayo Clinic Proceedings*, *89*(3), 382–393.

Osborn, D. P., Nazareth, I., ve King, M. B. (2006). Risk for coronary heart disease in people with severe mental illness: cross-sectional comparative study in primary care. *The British Journal of Psychiatry, 188,* 271–277.

Osborn, D. P., Levy, G., Nazareth, I., Petersen, I., Islam, A., ve King, M. B. (2007). Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Archives of General Psychiatry*, *64*(2), 242–249.

Osborn, D. P., Limburg, H., Walters, K., Petersen, I., King, M., Green, J., Watson, J., & Nazareth, I. (2013). Relative incidence of common cancers in people with severe mental illness. Cohort study in the United Kingdom THIN primary care database. *Schizophrenia Research, 143*(1), 44–49.

Oud, M. J., ve Meyboom-de Jong, B. (2009). Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Family Practice, 10,* 32.

Pachi, A., Bratis, D., Moussas, G., ve Tselebis, A. (2013). Psychiatric morbidity and other factors affecting treatment adherence in pulmonary tuberculosis patients. *Tuberculosis Research and Treatment, 2013,* 489865.

Pahalı, C., Omay, O., Bulut, H., ve Hızlı Sayar, G. (2018). Psikiyatrik hasta popülasyonunda beden kitle indeksi ve ilişkili faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi,* 8(4), 326-332.

Palmer, B. W., McClure, F. S., ve Jeste, D. V. (2001). Schizophrenia in late life: findings challenge traditional concepts. *Harvard Review of Psychiatry, 9*(2), 51–58.

Parikh, P., ve ark. (2005). Diets and cardiovascular disease: an evidence-based assessment. *Journal of the American College of Cardiology, 45*(9), 1379–1387.

Pinchevsky, Y., Butkow, N., Raal, F. J., Chirwa, T., ve Rothberg, A. (2020). Demographic and clinical factors associated with development of type 2 diabetes: A review of the literature. *International Journal of General Medicine, 13,* 121–129.

Peet M. (2004). International variations in the outcome of schizophrenia and the prevalence of depression in relation to national dietary practices: an ecological analysis. T*he British Journal of Psychiatry, 184,* 404–408.

Pengpid, S., ve Peltzer, K. (2019). High Sedentary Behaviour and Low Physical Activity are Associated with Anxiety and Depression in Myanmar and Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(7), 1251.

Pini, S., ve ark. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology, 15*(4), 425–434.

Phelan, M., Stradins, L., ve Morrison, S. (2001). Physical health of people with severe mental illness. *BMJ (Clinical research ed.), 322*(7284), 443–444.

Placentino, A., ve ark. (2009). Clinical characteristics in long-term care psychiatric patients: a descriptive study. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *10*(1), 58–64.

Pettipher, A., & Ovens, R. (2015). The psychiatric inpatient physical health assessment sheet (PIPHAS): a useful tool to improve the speed, efficiency, and documentation of physical examination in new psychiatric inpatients. *BMJ Open Quality* 4:u206294.w2558.

Priebe, S., ve ark. (2013). Effectiveness of financial incentives to improve adherence to maintenance treatment with antipsychotics: cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.),* 347, f5847.

Prince, M., ve ark.(2007). No health without mental Health**.** *The Lancet, 370,* 859 – 877.

Prince, J. D., Walkup, J., Akincigil, A., Amin, S., ve Crystal, S. (2012). Serious mental illness and risk of new HIV/AIDS diagnoses: an analysis of Medicaid beneficiaries in eight states. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 63*(10), 1032–1038.

Poirier, P., ve ark. (2006). Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology, 26*(5), 968–976.

Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2013). The 5-As framework for including sexual concerns in mental health nursing practice. Issues in Mental Health Nursing, 34(1), 17–24.

Rabinowitz, J., Mark, M., Popper, M., & Feldman, D. (1997). Physical illness among all discharged psychiatric inpatients in a national case register. *Journal of Mental Health Administration, 24*(1), 82–89.

Rihmer, Z., Szádóczky, E., Füredi, J., Kiss, K., ve Papp, Z. (2001). Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depression: results from a population-based study in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, *67*(1-3), 175–179.

Robson, D., ve Gray, R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, *44*(3), 457–466.

Rocco, A., Compare, D., Angrisani, D., Sanduzzi Zamparelli, M., ve Nardone, G. (2014). Alcoholic disease: liver and beyond. *World Journal of Gastroenterology*, *20*(40), 14652–14659.

Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Brunette, M. F., Wolford, G. L., ve Marsh, B. J. (2005). Hepatitis C virus and HIV co-infection in people with severe mental illness and substance use disorders. *AIDS (London, England), 19*(3), S26–S33.

Rosenheck, R., ve ark. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 163*(3), 411–417.

Rossheim, M. E., Livingston, M. D., Lerch, J. A., Taxman, F. S., & Walters, S. T. (2018). Serious mental illness and negative substance use consequences among adults on probation. Health & Justice, 6(1), 6.

Sağlık Bakanlığı. (2011). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. (19 Nisan 2011). Erişim Tarihi: 15.04.2020, https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html

Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2008). Meta-analyses of the incidence and prevalence of schizophrenia: conceptual and methodological issues. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 17*(1), 55–61.

Said, W. M., Saleh, R., ve Jumaian, N. (2001). Prevalence of hepatitis B virus among chronic schizophrenia patients. *Eastern Mediterranean Health Journal, 7*(3), 526–530.

Sathish Kumar, S. V., ve Sinha, V. K. (2015). Comparative study of sexual dysfunction and serum prolactin level associated with olanzapine, risperidone, and clozapine in patients with remitted schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry, 57*(4), 386–391.

Schulz, M., Gray, R., Spiekermann, A., Abderhalden, C., Behrens, J., ve Driessen, M. (2013). Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: a multi-centre randomised controlled trial. *Schizophrenia Research, 146*(1-3), 59–63.

Sharac, J., McCrone, P., Clement, S., ve Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *19*(3), 223–232.

Shiers, D.E., Rafi, I., Cooper, S.J., & Holt, R.I.G. (2014).2014 update (with acknowledgement to the late Helen Lester for her contribution to the original 2012 version) Positive Cardiometabolic Health Resource: an intervention framework for patients with psychosis and schizophrenia. 2014 update. Royal College of Psychiatrists, London.

Simon, G. E., ve ark. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry, 63*(7), 824–830.

Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research, 10*, 26.

Smith, S. M., O'Keane, V., ve Murray, R. (2002). Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. The British Journal of Psychiatry, 181, 49–55.

Sokal, J., ve ark. (2004). Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(6), 421–427.

Sperry, L. (2015). *Mental health and mental disorders: an encyclopedia of conditions, treatments, and well-being.* CA: Greenwood.

Spijker, A. T., van Zaane, J., Koenders, M. A., Hoekstra, R., ve Kupka, R. W. (2018). Bipolar disorder and alcohol use disorder: practical recommendations for treatment, based on a literature review. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *60*(2), 87–95.

Sugawara, N., ve ark. (2010). Prevalence of metabolic syndrome among patients with schizophrenia in Japan. *Schizophrenia Research*, *123*(2-3), 244–250.

Sussman, N., Ginsberg, D. L., ve Bikoff, J. (2001). Effects of nefazodone on body weight: a pooled analysis of selective serotonin reuptake inhibitor- and imipramine-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *62*(4), 256–260.

Tang, W. K., Sun, F. C., Ungvari, G. S., & O'Donnell, D. (2004). Oral health of psychiatric in-patients in Hong Kong. *The International Journal of Social Psychiatry*, *50*(2), 186–191.

Teixeira, P. J., ve Rocha, F. L. (2007). The prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *29*(4), 330–336.

Ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., ve Nolen, W. A. (2002). Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, *68*(2-3), 203–213.

Tidemalm, D., Waern, M., Stefansson, C. G., Elofsson, S., ve Runeson, B. (2008). Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *4*, 23.

Tillin, T., ve ark. (2013). The relationship between metabolic risk factors and incident cardiovascular disease in Europeans, South Asians, and African Caribbeans: SABRE (Southall and Brent Revisited) - a prospective population-based study. *Journal of the American College of Cardiology*, *61*(17), 1777–1786.

Thongsai, S., Gray, R., ve Bressington, D. (2016). The physical health of people with schizophrenia in Asia: Baseline findings from a physical health check programme. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23*(5), 255–266.

Trixler, M., Gáti, A., Fekete, S., ve Tényi, T. (2005). Use of antipsychotics in the management of schizophrenia during pregnancy. *Drugs, 65*(9), 1193–1206.

Üçok, A., ve Gaebel, W. (2008). Side effects of atypical antipsychotics: a brief overview. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 7*(1), 58–62.

Vancampfort, D., ve ark. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 16*(3), 308–315.

Van Winkel, R., ve ark. (2006). Screening for diabetes and other metabolic abnormalities in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: evaluation of incidence and screening methods. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(10), 1493–1500.

Van Winkel, R., ve ark. (2008). Prevalence of diabetes and the metabolic syndrome in a sample of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *10*(2), 342–348.

Velligan, D. I., ve ark. (2008). The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 34*(3), 483–493.

Vigod, S. N., ve ark. (2020). Maternal schizophrenia and adverse birth outcomes: what mediates the risk?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *55*(5), 561–570.

Vogel R. A. (2002). Alcohol, heart disease, and mortality: a review. *Reviews in cardiovascular medicine, 3*(1), 7–13.

Yalçın, S. U., Bilgin, H., ve Özaslan, Z. (2019). Physical healthcare of people with serious mental illness: a cross-sectional study of nurses' involvement, views, and current practices. *Issues in Mental Health Nursing, 40*(10), 908–916.

Yeşilyurt, S., ve Çapraz, C., (2018). A road map for the content validity used in scale development studies. *Erzincan University Journal of Education Faculty, 20*(1), 251–264.

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

Zhuo, C., Zhuang, H., Gao, X., ve Triplett, P. T. (2019). Lung cancer incidence in patients with schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *215*(6), 704–711.

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., ve Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 453–458.

Waldinger, M. D., Zwinderman, A. H., ve Olivier, B. (2003). Antidepressants and ejaculation: a double-blind, randomized, fixed-dose study with mirtazapine and paroxetine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *23*(5), 467–470.

Werkkala, C., Välimäki, M., Anttila, M., Pekurinen, V., ve Bressington, D. (2020). Validation of the Finnish Health Improvement Profile (HIP) with patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 112.

Werneke, U., Horn, O., Maryon-Davis, A., Wessely, S., Donnan, S., ve McPherson, K. (2006). Uptake of screening for breast cancer in patients with mental health problems. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(7), 600–605.

Westheide, J., Helmstaedter, C., Elger, C., Cooper-Mahkorn, D., Sträter, B., Maier, W., ve Kühn, K. U. (2007). Sexuality in male psychiatric inpatients. a descriptive comparison of psychiatric patients, patients with epilepsy and healthy volunteers. *Pharmacopsychiatry, 40*(5), 183–190.

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

Williams, G & Pickup J. C. (2004). Handbook of diabetes. [3rd ed]. NY: New Jersey: Wiley-Blackwell Publishing

Williams, R. R., ve ark. (2001). Usefulness of cardiovascular family history data for population-based preventive medicine and medical research. *The American Journal of Cardiology, 87*(2), 129–135.

Wilson, P. W., D'Agostino, R. B., Sullivan, L., Parise, H., ve Kannel, W. B. (2002). Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Archives of Internal Medicine, 162*(16), 1867–1872

World Heart Federation. (2017). Cardiovascular risk factors. Erişim Tarihi: 18.02.2020 https://www.world-heart-federation.org/resources/risk-factors/

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

Wu, E. S., Rothbard, A., ve Blank, M. B. (2011). Using psychiatric symptomatology to assess risk for HIV infection in individuals with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, *47*(6), 672–678.

EK 1 - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Gönüllü,

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı altında yürütülen yüksek lisans çalışması olarak planlanan bu araştırmaya davet edilmiş bulunuyorsunuz.

Bu çalışmanın amacı, **ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde fiziksel iyilik durumunu belirlemek için Sağlığı Geliştirme Profili'nin Türkçe'ye uyarlamasıdır.** Sizden "Bireysel Özellikler Formunu" dikkatle okumanızı ve soruları cevaplamanızı ardından yapılacak olan fizik muayeneye katılımınızı rica ediyoruz. Bu çalışmada, siz katılımcıların isimleri kullanılmayacak, araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi sizin kimliğiniz gizli kalacaktır. Bu çalışma için size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size özel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Bilmediğiniz terimleri ve anlamadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Siz istediğiniz zaman çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceksiniz, ayrıca istediğiniz anda çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakabileceğimi biliyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı-Soyadı	Araştırıcının Adı-Soyadı
İmza	İmza

EK 2 - SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROFİLİ-KADIN FORMU

Sağlık Geliştirme Profili [SGP] **[SGP] – Kadın**

Aşağıda yer alan parametreler doğrultusunda kadın hastalar fizik muayeneye alınır. Elde edilen veriler, normal değer aralığında ise "Yeşil", değil ise "Kırmızı" alan işaretlenir ve sorunlar için belirlenen öneriler uygulanır. **Tarih:** ____/____/_____

Hasta Bilgileri **Diğer bilgiler:**

Adı-Soyadı:_____ **T.C. Kimlik Numarası:** _____ **Doğum Tarihi (yaş):** _____

Kilo: **Boy:**

Parametreler	Sonuç*	Yeşil Alan	Seviye	Kırmızı Alan	Seviye	Kırmızı Alan İçin Öneriler
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		18,50-24.99 kg/m² [1]	☐	<18,50 kg/m²: Zayıf[1] ≥25 – 29,99 kg/m²: Fazla Kilolu[1] ≥30 – 34,99 kg/m²: I. Derece Obez[1] ≥35 – 39,99 kg/m²: II. Derece Obez[1] ≥40 kg/m²: III. Morbid Derece Obez[1]	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ BKİ <18.50 – Daha ileri tetkikler için hekime yönlendirin. ☐ BKİ ≥25.00 – Diyet ve egzersiz önerin, kilo verme ve egzersiz programlarına yönlendirin, psikiyatri ilaçlarını gözden geçirin, hekime yönlendirin.
Bel Çevresi		<80 cm[2]	☐	≥80 cm[2]	☐	☐ Diyet ve egzersiz önerin, kilo verme ve egzersiz programlarına yönlendirin, psikiyatri ilaçlarını gözden geçirin, hekime yönlendirin.
Nabız		60 – 100 / dk[3]	☐	<60 dk[3] >100 dk[3]	☐ ☐	☐ EKG çekin ve hekime gösterin.
Kan Basıncı		≤120/80 mmHg[4]	☐	>120/80 mmHg[4]	☐	☐ Fazla kiloluysa kilo vermesini, günlük aktivite düzeyini arttırmasını, fazla alkol tüketimi varsa azaltmasını, planlı bir diyet uygulamasını ve sigara kullanımı varsa bırakmasını önerin. ☐ Daha ileri tetkikler için hekime yönlendirin.
Vücut Sıcaklığı		36,0 – 37,5°C[5]	☐	<36,0°C[5] >37,5°C[5]	☐ ☐	☐ Normalden yüksek olması ve dalgalı kan basıncı ve/veya distoni olması halinde, Nöroleptik Malign Sendrom açısından değerlendirin. ☐ Daha ileri tetkikler için hekime yönlendirin.
Karaciğer Fonksiyon Testleri (Son 3 Ay İçinde)		≤ 3 ay 7 - 55 U/L ALT (SGPT).[6] 8 - 48 U/L AST (SGOT)[6]	☐ ☐ ☐	> 3 ay <7 U/L ALT (SGPT)[6] >55 U/L ALT (SGPT)[6] <8 U/L AST (SGOT)[6] <48 U/L AST (SGOT)[6]	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ Tetiklerin güncel olduğundan emin olun. ☐ Anormal değerler mevcut ise daha ileri tetkikler için hekime yönlendirin. ☐ 2 kere yüksek bulunması halinde, 6 ay içinde testin tekrarlanmasını sağlayın, alkol tüketimini kontrol edin, diyabet kontrolü ve kilo verme ile ilgili önerilerde bulunun. ☐ Psikiyatri ilaçlarını gözden geçirin, hekime yönlendirin.
Lipit Değerleri		TC <200 mg/dl[7] LDL <130 mg/dl[7] HDL ≥50 mg/dl[7] TG <150 mg/dl[7]	☐ ☐ ☐ ☐	TC ≥200 mg/dl [7] LDL ≥130 mg/dl[7] HDL <50 mg/dl[7] ya da TG ≥150 mg/dl[7]	☐ ☐ ☐ ☐	☐ Uygun tedavi için hekime yönlendirin.
Kan Şekeri		Açlık: 70 - 100 mg/dl[8] Tokluk: < 140 mg/dl[8]	☐ ☐	Açlık: <70 mg/dl[8] ≥ 100 mg/dl[8] Tokluk: ≥ 140 mg/dl[8]	☐ ☐	☐ Diyabet belirtileri (polidipsi, poliüri, polifaji, ağızda kuruluk vb. gibi) açısından kontrol edin. ☐ Eğer belirtiler varsa idrarda keton bakılmasını sağlayın. ☐ Daha ileri tetkik ve tedavi yöntemleri için hekime yönlendirin.
Servikal Smear		≤ 3 yıl içinde (21-29 yaş) [9] ≤ 5 yıl içinde (30-65 yaş)[10]	☐ ☐	> 3 yıl içinde (21-29 yaş) [9] > 5 yıl içinde (30-65 yaş)[10]	☐ ☐	☐ Daha ileri tetkik için kadın doğum hekimi ya da hemşiresine yönlendirin.
Dişler		≤12 ay[11]	☐	≥2 yıl[11]	☐	☐ Son 1 yılda diş muayenesi olmamışsa diş hekimine yönlendirin.
Gözler		<2 yıl[12]	☐	>2 yıl[12]	☐	☐ Son 2 yılda göz muayenesi olmamışsa hekime yönlendirin.
Ayak Bakımı		Ara sıra kendi kendini muayene ediyor.	☐	Hiç muayene etmiyor.	☐	☐ Düzenli ayak bakımı yapmasını önerin. ☐ Daha yaşlı hastaları/diyabeti olanları uygun birime (podoloji) yönlendirin. ☐ Ayakta herhangi bir sorun varsa uygun birime yönlendirin.
Meme		Aylık kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapıyor.	☐	Meme muayenesini yapmıyor.	☐	☐ Kendi kendine meme muayenesini önerin. ☐ 50-70 yaş arasındaki hastalar için her 3 yılda bir meme kanseri taramasını önerin. ☐ Memede bir sorun varsa daha ileri tetkik için hekime yönlendirin.
Adet Döngüsü		28 günlük düzenli döngü (Döngü: 24-35 gün)[13]	☐	Düzensiz/Yok[14] Az/Fazla[14]	☐ ☐	☐ Daha ileri tetkik için hekime yönlendirin.
Üriner Boşaltım		1-2 litre/gün[15]	☐	<1 litre/gün[15] >2 litre/gün[15]	☐ ☐	☐ Dehidrasyon bulguları açısından değerlendirin. ☐ Poliüri bulguları açısından değerlendirin. ☐ İdrar sıklığı ve inkontinans sorunları açısından kontrol edin. ☐ Sıvı tüketimini teşvik edin ve aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapın.
Bağırsaklar		Kabızlık veya diyare yok.[16] Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı yok.[16]	☐ ☐	Kabızlık veya diyare var.[16] Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı var.[16]	☐ ☐	☐ Sıvı tüketimini teşvik edin. ☐ Gastrointestinal beliritler açısından kontrol edin. ☐ Bağırsakdaki aşırı baskı, fekal inkontinans durumunu kontrol edin. ☐ Daha ileri tetkik için hekime yönlendirin.
Uyku Düzeni		7 – 8 saat/gün[17]	☐	<3 saat/gün[17] >8 saat/gün[17]	☐ ☐	☐ Uyku problemlerini belirleyin, çözüm önerin. ☐ Uyku hijyeni ve günlük uyku çizelgesi kullanımı ile ilgili eğitim verin. ☐ Uyku ilacı kullanımı seçeneğini gözden geçirin, hekime yönlendirin. ☐ Eğer uyku bozukluğu tekrarlıyorsa uygun girişimleri planlayın.
Sigara Kullanımı		Sigara içmiyor.	☐	Pasif içici / içici Miktarı: _____tane/gün	☐	☐ Önemli sağlık sorunlarının birçoğunun sigarayla ilişkili olduğunu belirtin. ☐ Sigara Bırakma birimlerine yönlendirin.
Egzersiz		Günde 30 dakika	☐	Egzersiz yapmıyor.	☐	☐ Haftanın 5 günü 30 dakikalık egzersiz önerin. ☐ 3-6 aylık periyotlarla izleyin. ☐ Gerekirse egzersiz programı hazırlayın.
Alkol Kullanımı		Alkol tüketmiyor.	☐	Ara sıra / Düzenli Miktarı: _____ ml	☐	☐ Günlük alkol tüketimi ile ilgili önerilerde bulunun. ☐ Alkol tüketimi fazla ise bağımlılık merkezlerine yönlendirin.
Diyet: Günlük Meyve - Sebze, Yağ, Tuz, Karbonhidrat Tüketimi		5 porsiyon sebze-meyve/gün[18] ≤ alınan günlük enerjinin %20 - 35'i yağ[19] ≤5-6g tuz /gün[20] ≤ alınan günlük enerjinin %45-60'ı karbonhidrat[19]	☐ ☐ ☐ ☐	≤ 2 porsiyon sebze-meyve/gün[18] > alınan günlük enerjinin %20 - 35'i yağ[19] ≥6g tuz / gün[20] ≥ alınan günlük enerjinin %45-60'ı karbonhidrat[19]	☐ ☐ ☐ ☐	☐ Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenmenin önemi ile ilgili önerilerde bulunun. ☐ Hastayla (varsa bakımını üstlenen kişiler ile) ortak bir karar verip sağlıklı bir beslenme programı uygulayın.
Diyet: Yemek Hazırlama Becerisi		Yemek ya da alışveriş yapma imkanı var. Pişirme olanakları var.	☐ ☐	Yemek ya da alışveriş yapma imkanı yok. Pişirme olanakları yok.	☐ ☐	☐ Hastayla (varsa bakımını üstlenen kişiler ile) ortak bir karar verip alışveriş/yemek pişirme beceri programı uygulayın. ☐ Sebze/meyve tüketimini engelleyen durumlar üzerinde durun. ☐ Gerekiyorsa beslenme uzmanına ve iş/uğraşı terapistine yönlendirin.
Sıvı Tüketimi		1-3 litre/gün[21]	☐	<1 litre/gün[21] >3 litre/gün[22]	☐ ☐	☐ Günde 1 litreden az sıvı alıyorsa dehidrasyon belirtilerine bakın. ☐ Sıvı tüketimini arttırmasını önerin. ☐ Günde 3 litreden fazla sıvı alıyorsa polidipsi belirtilerine bakın. ☐ Aldığı-çıkardığı sıvı takibini yapın. ☐ Önceki girişimler başarısızsa elektrolitleri kontrol edin.
Kafein Kullanımı		2-5 fincan/günde[23]	☐	≥6 fincan/günde[24]	☐	☐ Kafein zehirlenmesi belirtilerine bakın (>10 fincan/gün). ☐ Kafein alımını kademeli şekilde azaltmasını önerin ve yoksunluk belirtileri ile ilgili bilgi verin.
Esrar Kullanımı		Kullanmıyor.	☐	Ara sıra / Düzenli kullanıyor.	☐	☐ Sağlıklı davranış geliştirmesi için gerekli girişimleri uygulayın ve değerlendirin. ☐ Eş tanı açısından hastayı değerlendirin. ☐ Sistemli bir şekilde esrar kullanım durumunu değerlendirin.
Güvenli Cinsel Aktivite		Düzenli	☐	Düzensiz / Hiç	☐	☐ Hastanın CYBH için yüksek risk grubunda olup olmadığını belirleyin. ☐ Hastanın CYBH için yüksek riske sebep olabilecek davranışlarda bulunup bulunmadığını belirleyin. ☐ Cinsel sağlık eğitimi verin. ☐ CYBH şüphesi varsa kadın doğum hekimi ya da hemşiresine yönlendirin.
Cinsel Aktivite Memnuniyet Düzeyi		Memnun.	☐	Memnun değil.	☐	☐ Sağlık parametrelerinin sistematik değerlendirmesini yapın (Arizona Cinsellik Yaşantılar Ölçeği).

EK 3 - SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROFİLİ-ERKEK FORMU

Sağlık Geliştirme Profili [SGP] **[SGP] – Erkek**

Aşağıda yer alan parametreler doğrultusunda erkek hastalar fizik muayeneye alınır. Elde edilen veriler, normal değer aralığında ise "Yeşil", değil ise "Kırmızı" alan işaretlenir ve sorunlar için belirlenen öneriler uygulanır. **Tarih:** ____/____/_____

Hasta Bilgileri: **Diğer bilgiler:**

Adı-Soyadı:_____ **T.C. Kimlik Numarası:** _____ **Doğum Tarihi (yaş):** _____

Kilo: **Boy:**

Parametreler	Sonuç*	Yeşil Alan	Seviye	Kırmızı Alan	Seviye	Kırmızı Alan İçin Öneriler
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		18,50-24,99 kg/m² [1]	☐	<18,50 kg/m²: Zayıf[1] ≥25 – 29,99 kg/m²: Fazla Kilolu[1] ≥30 – 34,99 kg/m²: I. Derece Obez[1] ≥35 – 39,99 kg/m²: II. Derece Obez[1] ≥40 kg/m²: III. Morbid Derece Obez[1]	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ BKİ <18.50 – Daha ileri tetkikler için hekime yönlendirin. ☐ BKİ ≥25.00 – Diyet ve egzersiz önerin, kilo verme ve egzersiz programlarına yönlendirin, psikiyatri ilaçlarını gözden geçirin, hekime yönlendirin.
Bel Çevresi		<94 cm[2]	☐	≥94 cm[2]	☐	☐ Diyet ve egzersiz önerin, kilo verme ve egzersiz programlarına yönlendirin, psikiyatri ilaçlarını gözden geçirin, hekime yönlendirin.
Nabız		60 – 100/dk[3]	☐	<60 dk[3] >100dk[3]	☐ ☐	☐ EKG çekin ve hekime gösterin.
Kan Basıncı		≤120/80 mmHg[4]	☐	>120/80 mmHg[4]	☐	☐ Fazla kiloluysa kilo vermesini, günlük aktivite düzeyini arttırmasını, fazla alkol tüketimi varsa azaltmasını, planlı bir diyet uygulamasını ve sigara kullanımı varsa bırakmasını önerin. ☐ Daha ileri tetkikler için hekime yönlendirin.
Vücut Sıcaklığı (Aksiller)		36 – 37,5°C[5]	☐	<36°C[5] >37,5°C[5]	☐ ☐	☐ Normalden yüksek olması ve dalgalı kan basıncı ve/veya dis:oni olması halinde, Nöroleptik Malign Sendrom açısından değerlendirin. ☐ Daha ileri tetkikler için hekime yönlendirin.
Karaciğer Fonksiyon Testleri (Son 3 Ay İçinde)		≤ 3 ay 7 - 55 U/L ALT (SGPT)[6] 8 - 48 U/L AST (SGOT)[6]	☐ ☐ ☐	> 3 ay <7 U/L ALT (SGPT)[6] >55 U/L ALT (SGPT)[6] <8 U/L AST (SGOT)[6] <48 U/L AST (SGOT)[6]	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ Tetiklerin güncel olduğundan emin olun. ☐ Anormal değerler mevcut ise daha ileri tetkikler için hekime yönlendirin. ☐ 2 kere yüksek bulunması halinde, 6 ay içinde testin tekrarlanmasını sağlayın, alkol tüketimini kontrol edin, diyabet kontrolü ve kilo verme ile ilgili önerilerde bulunun. ☐ Psikiyatri ilaçlarını gözden geçirin, hekime yönlendirin.
Lipit Değerleri		TC <200 mg/dl[7] LDL <130 mg/dl[7] HDL ≥40 mg/dl[7] TG <150 mg/dl[7]	☐ ☐ ☐ ☐	TC ≥200 mg/dl[7] LDL ≥130 mg/dl[7] HDL <40 mg/dl[7] ya da TG ≥150 mg/dl[7]	☐ ☐ ☐ ☐	☐ Uygun tedavi için hekime yönlendirin.
Kan Şekeri		Açlık: 70 - 100 mg/dl[8] Tokluk: < 140 mg/dl[8]	☐ ☐	Açlık: <70 mg/dl[8] ≥ 100 mg/dl[8] Tokluk: ≥ 140 mg/dl[8]	☐ ☐	☐ Diyabet belirtileri (polidipsi, poliüri, polifaji, ağızda kuruluk vb. gibi) açısından kontrol edin. ☐ Eğer belirtiler varsa idrarda keton bakılmasını sağlayın. ☐ Daha ileri tetkik ve tedavi yöntemleri için hekime yönlendirin.
Prostat ve Testisler		Aylık kendi kendine testis muayenesi yapıyor[9]	☐	Testis muayenesi yapmıyor[9]	☐	☐ 50 yaş üstü hastalara düzenli aralıklarla prostat muayenesi yapmasını önerin. ☐ Güncel Prostat Spesifik Antijen testi yoksa hekime yönlendirin.
Dişler		≤12 ay[10]	☐	≥2 yıl[10]	☐	☐ Son 1 yılda diş muayenesi olmamışsa diş hekimine yönlendirin.
Gözler		<2 yıl[11]	☐	>2 yıl[11]	☐	☐ Son 2 yılda göz muayenesi olmamışsa hekime yönlendirin.
Ayak Bakımı		Ara sıra kendi kendini muayene ediyor.	☐	Hiç muayene etmiyor.	☐	☐ Düzenli ayak bakımı yapmasını önerin. ☐ Daha yaşlı hastaları/diyabeti olanları uygun birime (podoloji) yönlendirin. ☐ Ayakta herhangi bir sorun varsa uygun birime yönlendirin.
Meme		Aylık kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapıyor.	☐	Meme muayenesini yapmıyor.	☐	☐ Erkeklerde görülen meme kanserine neden olan riskleri kontrol edin (örn. radyoterapi öyküsü, obezite, ailenin meme kanseri geçmişi, yüksek östrojen seviyesi ya da kromozomal sendromlar gibi). ☐ Memede bir sorun varsa daha ileri tetkik için hekime yönlendirin.
Üriner Boşaltım		1-2 litre/gün[12]	☐	<1 litre/gün[12] >2 litre/gün[12]	☐ ☐	☐ Dehidrasyon bulguları açısından değerlendirin. ☐ Poliüri bulguları açısından değerlendirin. ☐ İdrar sıklığı ve inkontinans sorunları açısından kontrol edin. ☐ Sıvı tüketimini teşvik edin ve aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapın.
Bağırsaklar		Kabızlık veya diyare yok.[13] Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı yok.[13]	☐ ☐	Kabızlık veya diyare var.[13] Aşırı baskı / distansiyon / laksatif kullanım ihtiyacı var.[13]	☐ ☐	☐ Sıvı tüketimini teşvik edin. ☐ Gastrointestinal belirtiler açısından kontrol edin. ☐ Bağırsaktaki aşırı baskı, fekal inkontinans durumunu kontrol edin. ☐ Daha ileri tetkik için hekime yönlendirin.
Uyku Düzeni		7 – 8 saat/gün[14]	☐	<3 saat/gün[14] >8 saat/gün[14]	☐ ☐	☐ Uyku problemlerini belirleyin, çözüm önerin. ☐ Uyku hijyeni ve günlük uyku çizelgesi kullanımı ile ilgili eğitim verin. ☐ Uyku ilacı kullanımı seçeneğini gözden geçirin, hekime yönlendirin. ☐ Eğer uyku bozukluğu tekrarlıyorsa uygun girişimleri planlayın.
Sigara Kullanımı		Sigara içmiyor.	☐	Pasif içici / içici Miktarı: _____tane/gün	☐	☐ Önemli sağlık sorunlarının birçoğunun sigarayla ilişkili olduğunu belirtin. ☐ Sigara Bırakma birimlerine yönlendirin.
Egzersiz		Günde 30 dakika	☐	Egzersiz yapmıyor.	☐	☐ Haftanın 5 günü 30 dakikalık egzersiz önerin. ☐ 3-6 aylık periyotlarla izleyin. ☐ Gerekirse egzersiz programı hazırlayın.
Alkol Kullanımı		Alkol tüketmiyor.	☐	Ara sıra / Düzenli Miktarı: _____ ml	☐	☐ Günlük alkol tüketimi ile ilgili önerilerde bulunun. ☐ Alkol tüketimi fazla ise bağımlılık merkezlerine yönlendirin.
Diyet: Günlük Meyve - Sebze, Yağ, Tuz, Karbonhidrat Tüketimi		5 porsiyon sebze-meyve/gün[15] ≤ alınan günlük enerjinin %25 - 30'i yağ[16] ≤5-6g tuz /gün[17] ≤ alınan günlük enerjinin %50-55'i karbonhidrat[16]	☐ ☐ ☐ ☐	≤ 2 porsiyon sebze-meyve/gün[15] > alınan günlük enerjinin %25 - 30'i yağ[16] ≥6g tuz / gün[17] ≥ alınan günlük enerjinin %50-55'i karbonhidrat[16]	☐ ☐ ☐ ☐	☐ Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenmenin önemi ile ilgili önerilerde bulunun. ☐ Hastayla (varsa bakımını üstlenen kişiler ile) ortak bir karar varip sağlıklı bir beslenme programı uygulayın.
Diyet: Yemek Hazırlama Becerisi		Yemek ya da alışveriş yapma imkanı var. Pişirme olanakları var.	☐ ☐	Yemek ya da alışveriş yapma imkanı yok. Pişirme olanakları yok.	☐ ☐	☐ Hastayla (varsa bakımını üstlenen kişiler ile) ortak bir karar varip alışveriş/yemek pişirme beceri programı uygulayın. ☐ Sebze/meyve tüketimini engelleyen durumlar üzerinde durun. ☐ Gerekiyorsa beslenme uzmanına ve iş/uğraşı terapistine yönlendirin.
Sıvı Tüketimi		1-3 litre/gün[18]	☐	<1 litre/gün[18] >3 litre/gün[19]	☐ ☐	☐ Günde 1 litreden az sıvı alıyorsa dehidrasyon belirtilerine bakın. ☐ Sıvı tüketimini arttırmasını önerin. ☐ Günde 3 litreden fazla sıvı alıyorsa polidipsi belirtilerine bakın. ☐ Aldığı-çıkardığı sıvı takibini yapın.
Kafein Kullanımı		2-5 fincan/günde[20]	☐	≥6 fincan/günde[21]	☐	☐ Kafein zehirlenmesi belirtilerine bakın (>10 fincan/gün). ☐ Kafein alımını kademeli şekilde azaltmasını önerin ve yoksunluk belirtileri ile ilgili bilgi verin.
Esrar Kullanımı		Kullanmıyor.	☐	Ara sıra / Düzenli kullanıyor.	☐	☐ Sağlıklı davranış geliştirmesi için gerekli girişimleri uygulayın ve değerlendirin. ☐ Eş tanı açısından hastayı değerlendirin. ☐ Sistemli bir şekilde esrar kullanım durumunu değerlendirin.
Güvenli Cinsel Aktivite		Düzenli	☐	Düzensiz / Hiç	☐	☐ Hastanın CYBH için yüksek risk grubunda olup olmadığını belirleyin. ☐ Hastanın CYBH için yüksek riske sebep olabilecek davranışlarda bulunup bulunmadığını belirleyin. ☐ Cinsel sağlık eğitimi verin. ☐ CYBH şüphesi varsa kadın doğum hekimi ya da hemşiresine yönlendirin.
Cinsel Aktivite Memnuniyet Düzeyi		Memnun.	☐	Memnun değil.	☐	☐ Hastanın cinsel aktivite düzeyini belirleyin.

EK 4 - ETİK KURUL KARARI

T.C.
BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

	Karar No: 2018/13-23
Tarih:26.02.2018 Toplantı Sayısı:13	Araştırmacı Prof.Dr.F.Yasemin KUTLU'nun planladığı **''Ciddi Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel İyilik Durumunu Belirlemek İçin Sağlığı Geliştirme Profili'nin Türkçeye Uyarlanması''** konulu araştırma incelendi, çalışmanın yapılacağı kurumun ilgili birim yöneticilerinden izin almak koşulu ile araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı soyadı	**Alanı**	**Bölümü**	**Katılım**	**İmza**
Prof.Dr.Can Polat EYİGÜN	Tıp Fakültesi	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D	Etik Kurul Başkanı	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.Fatma ÇELİK	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Üye	
Doç.Dr.Şölen HİMMETOĞLU	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A.D.	Raportör	
Doç.Dr.Burcu KARADUMAN	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A.D.	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Tuba CEYHUN	Eğitim Fakültesi	Zihin Engelliler Bölümü	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Yonca ZENGİNLER	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Üye	

EK 5 - İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZNİ

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
26/04/2019 16:57 - 16867222 - 604.01.01 - E.1685
00092402564

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Merve MURAT'ın Tez Çalışması

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 29/03/2019 tarihli ve 71211201-26592 sayılı yazısı.
b) 22/04/2019 tarihli ve 97010115-604.01.01-3816 sayılı yazı.
c) 25/04/2019 tarihli ve 79341859-604.01.01-10592 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Merve MURAT'ın **"Ciddi Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel İyilik Durumunu Belirlemek İçin Sağlığı Geliştirme Profili'nin Türkçeye Uyarlaması"** konulu tez çalışmasını, Hastanenizin Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu çalışma, ilgi sayılı yazınızda yer alan uygun görüşünüze istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Dağıtım:
T.C. Sağlık Bakanlığı Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Bahçelievler Devlet Hastanesi

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul
Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99
e-Posta:selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi: selmin.nazligul@beyoglubirlik.gov.tr
Bilgi için:Selmin NAZLIGÜL
TIBBİ SEKRETER
Telefon No:0 212 638 33 99
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 6272dcd6-ba96-48c3-80a3-c327025a66e6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6 - SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROFİLİ İZNİ

RE: About HIP-PC

From: Sheila Hardy-CWMT (sheila.hardy@cwmt.org)

To: murat.merve@yahoo.com

Cc: Jacqueline.White@hull.ac.uk; R.Gray@latrobe.edu.au; ykutlu@gmail.com

Dear Merve

Thank you for your interest

Please find the HIP-PC attached. You can also reach it from my website for practice nurses
http://physicalsmi.webeden.co.uk/

I've also attached the HIP which is what I adapted the HIP-PC from. My colleagues (copied in) and I are in the process of updating it as we are writing the 2nd edition of our book:
https://www.mkupdate.co.uk/shop/books/mental_health_and_learning_disability/the_health_improvement_profile:_a_manual_to_promote_physical_wellbeing_in_people_with_severe_mental_illness

I will be interested to see how you adapt and use it.

Thank you

Sheila

Dear Hardy,

I am Merve MURAT and I am a Psychiatric Mental Health Master student at Florence Nightingale Nursing Faculty, Istanbul University. I am writing to you because of my thesis subject involves to identify physical health care of people with severe mental illness which I am working with Professor Yasemin KUTLU* who is a professor at the same program/university.

I have read your articles about "Adapting the severe mental illness physical Health Improvement Profile for use in primary care" and your other research as much as I find. If you allow me to use, I would like to adapt your Health Improvement Profile HIP for Primary Care (HIP-PC) scale with making adaptation as validity check.

For this reason, I have thought who may you put some contribution to my research. How can I reach much more detailed information with regards to method? If it is possible can you send these measurement procedures and any informative document to orient me as a proposal?

Thank you in advance.

Yours Sincerely

Merve MURAT

EK 7 - SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROFİLİ KAPSAM GEÇERLİLİĞİ UZMAN LİSTESİ

1. Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK - İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

2. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ – Hacettepe Üniversitesi

3. Doç. Dr. Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN – Dokuz Eylül Üniversitesi

4. Doç. Dr. Kerime DEMİRBAŞ BADEMLİ – Akdeniz Üniversitesi

5. Doç. Dr. Gül DİKEÇ – Sağlık Bilimleri Üniversitesi

6. Dr. Öğretim Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA – Trakya Üniversitesi

7. Dr. Öğretim Üyesi Dudu KARAKAYA – Akdeniz Üniversitesi

8. Dr. Öğretim Üyesi Elif OK – Acıbadem Üniversitesi

9. Dr. Öğretim Üyesi Emine ÖKSÜZ – Sağlık Bilimleri Üniversitesi

10. Dr. Öğretim Üyesi F. Nevin ŞİŞMAN – Marmara Üniversitesi

11. Dr. Öğretim Üyesi Münire TEMEL – Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi

12. Dr. Öğretim Üyesi Sevil YILMAZ - İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

13. Dr. Öğretim Üyesi Melike YÖNDER ERTEM - İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

14. Arş. Gör. Özgür Sema ACI - İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

CİDDİ RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE FİZİKSEL İYİLİK DURUMUNU BELİRLEMEK İÇİN SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROFİLİ'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI

ORIJINALLIK RAPORU

%6	%5	%1	%3
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	acikerisim.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
2	Submitted to Haliç Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
3	Submitted to Kirikkale University Öğrenci Ödevi	<%1
4	Submitted to Atilim University Öğrenci Ödevi	<%1
5	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
6	earsiv.odu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to (school name not available) Öğrenci Ödevi	<%1
8	Submitted to Nigde University Öğrenci Ödevi	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Merve	**Soyadı**	Murat
Doğ. Yeri	İstanbul	**Doğ. Tar.**	31.07.1992
Uyruğu	T.C.	**T.C. Kim No**	20021449350
E-mail	murat.merve@yahoo.com	**Tel**	0507-442-41-96

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Lisans	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	2015

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl)**
1.	Araştırma Görevlisi	Biruni Üniversitesi	Halen
2.	Hemşire	Florence Nightingale Hastanesi	2015-2016
3.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**YDS Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	70,0

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	79,6	82,6	81,5

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları	Çok iyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

- **Murat, M.,** Öz, A., Güner, E., & Köse, S. (2020). The relationship between university students' beliefs toward mental illness and stigmatization. *Florence Nightingale Journal of Nursing, 28*(2), 194-204.

- Köse, S., & **Murat, M.** (2020). Psychological symptoms in children with Type-1 Diabetes. *International Journal of Caring Sciences, 13*(1), 288-293

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Mandala, pilates