



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKIYATRI KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN KADIN
HASTALARIN ÖZ BAKIM GÜCÜ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

ESRA GÜNEŞ

DANIŞMAN

PROF.DR. LEYLA KÜÇÜK

RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ PROGRAMI

İSTANBUL-2022

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 06.01.2022 Tarihinde 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. Leyla KÜÇÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KENDİRKIRAN
Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Yüksekokulu

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanması ve yazımı da dahil tüm aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar içinde sağladığımı, bu tez çalışmasıyla ulaşılmayan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sürecinde patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Esra GÜNEŞ

İTHAF

Bu çalışmayı tüm meslektaşlarıma ve geleceğin hemşirelerine ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında desteği, sabrı ve sevgisi ile daima yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini benimle sonuna kadar paylaşan, değerli katkıları ile bana daima rehberlik eden, kendisiyle çalışmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum sevgili hocam, danışmanım Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK' e, ders aşamasında birlikte çalıştığım İ.Ü-Cerrahpaşa Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalının değerli öğretim üyelerine,

Tezi hazırlarken uzman görüşlerini aldığım, çalışmakta olduğum hastanenin değerli öğretim üyesi sayın Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU' na,

Çalışmam boyunca manevi desteklerini esirgemeyen ve her zaman desteğini gördüğüm çalıştığım servisin, servis sorumlusu hemşiremiz Neslihan DOLU' ya ve hastanemizdeki diğer tüm hemşire arkadaşlarıma,

Araştırmamın her aşamasında bana gönülden destek veren ve benimle mutluluğumu paylaşan arkadaşlarıma ve aileme katkılarından dolayı, teşekkür ederim.

Esra GÜNEŞ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	iii
BEYAN.....	iv
İTHAF.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Öz Bakım.....	4
2.2.Öz Bakım Gücü.....	5
2.3.Öz Bakım Uygulamalarını Etkileyen Faktörler.....	7
2.3.1.Yaş.....	7
2.3.2 Kişisel Özellikler.....	7
2.3.3. Çevresel Faktörler.....	8
2.3.4 Sağlık Durumu.....	8
2.3.5.Beden İmajı.....	9
2.4. Orem Öz Bakım Modeli.....	9
2.4.1. Öz Bakım Kuramı.....	12
2.4.1.1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri.....	13
2.4.1.2. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri.....	14
2.4.1.3. Sağlıktan Sapmada Öz Bakım Gereksinimleri.....	15
2.4.2. Öz Bakım Yetersizlik Kuramı.....	17
2.4.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramları.....	17
2.4.3.1.Tümüyle Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi.....	17
2.4.3.2. Kısmen Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi.....	18

2.4.3.3. Destekleyici-Eğitsel Hemşirelik Sistemi.....	18
2.4.4. Modelin Mantıksal Açıdan Biçimi.....	20
2.4.5. Orem'in Öz Bakım Modeli ve Hemşirelik Süreci.....	21
2.5. Psikiyatri Hastalarının Öz Bakım Gücü.....	22
2.6. Psikiyatri Hastalarında Öz Bakım Gücü Düzeyini Etkileyen Faktörler.....	24
2.7 Psikiyatri Hastalarında Öz Bakım Gücü ile İlgili Yapılan Uluslararası ve Ulusal Çalışmalar.....	27
2.8 Öz Bakım Gücünü Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	31
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	34
3.2. Araştırmanın Değişkenleri.....	34
3.2.1 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	34
3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	34
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	34
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	34
3.5.1. Araştırma Soruları.....	35
3.5.2. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	35
3.5.3. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	35
3.6 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	35
3.7. Verilerin Toplanması.....	36
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
3.9. İstatiksel Analiz.....	36
4. BULGULAR.....	37
4.1 Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
4.2. Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	39
4.3. Hastaların Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	41
4.4.Hastaların Öz Bakım ile İlgili Özelliklerinin Ölçek Puanları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	42
4.5..Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	43
4.6. Hastaların Öz Bakım Gücünü Etkileyen Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	44

4.7. Hastaların Öz Bakım Gücünü Etkileyen Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	46
4.8. Hastaların Öz Bakım Gücünü Etkileyen Alışkanlıkları ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	48
4.9. Hastaların Öz Bakım ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	49
4.10. ÖBGÖ Puanları ile Hastaların Yaş, Boy, Kilo, Yatarak Tedavi Sayısı ve En Uzun Yatış Süresi Arasındaki Korelasyonların İncelenmesine Yönelik Bulgular.....	51
4.11. ÖBGÖ Puanlarını Etkileyen Lojistik Regresyon Analizine Ait Bulgular.....	52
5.TARTIŞMA.....	54
5.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Tartışılması.....	54
5.2. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması.....	57
5.3. Hastaların Kişisel Alışkanlıklarının Tartışılması.....	60
5.4. Hastaların Öz Bakım ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması.....	60
5.5. Hastaların ÖBGÖ Puanını Etkileyen Lojistik Regresyon Analizine Ait Bulguların Tartışılması.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
KAYNAKLAR.....	65
FORMLAR.....	76
ETİK KURUL KARARI.....	82
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	85

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Orem'in Kuramına İlişkin Diğer Kavramlar.....	10
Tablo 2: Hastaların bireysel özellikleri.....	37
Tablo 3: Hastaların hastalık ile ilgili özellikleri	39
Tablo 4: Hastaların alışkanlıkları.....	41
Tablo 5: Hastaların öz bakım ile ilgili özelliklerinin ölçek puanları ile karşılaştırılması.....	42
Tablo 6: Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları.....	43
Tablo 7: Hastaların öz bakım gücünü etkileyen bireysel özellikler.....	44
Tablo 8: Hastaların öz bakım gücünü etkileyen hastalık ile ilgili özellikleri.....	46
Tablo 9: Hastaların öz bakım gücünü etkileyen alışkanlıkları ile ilgili özellikleri.....	48
Tablo 10: Hastaların öz bakım ile ilgili özelliklerinin ölçek puanları ile karşılaştırılması.....	49
Tablo 11: ÖBGÖ puanları ile hastaların yaş, boy, kilo, yatarak tedavi sayısı ve en uzun yatış süresi arasındaki korelasyonların incelenmesi.....	51
Tablo 12: ÖBGÖ puanını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi.....	52

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1. Orem Öz Bakım Modeli'ni Oluşturan Kuramların Modelde Kullanımı.....12
- Şekil 2. Hemşirelik Girişiminin Yapıldığı Birey 16
- Şekil 3. Temel Hemşirelik Sistemleri.....19



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ÖBGÖ: Öz Bakım Gücü Ölçeği

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

ESCA: Exercise of Self- Care Agency Scale

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

BKİ: Beden Kitle İndeksi



ÖZET

Güneş, E. (2022). Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Kadın Hastaların Öz Bakım Gücü ve İlişkili Faktörler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde yatan kadın hastaların öz bakım gücü ve ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla tanımlayıcı araştırma şeklinde gerçekleştirildi. Araştırma Kasım 2020- Şubat 2021 tarihleri arasında bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim araştırma hastanesinin akut kadın psikiyatri servislerinde yatan ve araştırma kriterlerine uyan 199 hasta ile yapıldı.

Veriler Kişisel Bilgiler Formu ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ile toplandı.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 ve R istatistik programları kullanıldı. Değerlendirme sonucunda tanımlayıcı istatistikler, ortalama ve standart sapma, yüzdeler verildi. Normal dağılıma sahip ölçümsel verilerin analizinin yapılması için parametrik testler kullanıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında t test, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise One-Way ANOVA ve Post Hoc testi uygulandı. Korelasyon testlerinde Pearson testi uygulandı. Karşıtıcı değişkenlerin kontrolü için linear lojistik regresyon analizleri kullanıldı.

Çalışmaya katılan hastaların öz bakım gücü puan ortalaması $93,49 \pm 27,01$ olarak bulunmuştur. Kadın psikiyatri hastalarının öz bakım gücüne etki eden faktörler hastalığın tanısı, eğitim, çalışma durumu, tedavi düzenine dikkat etme durumu olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 140 olduğuna göre, hastaların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğunu ifade edebiliriz.

Hastalara ve ailelerine hastalık ve öz bakım yönetimi hakkında psikoeğitim programları hazırlanarak eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler; Öz bakım, öz bakım gücü, psikiyatri hemşireliği, kronik psikiyatri hastaları

ABSTRACT

Güneş, E. (2022). Self-Care Power and Associated Factors of Female Inpatients in the Psychiatry Clinic. Istanbul University-Cerrahpaşa Institute of Graduate Education, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master Thesis. İstanbul.

This study was carried out as a descriptive study to investigate the self-care power of female patients hospitalized in psychiatry clinics and related factors. The study was conducted with 199 patients who were hospitalized in the acute female psychiatry clinics of a mental and neurological diseases training and research hospital between November 2020 and February 2021 and met the research criteria.

The data were collected with the Personal Information Form and the Exercise of Self-Care Agency Scale (ESCA).

SPSS 20.0 and R statistical programs were used to evaluate the data. As a result of the evaluation, descriptive statistics, mean and standard deviation, and percentages were given. Parametric tests were used to analyze the measurement data with normal distribution. The t-test was used to compare two independent groups, and the One-Way ANOVA and Post Hoc test was used to compare more than two groups. Pearson test was used in correlation tests. Linear logistic regression analyzes were used to control confounding variables.

The mean self-care power score of the patients participating in the study was found to be 93.49 ± 27.01 . The factors affecting the self-care power of female psychiatric patients were found to be the diagnosis of the disease, education, working status, and paying attention to the treatment regimen. Since the maximum score that can be obtained from the scale is 140, we can state that the self-care power of the patients is moderate.

It is recommended that patients and their families be educated about illness and self-care management by preparing psychoeducational programs.

Keywords; Self-care, self-care power, psychiatric nursing, chronic psychiatric patients

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tedavi ve takip açısından birey, aile ve ülke ekonomisine ağır yükleri olan hastalıklardır. Günümüzde kronik hastalıkların artış göstermesi kronik hastalıklarının kontrollü takip edilmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Kronik hastalıklarının etkin bir şekilde yönetilmesi için sadece tedavi yeterli olmayıp, hastanın işlevselliğinin sağlanması ve topluma kazandırılması gerekmektedir (Bilir ve Subaşı, 2006; Beaglehole ve ark., 2008). Psikiyatrik hastalıkların birçoğu ise yaşam boyu devam eder ve bu nedenle de kronik hastalıklar kategorisine girmektedir.

Kronik hastalıklarının başarılı bir şekilde yönetimi için, hastaneye yatış oranının azaltılması, acil servislere başvuru oranının düşmesi, hastalık etkilerini minimum düzeyde tutarak hastaların işlevselliğinin devamlılığının sağlanması, hastaların yaşam koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir (Haskett, 2006; Demirağ, 2009; Hançerlioğlu, 2014).

Günümüzde ruh sağlığı anlayışı, bireylerin kendilerini iyi olarak değerlendirmesi ve toplumsal düzeyde yaşam kalitelerinin artırılmasını hedeflemektedir (Buldukoğlu ve Taş, 2018). Öz bakım gücünün yükseltilmesi ise bireylerin toplumsal süreçte ve aynı zamanda kendi iyilik hallerinin geliştirilmesi açısından da oldukça önemlidir. Kişinin kendi bağımsızlığını kazanıp, yönetebilmesinde aktif rol oynar.

Orem'e göre bireyler, yaşam boyu öğrenme ve kendilerini geliştirme becerilerine sahip oldukları için öz bakımı öğrenilebilen bir kavramdır. Öz bakım kavramındaki "öz"; bir kişinin bütün varlığını anlatır. Öz bakım ise bireylerin günlük hayatta kendi gelişim süreçlerini sağlayabilmek ve hayati fonksiyonlarının devamlılığını sağlamak için ihtiyaç duydukları kişisel bakımdır. Öz bakımı etkileyen faktörler yaş, kişinin gelişimsel evresi, sağlık durumu, çevresel etkenler ve tedavi süreci gibi olgulardır. Öz bakımın etkin bir şekilde sağlanması kişinin, kendi gelişimine, bütünlüğüne ve işlevselliğine katkı sağlar (Orem, 1996). Öz-bakımın etkin bir şekilde sağlanması, kişinin yapısal bütünlüğünü korur ve kişisel gelişimini sürdürmesine katkı sağlar. Hemşirelerin, öz bakımın sağlanmasında bireylere fiziksel ve psikolojik anlamda destek olması, uygun çevre koşullarını oluşturması ve eğitim vermesi gibi sorumlulukları bulunmaktadır (George, 2011; Buldukoğlu ve Taş, 2018). Psikiyatri hastalarının günlük yaşam aktivitelerini kimseye bağlı olmadan gerçekleştirebilmesi de aynı zamanda psikiyatri hemşirelerinin sorumlulukları arasında yer almaktadır (Buldukoğlu ve Taş, 2018).

Hemşirelik kuramcılarında biri olan Dorothy Orem'in geliştirdiği öz bakım gücü modelinde bireylerin öz bakımının sağlanmasında birincil sorumluluğun kendisine ait olduğu

ifade edilmektedir. Bireylerin sağlık problemlerini çözebilmeleri ve sunulan hizmetlerden yararlanmalarının sağlanması ile sağlık hizmetleri başarıya ulaşabilecektir (Biro, 2013).

Orem ilk kez 1959 yılında yayınlanan modelinde öz bakım ihtiyaçlarının sağlanmasında bireylerin yetersiz kaldığı durumlarda hemşirelik bakımına gereksinim duyulduğunu ifade etmiştir (Orem,2001). Psikiyatri hastalarında ise özgüven kaybı ve yapamama korkusu öz bakım eksikliğinde rol oynayan bir faktördür. Bu nedenle başta ulaşılabilir basit hedefler belirlenerek bireyin desteklenmesi, eksikliklerini gidermesi konusunda yardımcı olunması gerekmektedir. Öz bakım eksikliğinde hemşire doğrudan yardım etmede, denetlemede ve öğretmede rol oynar (Gerçik, 2018).

Psikiyatri hemşirelerinin sadece, hastaların ruhsal sorunlarına yönelik bakım vermek ve gözlem yapmak gibi görevlerinin olduğu, hastalarının fiziksel ihtiyaçlarına yönelik bakım vermekle yükümlü olmadıkları düşünülmektedir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, hastaların fiziksel sağlıklarının korunması, hastalıkların erken tanı ve müdahale programlarında etkin bir şekilde faaliyet göstermesi gerekmektedir. Hemşirelik bakımı sadece hastalıkların tanısına yönelik değildir. Psikiyatri hastalarında, ruh sağlığı bakımı birincil olarak dikkate alınmalı, ancak bütüncül bakım vermek açısından hemşireler, hastaların fiziksel, sosyal, mesleki ve manevi yönlerini de dikkate almalıdır. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin öz-bakım gereksinimlerini tanımlamada zorluk yaşayabileceklerinden belirli aralıklarla hastaların öz bakım ihtiyaçları belirlenmeli ve psikoeğitimler yapılmalıdır (Gerçik, 2018; Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020).

Ülkemizde, psikiyatri hemşirelerinin hemşirelik yönetmeliğinde tanımlanan, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği rolleri arasında; hastaların öz bakımını yapması için teşvik etmek, desteklemek ve gerektiğinde yapmak, hastaların bakım gereksinimlerini ve sorunlarını belirlemek, beslenme, kilo, uyku, ilaç yan etki ve fiziksel sağlık alanında takipler yapmak ve gereksinimlerini belirlemek gibi fiziksel sağlık alanında da rolleri bulunmaktadır. Hastaların fiziksel ve ruhsal sağlığını değerlendirmek amacıyla görüşmeler yapmak, gerektiğinde diğer disiplinlerden yardım almak, aile ve bireyi danışmanlık alması için yönlendirmek psikiyatri hemşireliğinin rol ve sorumlulukları arasında yer almaktadır (1-12606/hemşirelik yönetmeliği).

Psikiyatrik hastalıklar, bireylerin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Psikiyatri hastaları, hastalıkları sebebiyle günlük yaşam aktiviteleri, öz bakım uygulamaları, temel ihtiyaçlarının karşılanması gibi önemli yaşamsal faaliyetleri yerine getiremeyebilirler.

Hayatlarının bazı dönemlerinde bu olumsuz koşullar, hastaların hastaneye yatışını gerektirmektedir (Buldukoğlu ve Taş, 2018).

Bu çalışmanın amacı tedavisini yatarak gören kadın psikiyatri hastalarının öz-bakım gücü düzeyi ve bununla ilişkili olan faktörlerin belirlenmesidir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Öz Bakım

Öz bakım kavramı ilk defa 1959 yılında Dorothea Elizabeth Orem tarafından tanımlanmıştır (Bakoğlu ve Yetkin, 2000). Bu kavram Orem'in Genel Hemşirelik Kuramı'nın temel kavramlarından birini oluşturmaktadır (Komser, 2019).

Öz bakım; bireyin hayatını sürdürebilmek, sağlığını geliştirmek ve koruyabilmek adına başlattığı ve yaptığı faaliyetlerin tamamı olarak açıklanmaktadır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020). Bireylerin sağlık için kendi güçlerini iyileştirmeleri, sorumluluk almaları ve faaliyette bulunmaları oldukça büyük önem taşımaktadır (Güler, 2016).

Öz bakıma ait birçok tanım bulunmaktadır. Orem' e göre öz bakım "bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması ve uygulaması" dır (Bakoğlu ve Yetkin, 2010; Komser 2019). Norris' in öz bakım kavramı da Orem'in öz bakım tanımına benzemektedir. Norris'e göre öz bakım, bireyin ve yakınlık kurduğu kişilerin, sağlık için içlerindeki gücü geliştirebilmeleri, sorumluluk almaları ve girişimde bulunabilmelerine imkân sağlar. Öz bakım tanımlamaları genel olarak, kişilerin sağlık durumlarını koruyabilmek adına doğru zamanda gerekli aktiviteleri uygulayabilmeleri ve sürekli olarak buna katılım gösterebilmelerinden oluşmaktadır (Kütük, 2016).

Öz bakımın temel amacı; kişinin kendi sağlığıyla ilgili sorumlulukları alabilmesi, kendi sağlığı için yapılması gerekeni başkasından istemek veya beklemek yerine kendisinin bu konuda çaba göstermesidir (Aydın, 2010).

Öz bakım bireylerin yaş, fiziksel durum, sağlık durumu, psikolojik faktörler, çevre, aile içindeki ve toplumdaki roller ve kültürden önemli ölçüde etkilenmektedir (Ören, 2010; Komser, 2019). Orem'in kuramına göre bireylerin öz bakım davranışları, gelişimsel süreçte güdülenmeyle gerçekleştirilen öğrenilmiş davranışlardır (Güler, 2016). Bu davranışlar kişinin sağlık konusundaki merak ve ilgisi, eğitimi, deneyimi ve kültürel çevresi sayesinde geliştirilebilir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020).

Yani, insanlar kendilerini geliştirme ve yeni şeyler öğrenme, keşfetme yeterliliğine sahiptir ve aynı zamanda öz bakım öğrenilebilen bir kavramdır. Öz bakımın etkili ve yeterli bir şekilde gerçekleştirilmesi kişinin bütünlüğünün korunması ve bireysel gelişiminin sağlanmasına katkı sağlar.

Öz bakımla ilgili varsayımlar:

-Öz bakım, insanlar açısından karşılanması gerekli olan temel ihtiyaçlardır. Bu ihtiyaçlar karşılanmazsa ve süreklilik sağlanmazsa kişinin sağlığı olumsuz etkilenir.

-Öz bakım, kişinin olguları aktif olarak düşünmesi, incelemesi ve yargılaması gerektirdiğinden öz kontrol de gerektirir.

-Öz bakım, benlik kavramından doğrudan etkilenmektedir.

-Öz bakım, bireylerin sorumluluk almaları ve gönüllü olarak hareket etmelerine dayanır.

-Öz bakım, bireyin ailesel faktörler, kişilerarası ilişkiler ve yaşamsal tecrübelerinden etkilenmektedir.

-Öz bakım, bireysel özelliklerden, nüfusun yapısal özelliklerinden, kişinin sağlık durumundan ve sağlık hizmetlerinden etkilenmektedir.

-Öz bakımın hedefine ulaşması için kişinin aktif olarak katılım gücü göstermesi gerekmektedir (Akduman, 2008; Kütük, 2016).

2.2.Öz Bakım Gücü

Öz bakım gücü, kişilerin sağlık durumu ve iyilik hallerini koruyabilmek için gerekli eylemleri yapabilme ve sürdürülebilir becerisidir. Kişilerin bireysel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için öz bakım güçlerinin yeterli düzeyde olması gerekmektedir (Kütük, 2016).

Öz bakımda istenilen hedefe ulaşmanın sağlanması için öz bakım gücü oldukça önemli bir yere sahiptir. Bireyler öz bakımını sağlarken güç veya yeteneklerini kullanmaktadır. Akyol ve Karadakovan (2002), bireyin öz bakımını sağlarken, sahip olması gereken yeterlilikleri aşağıdaki gibi ifade etmiştir;

- “Dikkatini sürdürebilme ve gerektiği zaman uygun bir şekilde kullanabilme,
- Öz bakımını sağlarken enerjisini kontrollü bir şekilde kullanabilme,
- Öz bakıma ihtiyaçlarını sağlarken vücudunu istenilen şekilde hareket ettirebilmesi,
- Öz bakım ile ilgili olayların sebeplerini düşünebilme,
- Yeterli motivasyona sahip olma,
- Öz bakıma yönelik kararlar alma ve bunları eyleme dökme,
- Öz bakım hakkında bilgi edinme ve bu bilgileri eyleme dökme,

- Öz bakım gücünü sağlamak için bireylerle olan iletişimini etkin şekilde sürdürebilme,
- Öz bakım hedeflerini başarmak için eylemleri önceliklerine göre düzenleyebilme ve
- Öz bakımı gerçekleştirebilmek için bireyin eylemleri kendisi, ailesi ve yaşadığı toplumun bakış açısına uygun olarak uygulayabilme yeteneğidir” (Akyol ve Karadakovan, 2002).

Birey, bu yeteneklere sahipse öz bakım gücü, öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli olacaktır ve bu durumda gereksinimlerini karşılamak için başka insanlara bağımlı olmayacaktır. Bu sayede kendi sağlık sorumluluğunu üstlenebilecektir (Aktaş, 2015).

Orem ise geliştirdiği öz bakım gücü modelinde kişilerin bireysel olarak kendi bakımlarının sorumluluğunu üstlenmesi gerektiğini ifade etmiştir (Gerçik, 2018). Öz bakım gücünün tanımı olarak bireylerin kendi kendine bakım yapabilme yetisi ifadesini kullanmıştır. Orem'e göre öz bakım gücü, çocuklukta gelişmeye başlar, yetişkinlikte olgunluğa ulaşır ve yaşlılıkta azalır. İşlevselliği sürdürebilmek için ihtiyaçları belirlemek, yapılacaklara karar vermek ve öz bakım gereksinimlerini karşılamak için bakım yöntemlerini gerçekleştirmek gerekir (Solgun, 2019).

İnsanların sağlığını etkileyen hastalıklar, ağırlıklı olarak da kronik olmak üzere tüm hastalıklar kişilerin öz bakım gücünü etkilemektedir (Karasu, 2019). Psikiyatri hastalarında özgüven kaybı ve yapamama korkusu öz bakım eksikliğinin başlıca sebeplerindedir. Bu sebeple bireylere ulaşılabilir hedefler koymak bu noktada yardımcı olmak gerekmektedir. Öz bakım eksikliğinde hemşire yardım etme, denetleme ve öğretmede rol oynar. Bireylerin kendi bakımlarının sorumluluğunu sağlamak hemşirelik görevlerindedir. Psikiyatri hastaları, hastalıklarının alevlenme döneminde günlük yaşam aktivitelerini sürdürmekte bile başarısız olabilmektedir. Bu nedenle öz bakım eksikliği bu hastaların en temel problemlerinden sayılmaktadır (Gerçik, 2018). Öz bakım eksikliği gibi, temel gereksinimlerini karşılamakta zorlanan psikiyatrik hastaların öz bakım gücü seviyelerinin artırılması beraberinde hastaların öz saygısını da arttıracığından bu hastaların kişilerarası ilişkilerinin regülasyonunda ve topluma yeniden katılımında da etkili olacaktır. Hastalığı hakkında iç görü kazanan hastanın hastaneye yatış sayısı ve sürelerinin azalmasına yardımcı olacaktır. Bu sayede hastaların remisyon süreci de olumlu yönde etkilenecektir.

2.3. Öz Bakım Uygulamalarını Etkileyen Faktörler

Öz bakım uygulamaları, kişinin hayatı boyunca edindiği tecrübeler ve çeşitli faktörler sebebiyle değişmektedir. Bu uygulamalar doğuştan gelmez, kişinin yaşam süreci boyunca değişiklik gösterebilmektedir. Bu durum insanın gelişmekte olan bir varlık olmasından kaynaklanmaktadır (Uzunçakmak, 2012).

Bu faktörleri genel olarak ele alacak olursak; yaş, cinsiyet, gelişimsel özellikler, sağlık durumu, sosyokültürel etkenler, sağlık sistemi, ailesel etkenler ve çevresel faktörler şeklinde örneklendirebiliriz (Dönmez, 2019). Tüm bu faktörler, bireylerin doğru veya yanlış sağlık davranışları geliştirmesine neden olur. Bireyler, bu faktörler etkisiyle kazandıkları altyapı ile kendi yetenek ve kısıtlılıklarına göre öz bakım eylemlerini gerçekleştirecektir (Nahcivan ve Tuncel, 1993; Çalışkan, 2020).

2.3.1. Yaş

Yaş, bireylerin öz bakım uygulama becerilerini önemli ölçüde etkileyen bir faktördür. İnsanların ihtiyaçları yaşına göre değişebilmektedir. Bebeklik döneminde kişi bakım vericisine bağımlı konumdadır. Beslenme, boşaltım gibi temel ihtiyaçların gerçekleştirilmesi bakım vericinin sorumluluğu altındadır. Okul öncesi dönemde çocuğun öz bakım becerileri, motor becerilerinin gelişmesine bağlı olarak gelişir ve bakım vericiye olan ihtiyaç zamanla azalmaya başlar. Bu şekilde çocuk, öz bakım konusunda kendi bağımsızlığını kazanma yolunda önemli ilerleme kaydeder. Ergenlik döneminde birey artık öz bakımı hakkında tamamen bağımsız hale gelir. Yetişkinlik döneminde birey, herhangi bir problemi olmadığı sürece kendi öz bakımında hala bağımsız konumda yaşamını sürdürebilmektedir. Yaşlılık döneminde birey, fiziksel ve zihinsel süreçte kayıp yaşayabilmektedir. Bu da kişinin öz bakımı hakkında bağımsızlığını kaybetmesine yol açabilmektedir (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Uzunçakmak, 2012).

2.3.2 Kişisel Özellikler

Bir birey, öz bakım becerilerini uygulayabilmek ve sürdürebilmek için bazı kişisel özelliklere sahip olmalıdır. Bu özellikler; karar verme, ihtiyaçları arasında önceliği iyi değerlendirebilme, olayın sonuçlarını iyi muhakeme edebilme, var olan enerjisini hangi şekilde kullanacağıyla ilgili mantıklı fikir üretebilme gibi becerilerden oluşmaktadır (Gül, 2020). Birtakım fiziksel ve ruhsal hastalık durumunda hastaların karar verme, bedeni üzerinde denetimini kaybetme, sorun çözme yeteneğinde azalma gibi durumlar nedeniyle öz bakım becerileri etkilenmektedir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020).

Bireyin bu kişisel özelliklere sahip olmasının yanı sıra, kişinin tercihleri öz bakım uygulamalarına ağırlıklı olarak yön vermektedir. Bu tercihler ise bireyin alışkanlıkları ve değerleri ile ilişkilendirilebilmektedir (Uzunçakmak, 2012).

2.3.3. Çevresel Faktörler

Çevre, insanın dışındaki öğeleri kapsar. İnsanlar, gereksinimlerini çevreye göre şekillendirir. İnsan, yaşadığı çevreyle etkileşim halinde olan bir varlıktır. Bu nedenle insan, çevreden bağımsız olarak düşünülemez (Nahcivan, 1993; Sayan, 1998).

Çevresel faktörlerin içinde pek çok alt başlık sıralayabiliriz. Bu faktörler insanın öz bakımını gerçekleştirmesini ve kişinin öz bakım gücü düzeyini etkileyebilmektedir. Bunlar;

- Sosyoekonomik düzey,
- Eğitim düzeyi,
- İş yaşantısı,
- Öz bakım uygulamalarını yerine getirebilmek için kaynak ve hizmetlerin yeterli olması,
- Kültürel etmenler ve hayat tecrübesi,
- Sağlık hizmetleri,
- Sosyal desteği, aile hayatı şeklinde sıralayabiliriz (Gül, 2020).

Tüm bunlarla birlikte, öz bakım gücünün geliştirilip davranışa dönüştürülmesinde etkili olan bazı varsayımlar aşağıdaki gibidir;

- Öz bakım davranışı, kültürel uygulamalardan etkilenir.
- Öz bakım davranışı, kişinin sağlık bilgisinden etkilenir.
- Öz bakım davranışı, bireyin aile içindeki konumundan etkilenir.
- Öz bakım davranışı, bireyin iş ortamı ve arkadaş çevresi gibi sosyal ortamlardan etkilenir (Orem, 1991; Nahcivan, 1993).

2.3.4. Sağlık Durumu

Bireyin öz bakım uygulamalarını en büyük ölçüde etkileyen faktör sağlık durumudur. Hastalık durumu, bireyin fiziksel veya zihinsel olarak kayıp yaşamasına sebep olabileceğinden, işlevselliğinin azalmasına sebep olabilmektedir. Bu durum, kişinin öz bakım uygulamaları sırasında bir bakım vericiye bağımlı olmasına sebep olmaktadır. Bu süreç kısa veya uzun vade hatta yaşam boyu olabilir (Uzunçakmak, 2012).

2.3.5. Beden İmajı

Beden imajı, bir bireyin kendi vücuduyla ilgili olan zihinsel algısıdır. Kişinin vücudunu algılayış biçimi, öz bakım uygulamalarını önemli ölçüde etkiler. Kendi görüntüsünü temiz ve iyi olarak algılayan bir kişi, bu durumu devam ettirmeye çalışır veya eksikliklerinden rahatsızlık duymaz (Uzunçakmak, 2012).

2.4. Orem Öz Bakım Modeli

Dorothea Elizabeth Orem, Amerika'nın ünlü hemşire kuramcılarındandır. Dorothea Orem 1914-2007 yılları arasında yaşamıştır. Bu süreçte pek çok ödül almış, çalışmalar yapmış ve çeşitli üniversitelerde görev yapmıştır. Modelini geliştirirken Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee ve Widenbach gibi pek çok kuramcıdan etkilenmiştir (Velioğlu, 2012; Duygu Çelik, 2019). Kuram, 1959 yılında Orem'in hemşireliğin anlamını sorgulaması ve tanımlaması sayesinde gelişmiştir. Orem'in genel hemşirelik kuramı, bireylerin öz bakım ihtiyaçları ve onları karşılamadaki yeterlilikleri hakkındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Nahcivan, 1993). Orem'e göre bireyler kendi öz bakım gereksinimlerini sağlamakla yükümlüdürler. Bireyden kaynaklı olarak öz bakımın karşılanmasında yetersizlik yaşanması durumunda, hemşirelik bakımına ihtiyaçları olduğunu ifade etmiş ve onlara yardım etme yöntemlerini tanımlamıştır. Orem'in bu modeli bireylerin öz bakım gereksinimleri ve öz bakımı sağlamadaki eksikliklerini açıkladığı için, "hemşirelikte öz bakım yetersizliği modeli (Self-care Deficit Theory)" olarak da adlandırılmaktadır (Kılıç, 2005).

Orem, insan ve çevrenin arasında önemli bir etkileşim olduğunu öne sürmüştür. Orem'e göre insan eşi bulunmayan bir varlıktır ve çevresinden bağımsız bir birey olarak düşünülemez. Hemşireliğin temellerini oluşturan bu kuramı geliştirirken; hemşirelik, insan, çevre ve sağlık kavramlarından bahsetmiştir (Fawcett, 2005; Ünsal Avdal ve Kızılcı, 2010).

İnsan; Orem'e göre insan, bir çevreye sahip olması, tecrübelerini ifade edebilmesi ve başkaları veya kendisi hakkında faydalı şeyler yapmayı düşünme yetisine sahip olduğundan diğer canlılardan farklıdır. İnsanı sosyal bir ünite olarak nitelendirebilir ve insanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve toplumsal etmenlerden oluştuğunu ifade edebiliriz. İnsan, kendisini geliştirme ve bir şeyler öğrenebilme yeterliliğine sahiptir. İnsanlar öz bakım ihtiyaçlarını içgüdüsel olarak değil öğrenerek sağlamaktadırlar. (Orem, 2001; Fawcett ve Desanto-Madeya, 2005; Ünsal Avdal ve Kızılcı, 2010).

Sağlık: Orem'in sağlık tanımını fiziksel, sosyal ve mental açıdan iyi olmak ve kişinin bir hastalığa sahip olmaması olarak ifade ettiğini söyleyebiliriz. (Orem, 2001; Fawcett, 2005; Ünsal Avdal ve Kızılcı, 2010).

Çevre: Bireyin öz bakım uygulamalarını etkileyen pek çok faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler, biyolojik özellikler, fiziksel çevre, biyolojik ve kimyasal etkenler ve fiziksel durum gibi faktörlerden oluşmaktadır (Orem, 2001; Fawcett ve Desanto-Madeya, 2005; Ünsal Avdal ve Kızılcı, 2010).

Hemşirelik: Orem'e göre hemşirelik, ihtiyacı olan bireylere bilimsel bilgi rehberliğinde yardım eden, onlara hizmet eden bir meslek grubudur. Hemşireler sağlık ve iyilik halinin korunması ve sürdürülmesinde bireylere yardımcı olurlar. Hastaların terapötik öz bakım gereksinimlerinin yapılması ve bireyin kendisinin yapabilmesinin sağlanması da hemşirelik hizmetleri arasında yer almaktadır. Hemşirelik uygulamalarının teknolojik boyutlarının olmasının yanı sıra ahlaki boyutları da mevcuttur. Çünkü hemşirelik mesleği insan hayatı ile yakından ilişkilidir (Orem, 2001; Alligood ve Tomey, 2002; Fawcett, 2005; Ünsal Avdal ve Kızılcı, 2010).

Tablo 1. Orem'in Kuramına İlişkin Diğer Kavramlar

Öz bakım	Bireyin yaşantısını ve iyi olma halini sürdürebilmesi için gerçekleştirdiği aktivitelerdir (Marriner, 1986; Pearson ve Vaughan, 1989).
Öz bakım gücü	Bireyin hayatını sürdürebilmek, sağlığını koruyabilmek ve iyi olma halini devam ettirebilmek amacıyla sağlık aktivitelerini gerçekleştirebilme becerisi ve gücüne sahip olmasıdır (Orem, 1996).
Terapötik (tedavi edici) öz bakım	Bireyin, öz bakım ihtiyaçlarını karşılaması için gereken doğru girişimi, uygun yöntem kullanarak belli bir sürede gerçekleşmesi hedeflenen öz bakım aktiviteleridir. Bireyin yaşamı süresince değişiklik gösterebilir (Hartweg, 1991).
Öz bakım yetersizliği	Öz bakım gücü ve tedavi edici öz bakım arasındaki ilişki (Çam ve Engin, 2014).
Öz bakım ajanı	Öz bakımı gerçekleştiren kişi (Orem, 1996).

Bağımlı öz bakım sağlayıcı	Bebek, çocuk veya yaşlı gibi bağımlı bireylerin öz bakımını sağlayan kişi (Orem, 1996).
Hemşirelik gücü	Öz bakımda eksiklikleri olan bireylerin, öz bakım ihtiyaçlarını sağlamak ve öz bakımlarını gerçekleştirmek için yapılan hemşirelik girişimleridir (Fawcet, 2013).
Temel durumsal faktörler	Bireyin belirli zaman ve durumlarda tedavi edici öz bakım gereksinimini veya öz bakım gücünü etkileyen faktörlerdir. Cinsiyet, yaş, gelişimsel özellikler, sağlık ya da hastalık durumu, yaşam süreci, sağlık bakım hizmeti, ailesel özellikler, sosyokültürel durum, kaynaklara ulaşılabilirlik ve dış çevresel faktörler olmak üzere on temel durumsal faktör vardır (Hartweg, 1991; Berbiglia ve Banfield, 2014).

(Marriner, 1986; Pearson, 1989; Hartweg, 1991; Fawcet, 2013; Berbiglia ve Banfield, 2014; Çam ve Engin, 2014).

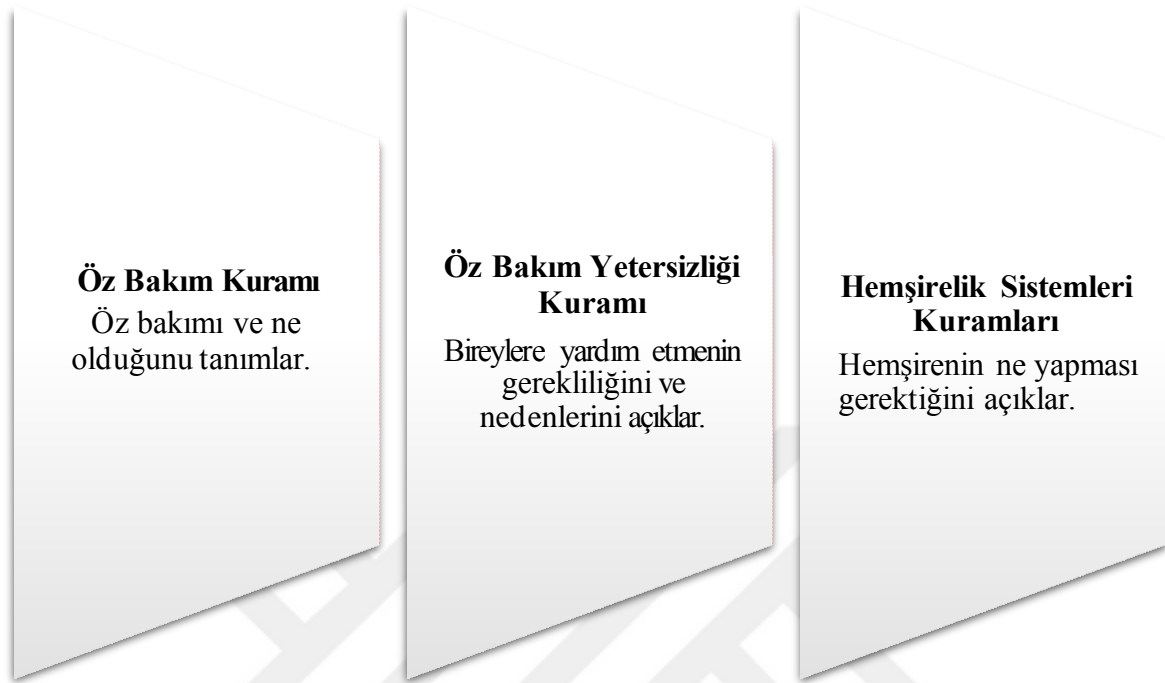
Bireylerin öz bakım yetersizliğinin saptanması için, öz bakım gücü düzeylerine bakabiliriz. Bunun için öz bakımın hangi düzeyde olmasını istediği ve öz bakım aktiviteleri arasındaki ilişkiyi saptayabilmek önemlidir. Böylelikle kişilerin, hangi zamanda nasıl bir hemşirelik bakımına ihtiyaç duyduklarını anlayabiliriz. Bireyler, bilgi ve beceri azlığı veya motivasyon yetersizliği sebebiyle tedavi olmalarını sağlayan öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmek için yeterli düzeyde öz bakım gücüne sahip olmayabilirler. Hemşireler, bireylerin tedavi edici öz bakım ihtiyaçlarını karşılamak için bireylerin bilgi, beceri, motivasyon ve öz bakım gücü yeterliliklerini ölçer ve neyi yapamadığını tanımlar (Kılıç, 2005).

Öz bakım yetersizliği modeli birbiriyle ilişki üç kuramdan oluşmaktadır:

1. Öz bakım kuramı,
2. Öz bakım yetersizliği kuramı,
3. Hemşirelik sistemleri kuramı

Orem'e göre hemşirelik kavramı, bakıma yardımcı olma ve öz bakım ihtiyaçlarını karşılama açısından yetersiz olan ve yardıma ihtiyaç duyan bireylere yardım yapma şeklidir.

Hemşireler, bazı yardım etme yöntemlerini kullanarak, bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılamasına yardımcı olurlar veya bakım vericiye bunu öğreterek, sanatlarını uygularlar (Nahcivan, 1993).



Şekil 1. Orem Öz Bakım Modeli'ni Oluşturan Kuramların Modelde Kullanımı

(Pektekin, 2013; Çalışkan, 2020).

Orem'in modeliyle ilgili beş farklı önermesi mevcuttur. Bu önermeler aşağıdaki şekildedir;

- İnsanın yaşantısını devam ettirmek ve yetenekleri çerçevesinde davranması için devamlı bir güç ve enerjiye ihtiyaç vardır.
- İnsanın kendisi ya da başkasının öz bakımını yapacak ve gereksinimlerini belirlemek için gücü vardır.
- Erişkin insanın yaşamını sürdürme ve görevlerini gerçekleştirmesi için gerekli olan öz bakım yeteneği kişisel olarak farklılık gösterir.
- İnsan kendisi ve diğerleri için ihtiyaçları tanımlama ve yeterli gücü sağlayabilmek için farklı yöntemler bulur ve geliştirir.
- Bir grup şeklinde yaşayan ve sorumluluklarını paylaşan insanlar kendisi veya öz bakım ihtiyacı olan bireyin bakımını sağlamada sorumluluk alır (Pektekin, 2013; Çalışkan, 2020).

2.4.1.Öz Bakım Kuramı

Bir bireyin yaşamını devam ettirebilmek, sağlık ve iyilik durumunu sürdürebilmek için başlattığı ve gerçekleştirdiği eylemler öz bakım olarak adlandırılmaktadır. Öz bakım kavramı,

Orem'in temel kavramlarından biridir. Kişinin kendi sağlığına katılımı, sağlığının korunması ve yükseltilmesi açısından öz bakım oldukça önemlidir (Nahcivan, 1993; Suluhan, 2016). Bu model yaşamın sürdürülebilirliği için öz bakımın önemini açıklamaktadır (Suluhan, 2016).

Öz bakım aktivitelerini gerçekleştirebilmek için, süreklilik ve kararlılık gerekmektedir. Bu aktiviteler alışkanlık haline gelmediği sürece kişiler neyin nasıl yapılacağı konusunda yardıma veya açıklamaya ihtiyaç duyabilmektedir. Öz bakım aktivitelerini gerçekleştiren kişi işlevsellik kazanır. Bu nedenle öz bakımın karşılanması için istek ve amaç da önemlidir (Nahcivan, 1993).

Orem'in kuramına göre, bireyler öz bakım ajanı olarak tanımlanır. Yani, eylemi yapan kişi anlamına gelmektedir. Öz bakım; karşılanması gereken temel gereksinimlerden ve bu gereksinimler karşılanmazsa kişinin sağlığı kötü yönde etkilenmektedir (Suluhan, 2016). Bu durumda kişiler sağlık, yaşam ve iyilik durumunu sürdürebilmek için başka kişilere kısmen veya tam bağımlı konuma gelirler. Bu nedenle kişi öz bakım ajanı olmaktan çıkar, bakımın alıcısı konumuna gelir. Bebek, çocuk, yaşlı, hasta ve engelli bireyler öz bakım gereksinimlerinin karşılanması için yardıma ihtiyaç duyarlar (Demoro, Fontes, Trettene, Cianciarullo, Lazarini 2018).

Bireyler, öz bakımlarını tamamlayabilmek için öz bakım gereksinimleriyle becerileri arasında denge sağlamaya çalışırlar. Orem'e göre insanlar fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını dengelemek için homeostatik eğilimlere sahiptirler. Ancak kişiler öz bakımını sürdürebilmek için ihtiyaçları ve yetenekleri arasındaki dengeyi sağlayabilmelidir. Bu gereksinimler üç şekilde sınıflandırılmaktadır (Nahcivan, 1993).

2.4.1.1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

Bireyler, günlük hayatlarında yaşamlarını sürdürebilmek için bazı gereksinimlere ihtiyaç duyarlar. Bu gereksinimler doğuştan gelir ve kişinin yapı ve fonksiyonlarının bütünlüğünün sağlanması açısından önem taşır (Nahcivan, 1993; Karacabay, 2014).

Öz bakım kişinin yaşamsal fonksiyonlarının düzenlenmesine yardımcı olur. Bu nedenle öz bakım uygulamaları öğrenilmeli, sürekli ve bağımsız bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Bu uygulamalar, kişinin ihtiyacı ile uyumlu olmalıdır (Kılıç, 2005). Evrensel öz bakım gereksinimleri ise temel gereksinimlerden oluşmaktadır. İyilik halinin sürdürülmesi ve dengenin sağlanabilmesi açısından bu gereksinimlerin karşılanması oldukça önemlidir (Duygu Çelik, 2019).

Orem, evrensel bakım gereksinimlerini aşağıdaki şekilde açıklamıştır;

- 1) “Yeterli hava alımının sürdürülmesi”,
- 2) “Yeterli sıvı alımının sürdürülmesi”,
- 3) “Yeterli gıda alımının sürdürülmesi”,
- 4) “Boşaltım sistemi ve dışkılama ile ilgili fonksiyonların sağlanması”,
- 5) “Aktivite dinlenme arasındaki dengenin sürdürülmesi”,
- 6) “Yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengenin sürdürülmesi”,
- 7) “İyilik halinin sürdürülmesi, insanın temel yapı ve işlevlerini bozabilecek risklerin önlenmesi”,
- 8) “Normal olma, insanın gizil gücüne ve normal olma isteğine göre sosyal gruplar içinde işlev görmesi ve bunun geliştirilmesidir” (Burkhard and Jacobson, 2001; Nart, 2013; Karadağlı, 2017).

Bu gereksinimler yeterli düzeyde karşılandığı zaman, öz bakım sağlık ve iyilik halini sürdürmeye katkıda bulunur (Velioğlu, 2012; Karacabay, 2014). Evrensel öz bakım gereksinimleri bireylerin, yapı ve işlevselliğinin devam ettirilmesi, gelişmesi ve desteklenmesine yönelik eylemlerden oluşmaktadır. Etkili şekilde karşılandığı takdirde kişinin sağlık ve gelişimine olumlu yönde katkı sağlar. Sağlıklı bir insanın bu ihtiyaçları sağlayabilmesi için yeterli düzeyde öz bakım becerilerine sahip olması gereklidir. Bu becerilere sahip olmak, kişinin dengesini koruyabilmesine katkı sağlar (Orem, 1996; Orem, 2001; Kılıç, 2005).

2.4.1.2. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

Kişinin yaşam döngüsünün gelişimsel sürecinde ortaya çıkan gereksinimler olarak tanımlanabilir (Ünsal Avdal ve Kızılcı, 2010). Kuramın geliştirildiği ilk zamanlarda, evrensel öz bakım gereksinimleri arasında yer almıştır fakat daha sonra gelişimsel durumların çeşitliliği sebebiyle ayrı bir grupta incelenmiştir (Nahcivan, 1993). Gelişimsel gereksinimler, bireyin yaşam döngüsü içerisinde ortaya çıkan yaşlılık, gebelik, adölesan dönem gibi süreçlerde kişinin gelişim sürecini olumsuz yönde etkileyen koşulların iyileştirilmesine yönelik bakım gereksinimlerini kapsar. (Velioğlu, 2012; Karadağlı, 2017).

İnsanlar gelişimlerini destekleyen temel yaşam gereksinimlerini karşıladıkları sürece, yaşam döngüleri boyunca aşağıdaki gelişimsel dönemlerden geçmektedirler;

- Yaşamın intrauterin dönemi ve doğum süreci,
- Yaşamın neonatal dönemi,

- Bebeklik dönemi,
- Puberte ve adölesan dönemi,
- Yetişkinliğin gelişimsel dönemleri,
- Gebelik dönemi.

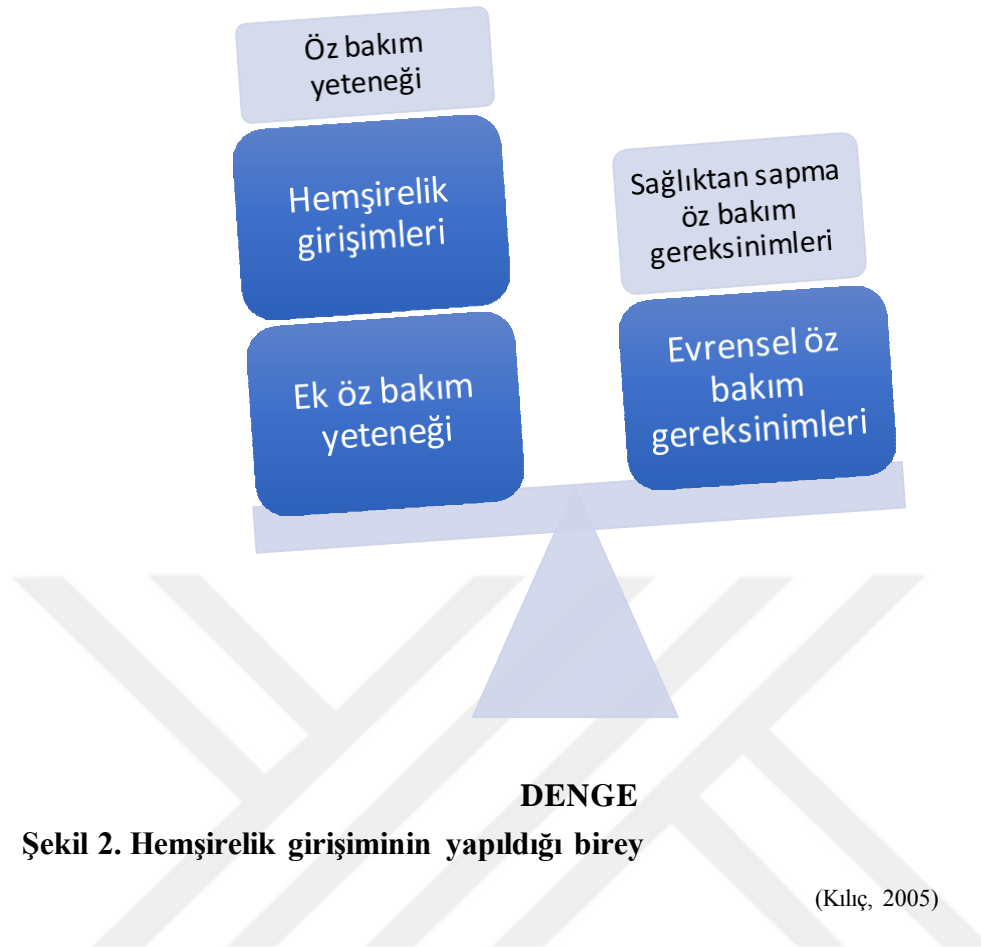
Gelişimsel öz bakım gereksinimleri, insan gelişimini kötü etkileyebilecek aşağıdaki durumlardan korunmayı ya da en iyi şekilde baş edebilmek için etkili bir düzeyde bakımın gerçekleştirilmesini gerektirir:

- Eğitim azlığı,
- Sosyal uyum problemlerine sahip olma,
- Kişilik gelişiminin sağlıklı olması,
- Sosyal çevredeki kişilerin kaybı,
- İş, güvence ve malın kaybedilmesi,
- Alışılmadık bir çevreye hızlı bir şekilde geçiş yaşamak,
- Toplumsal statü sorunları,
- Olumsuz sağlık koşullarına sahip olmak,
- Yaşam şartlarının kötü olması,
- Terminal dönem hastası olma veya ölüm tehdidi yaşama durumu (Faucett ve ark., 1990; Orem, 1991; Nahcivan, 1993).

2.4.1.3. Sağlıktan Sapmada Öz Bakım Gereksinimleri

Bireylerin yaşamında sağlık problemlerine bağlı olarak, öz bakım gücünde geçici veya kalıcı olarak bozulmalar olabilmektedir. Bu nedenle bireylerin, öz bakım gereksinimleri artar. Bu durum bireyleri, kısmen ya da tamamen bağımlı hale getirebilir (George, 1995; Suluhan, 2016). Orem, bu ihtiyaçları sağlıktan sapmada öz bakım gereksinimleri olarak adlandırmıştır.

Orem'e göre, bireylerin sağlıkları ilgili gereksinimlerine bağlı olarak hemşireliğe ihtiyaç duyulmaktadır. Eğer kişi, sağlıktan sapma durumunda, kendi bakımını karşılamada yetersizlik yaşamazsa hemşireliğe gereksinim duyulmaz. Bireyler, sağlıktan sapma durumunda kendi öz bakımına katılabildiği miktarda öz bakım gücüne sahip olurlar ve bu durumda yapılan hemşirelik girişimleri de bireylerin dengesini koruyup, sürdürebilmesinde katkıda bulunur (Karacabay, 2014; Suluhan, 2016).



Şekil 2. Hemşirelik girişiminin yapıldığı birey

(Kılıç, 2005)

Sağlık durumundaki olumsuz bir değişim sebebiyle birey, kendi bakımını sürdürebilmede tamamen veya kısmi olarak bağımlı konuma gelmişse, öz bakım ajanı olmaktan çıkar sonrasında bu kişi bakımın alıcısı konumu haline gelir. Örneğin bir ebeveyn, yenidoğan bebeğin bakımından sorumludur ve onun öz bakım ajanı konumundadır. Bebek bakımı, ebeveynin öz bakım yeteneklerini aştığı zaman ebeveyn, çevresindeki kişilerden yardım isteyecektir. Orem'e göre bu durumbağımlı bakım olarak adlandırılmıştır ve kişinin çevresindeki bireylerden yardım istemesi yaşanabilecek bir durumdur (Nahcivan, 1993).

Orem, hastalıklardan korunmayı sağlamak ve sağlığı yükseltmek amacıyla gerekli olan tüm öz bakım faaliyetlerini “tedavi edici (terapötik) öz-bakım gereksinimi” olarak adlandırmıştır. Öz bakım ajanı olan kişilerin sağlıklarını korumak ve iyilik durumlarının devamını sağlayabilmek için ihtiyaç duydukları gereksinimler olarak da tanımlanabilir. Terapötik öz-bakım gereksinimleri, kişinin sağlığını sürdürebilmesi ve koruyabilmesi anlamında pozitif etkisi olan gereksinimlerdir. Terapötik öz bakım gereksinimleri hayat boyu değişebilir. Öz-bakım gücü, tedavi edici öz bakım gereksinimlerini karşılayamadığı taktirde öz-bakım yetersizliği meydana gelir. Bireyin öz bakım gücü ve gereksinimleri arasındaki denge bozulduğu zaman hemşirelik girişimine ihtiyaç duyulur (George, 1995; Karacabay, 2014; Suluhan, 2016).

Öz bakım ihtiyaçları, insanların gereksinimlerinde meydana gelir ve bu gereksinimler kişiler tarafından amaçlı bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Gelişimsel ve evrensel öz bakım ihtiyaçları tüm yetişkin bireyler tarafından, sağlıktan sapmada öz bakım ihtiyaçları ise doğuştan ya da daha sonra meydana gelen bir hastalık, sakatlık durumu veya yetersiz olma gibi durumlarda ortaya çıkar ve bakım verici tarafından karşılanması gerekir (Nahcivan, 1994; George, 1995).

2.4.2. Öz Bakım Yetersizlik Kuramı

Öz bakım yetersizliği, bireyin öz bakım gücü ile öz bakım gereksinimi arasındaki dengenin bozulmasıdır. Bu kuram, hemşireye ne zaman ve neden gereksinim duyulduğunu açıklamaktadır (Pektekin, 2013). Bu kuram, öz bakım davranışları ile tedavi edici öz bakım ihtiyacı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Marriner, 1986; Velioğlu, 2012).

2.4.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı

Hemşirelik sistemleri kuramı, bireylere hemşirelik mesleği ile yardımcı olma şeklini anlatmaktadır. İnsanların sağlık ihtiyaçlarının karşılanma şekli veya onlara yardım edilme şekli gibi soruların cevaplarını bu kuramda bulabiliriz.

Orem'e göre hastanın gereksinimlerini karşılamaya yardım eden üç temel hemşirelik sistemi bulunmaktadır. Hemşirelik sistemlerinin üç temel biçimi şunlardan oluşmaktadır:

1. Tümüyle eksikliği giderici hemşirelik sistemi,
2. Kısmen eksikliği giderici hemşirelik sistemi,
3. Destekleyici-eğitsel hemşirelik sistemi.

Hemşirelik sistemi, hemşire seçimleri ve yardım etme şeklinden oluşur. Uygulanan yöntemler sonucunda hemşire ve hasta için farklı roller meydana gelmektedir (Velioğlu, 2012).

2.4.3.1. Tümüyle Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi

Hastanın öz bakımının sağlanması için hiçbir etkin faaliyet gösterememektedir. Hemşire, hasta için öz bakım ihtiyaçlarını karşılar ve böylelikle yardımcı olur. Bu sistemde üç çeşit davranış vardır:

1. Hasta akıl ya da fiziki yönden tümüyle yetersizdir.
2. Bedensel yetersizliğe sahiptir ancak çevredeki olayların farkındadır.

3. Hasta yaşamını sağlamak, güvenlik durumu ve işlevsellik düzeyi açısından gerekli ihtiyaçlarını karşılayamaz. Bu durumda hemşire, hastanın oksijen ihtiyacı, yeterli gıda alması, dışkı yapma, hijyen, egzersiz ve duyuşsal olarak uyarılmasını içeren ihtiyaçlarını karşılamalı veya karşılanmasını sağlamalıdır (Velioğlu, 1992; 2012).

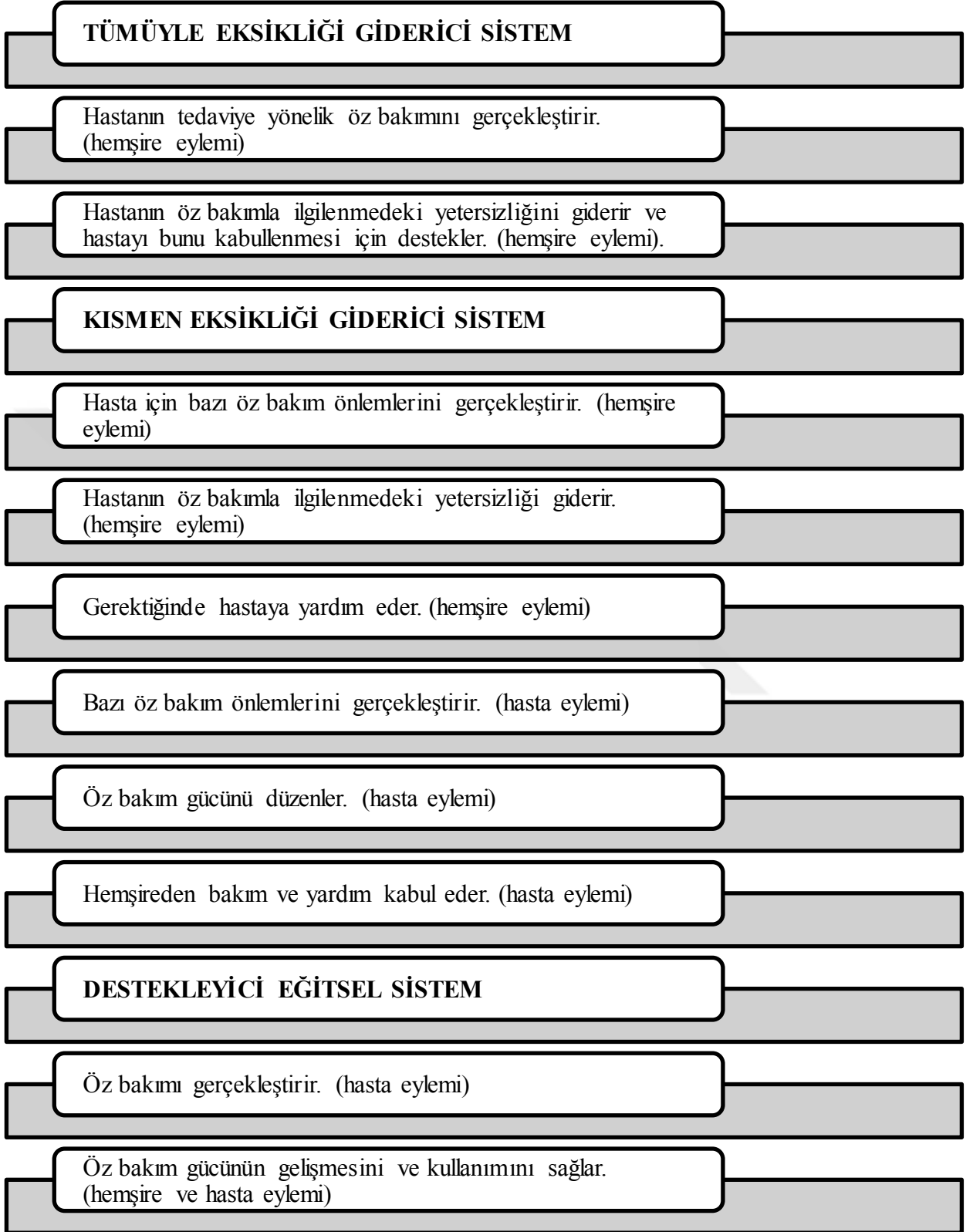
2.4.3.2. Kısmen Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi

Hasta ve hemşirenin bakım gereksinimlerini beraber sağladığı durumu temsil etmektedir. Örneğin, yeni ameliyat olan bir hasta ağız hijyeni veya tuvalet ihtiyaçları konusunda yardıma ihtiyaç duyabilir. Ya da birey bakım gereksinimlerinin çoğunu karşılayabiliyor ve hemşireyle yardımın süresi, çeşidi ve düzeyi konusunda iletişim kuruyor olabilmektedir (Velioğlu, 1992; 2012).

2.4.3.3. Destekleyici-Eğitsel Hemşirelik Sistemi

Hasta bireyin, gereksinim duyduğu öz bakım önlemlerini uygulamak için öğrenme yeterliliğine sahip olduğu ve öğrenmesi gereken ancak bunu yardım olmadan sağlayamadığı bir sistemdir. Bu sistemde yardım etmekle ilgili yöntemler şunları içermektedir;

- Destek olma,
- Rehberlik yapma,
- Gelişim sağlayan bir çevre oluşturulması,
- Eğitim vermek (Velioğlu, 1992; 2012).



Şekil 3. Temel Hemşirelik Sistemleri

(Orem, 1980; Velioglu, 2012).

2.4.4. Modelin Mantıksal Açıdan Biçimi

Orem'in öz bakım modeli, genel tanımıyla hemşirelik kavramını anlamamıza yardımcı olur. Orem'in ifade etmesine göre hemşirelik mesleği; topluma sağlanan bir çeşit hizmet, sanat yöntemi ve teknolojik bir araç olarak açıklanır. Toplumun temeli birey ve aileden oluşmaktadır. Sağlık hizmeti olarak kabul gören hemşirelik mesleği, insanlarla sosyal olarak karşılaşmayı gerektirdiğinden insanlar arası bir süreç olarak kabul edilir. Hemşirelik, en temelde gücünü ve etkinliğini, toplumun onunla ilgili değerlerinden alır (Marriner, 1986; Velioğlu, 2012).

Orem'e göre hemşirelik aynı zamanda bir sanattır. Hemşireler, bu yeteneklerini insanların işlevselliğinin sürdürülebilmesi amacıyla öz bakım sistemlerini biçimlendirmek, öz bakımlarını sürdürmek ve öz bakımlarının uygulanması alanlarında kullanmaktadır (Velioğlu, 1992; 2012).

Hemşire bireye yardım etmeden önce bireyin işlevselliğini sürdürmediğinden emin olması gerekir. Orem'e göre beş çeşit yardım etme şekli vardır:

1. Bireyin adına yapmak,
2. Bireye rehber olmak,
3. Bireye destek sağlamak,
4. Bireyin şimdiki zaman ve gelecek zamanda ihtiyaçlarını karşılayabilmesi adına uygun çevreyi oluşturmak,
5. Bireyi eğitmek.

Hemşireler bu yöntemleri bilmeli ve uygun olan yönteme karar verebilmelidirler. Hemşirelik sanatının yardım etme yönü karmaşıktır. Çünkü yardım etme ve alma süreci iki tarafın kişiliğinden de etkilenmektedir (Velioğlu, 1992; 2012).

Orem, hemşireliğin teknolojik boyutunu da şu şekilde ifade etmektedir. Hemşirelik uygulamalarının teknik ve yöntemi mutlaka öğrenilmelidir ve bunların kullanılması için gerekli yetenek ve uzmanlık, hemşirelik kariyerini seçen kişiler tarafından öğretilmelidir (Velioğlu, 1992; 2012).

Hemşirelerin kullandığı teknikleri aşağıdaki şekilde açıklamıştır;

1. Kişilerle hem sağlık hem hastalık durumlarında iletişim sağlamak,
2. Bireylerarası iletişim, grup içi ve grupların arasındaki iletişimi başlatmak ve sürdürmek,
3. Bireyin ihtiyaçlarına uygun şekilde yardımcı olmak,
4. Tedavi amacıyla bulunduğu konum ve kişilerin hareketlerini kontrol etmek,

5. Yaşamsal süreçlerin desteklenmesi ve güçlendirilmesini sağlamak,
6. Egonun güçlenmesi ve kişinin kendine güvenmesini sağlayan gelişimsel süreçlerde destek olmak,
7. Bireyin sağlık ve hastalık durumlarında psikosomatik işlev biçimlerini değerlendirmek, değiştirmek ve denetlemek,
8. Kişinin sağlık ve hastalık gibi durumlarda işlevlerinin psikososyal biçimlerine dayalı tedaviye yönelik ilişkilerin ortaya konması ve desteklenmesi (Velioğlu, 1992; 2012).

2.4.5. Orem'in Öz Bakım Modeli ve Hemşirelik Süreci

Orem'in ifadesine göre öz bakım ve hemşirelik entelektüel ve uygulama aşamalarının ikisini de içermektedir. Bir hastanın, neden hemşirenin yardımına gereksinim duyduğu ve bu sorunun çözümü için hemşirenin kararlar alması entelektüel etkinliklerdir. Hemşirenin yardım eylemini başlatması ve bunu sürdürmesi ise uygulama alanına girmektedir (Velioğlu, 1992; 2012).

Orem, hemşireliği incelerken hemşirelik sürecinin basamaklarını kendine özgü bir şekilde sıralamıştır. Bu basamaklar, entelektüel ve uygulama aşamalarında yer almaktadır. Entelektüel aşamada, hastanın yaşam öyküsü ve yaşam biçimi hemşire tarafından değerlendirilir (Velioğlu, 1992; 2012).

Orem, veri toplamada tıbbi bilginin yanı sıra hastanın görüşlerinin değerlendirilmesinin de önemli olduğunu ifade eder. Hemşire; hastanın görüşü, hekimin bilgisi, hastanın sağlık durumu, beklenen sağlık sonuçları, hastanın tedaviye yönelik öz bakım gereksinimleri ve öz bakımını gerçekleştirmesindeki yeteneği gibi konulara odaklanmalıdır (Velioğlu, 1992; 2012).

Birinci basamakta bireye neden hemşirelik bakımı verileceğini belirlenmelidir. Hemşirelik süreciyle karşılaştırıldığında "tanılama" aşaması olduğunu söyleyebiliriz. İkinci basamak, hastanın tedaviye yönelik öz bakım yardımıyla sağlık hedeflerini gerçekleştirmesini sağlayacak bir sistemi oluşturmaktadır. Hemşirelik sürecinde bakımın "planlama" aşamasına karşılık gelmektedir (Velioğlu, 1992; 2012).

Üçüncü basamak ise ağırlıklı olarak uygulama aşamasıdır. Hemşire, yardım eylemi olarak hastanın öz bakım ihtiyaçlarını giderme, öz bakım sınırlamalarını ortadan kaldırmasına yardımcı olma veya ortadan kaldırabilme gibi aşamaları içermektedir. Hemşirelik sürecinde de aynı şekilde "uygulama" aşamasına karşılık gelmektedir. Ayrıca bu aşamanın yardımı, denetleme,

düzeltilme ve eylemlerin değerlendirilmesi döngüsü içerdiğini ifade eder. Hemşirelik sürecinde “değerlendirme” aşamasına karşılık gelen bu süreç, Orem’in uygulama aşamasında hemşirelik hizmetlerinin denetlenmesi, gerçekleştirilmesi gereken eylemlerin denetlenme sürecini açıklamaktadır (Velioğlu, 1992; 2012).

2.5. Psikiyatri Hastalarının Öz Bakım Gücü

Öz bakım gücü, bireyin sağlığının devamlılığı ve geliştirilmesi için gerekli olan öz bakım eylemlerini yapabilme becerisidir (Nahcivan, 2004). Sağlıklı bir birey, hayatı boyunca sağlık ve iyilik durumunu sürdürebilmek adına gereksinim duyduğu öz bakım aktivitelerini yerine getirebilmelidir (Ünal, 2020).

İnsanlar, farklı biyolojik, fiziksel ve sosyal çevre koşullarında yaşamlarını sürdürmektedirler. Öz bakım bu koşullardan etkilendiği gibi kişilerarası ve kültürel aktarımlardan da etkilenebilmektedir. Öz bakım eylemlerini etkileyen bu gibi durumlar kişilerin öz bakım gücünü de etkilemektedir. Bireyin öz bakım gücünü etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörleri, cinsiyet, yaş, kişinin sağlık düzeyi, gelişimsel süreçleri, sağlık sistemi, sosyokültürel etmenler, ailesel etkenler, yaşam tercihleri ve düzenli olarak gerçekleştirdiği aktiviteler, çevresel etkenler, kaynakların yeterli ve ulaşılabilir olması şeklinde sıralayabiliriz. Bu faktörlerle ilişkili olarak öz bakım gücü de çeşitli yollarla etkilenebilir (Aktaş, 2015; Karadağ ve ark., 2017).

Öz bakım gücünü en çok etkileyen faktörlerden biri de bireyin sağlık durumudur. Bu nedenle kronik hastalıklar, öz bakım gücünü büyük ölçüde etkilemektedir. Kronik hastalıklar genellikle, yavaş ilerleme gösterir ve düzenli olarak tedavi, bakım ve takip gerektirir. Bu durum uzun vadede, bireyin vücudunda birtakım fonksiyonel bozukluklara ve yeti kaybına yol açabilir (Akdemir, 2001; Özdemir ve Taşçı, 2013). Bu işlevsel bozukluklar, kronik hastalıklara sahip bireylerin yaşam kalitesini ve benlik saygısını düşürerek, öz bakım güçlerinin azalmasına neden olabilir. Öz bakım güçlerinin azalması ise bireyleri, öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmede kısmen veya tam bağımlı konuma getirebilmektedir (Ergin, 2019).

Psikiyatrik hastalıkların pek çoğunu ele alacak olursak, yaşam boyu sürmesi sebebiyle kronik hastalıklar kategorisinde olduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenle ruh sağlığı sorunu olan bireylerin işlevselliği ve yaşam kalitesinin sürdürülebilirliği açısından öz bakım gücü oldukça önemlidir.

Kronik ruhsal bozukluklarda yatış süresi günümüzde giderek kısalmıştır. Ancak bu nedenle dirençli belirtilerin iyileşmemesi, bozukluğun tekrar alevlenmesi gibi durumlar yatışların

yinelenmesine sebep olmaktadır. Yatışların en çok yinlendiği grup ise şizofreni hastalarıdır. Psikiyatrik hastalıklarda yatışların fazla olmasının sebeplerinden birinin temel gereksinimlerini karşılamadaki yetersizlik olduğunu söyleyebiliriz. Psikiyatri hastaları bedensel rahatsızlığı olan kişilerle kıyaslandığında, öz bakım aktivitelerini ve sağlığı geliştirici uygulamaları daha düşük oranda yapmaktadırlar (Taş ve Buldukoğlu, 2018).

Psikiyatrik hastalıklar bireyde sosyal, bilişsel ve davranışsal eksikliklere yola açabilmektedir. Örneğin şizofreni hastalarında, pozitif semptomlardan paranoid düşünceye sahip olmak kişinin beynini sürekli olarak meşgul edebilir. Bu durumda, birey temel ihtiyacı olan beslenmeyi bir tehdit unsuru olarak algılayabilir. Negatif semptomu olan bireylerde ise enerji kaybı, araç kullanma, sosyal yaşama katılma, konuşma, hareket etmede isteksizlik gibi sorunlar görülebilir (Solgun, 2019).

Şizofreni hastaları ile fiziksel hastalığı olan bireyler kıyaslandığında, öz bakım uygulamalarının daha düşük oranda yapıldığı bilinmektedir (Holmberg ve Kane, 1999; Çörçem ve Günüşen, 2010). Şizofreni hastaları için taburcu olma ölçütlerini sıralayacak olursak; kendi öz bakımını sürdürme, güvenli çevreye sahip olma, toplumda karşılaşma ihtimali olan stres faktörleriyle baş etme şekillerini bilme ve uygulama gibi ifadeleri söyleyebiliriz (Fortinash ve ark., 2008). Bu bilgiler göz önüne alındığında, şizofreni hastalarının taburculuktan sonra öz bakımlarını sürdürmeye hazır oluşlarının değerlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır.

Ayrıca, yapılan araştırmalarda şizofreni hastalarının sağlık ve öz bakım gücü uygulamalarında, hastaların yarısından fazlasının tıbbi bir tedavi gerektiren fiziksel rahatsızlığa sahip olduklarını, psikiyatri dışı popülasyonla kıyaslandıklarında, öz bakım ve sağlığı geliştirme aktivitelerini uygulama oranlarının daha düşük olduğunu, en yaygın olumsuz alışkanlıklarının aşırı yeme ve aşırı alkol tüketimi olduğunu belirlemişlerdir (Holmberg ve Kane, 1999).

Bipolar bozukluk tanılı hastalardan örnek verecek olursak depresyon veya mani döneminde ya da karma dönemde görülen üzümlük, irritabilite, öfori gibi ruhsal durumlar bireylerin yaşamsal ihtiyaçlarını karşılama düzeyini ve öz bakımını etkiler. Örneğin depresif dönemdeki bir hasta, ilgi ve istekte azalma ve keyifsizlik sebebiyle öz bakım aktivitelerini uygulamakta güçlük çekebilir veya hiç gerçekleştiremeyebilir (Holmberg ve Kane, 1999; Buldukoğlu ve Taş, 2018; Gerçik, 2018).

Psikiyatrik bozukluğa sahip olan bireylerde, özgüven eksikliği ve yaşadıkları yapamama korkusu da öz bakım eksikliğine yol açan faktörlerdendir. Hastalara başta, ulaşılabilir hedefler verilerek öz bakım güçlerinin artırılması sağlanabilir (Gerçik, 2018).

Ayrıca bilgi eksikliği, iletişim eksikliği gibi sebepler, psikiyatri hastalarının öz bakım gücünü etkileyen diğer önemli unsurlardandır. İletişimle ilgili olan zorluklar, psikiyatri hastalarının öz bakımlarının sürdürülmesinde etkili olmaktadır (Gerçik, 2018). Kronik ruhsal hastalığa sahip olan kişiler, öz bakım ihtiyaçlarını ifade etme konusunda sorun yaşayabilirler. Bu sebeple, psikiyatri hastalarıyla etkili iletişim kurmak ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmak, belirli zamanlarda eğitim ve tanılama programları düzenlemek gibi uygulamalarla öz bakım düzeylerinin yükseltilmesi açısından oldukça önemlidir (Buldukoğlu ve Taş, 2018).

2.6. Psikiyatri Hastalarında Öz Bakım Gücü Düzeyini Etkileyen Faktörler

-Hastaya ait faktörler: Orem'in ifadesine göre insanlar kendisi veya başkalarının ihtiyaçlarını ve öz bakımını sağlayabilecek güçtedir. Ancak öz bakım gücü kişisel farklılıklar gösterebilmektedir. Etkili öz bakım gücünün oluşması için bireyin öncelikle, yeterli seviyede algısal, bilişsel, kişilerarası ve psikomotor özelliklere sahip olması gerekir. Çiftçi ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada, psikiyatri hastalarının öz bakım gücü orta düzeyde bulunmuştur. Psikiyatrik hastalıkların meydana getirdiği hastalık belirtilerinden dolayı, psikiyatrik hastaların öz bakım gücü azalabilmektedir. Örneğin, OKB' de görülen saplantı ve zorlantı durumları, bu durumların yinelenmesi kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkiler. Görülen obsesyonlar, kişinin benliğiyle uyumsuz bir şekilde gelişir, yani ego distoniktir. Bu obsesyonlardan dolayı kişi, kendini bazı davranışları tekrarlamaktan alıkoyamaz. Bu duruma ise kompulsiyon adı verilir. OKB hastalarında obsesyon ve kompulsiyon durumu çoğu zaman birlikte bulunur. Bu durumda da hastanın algısal, bilişsel, kişilerarası ve psikomotor özellikleri işlevselliğini yitirir ve hasta öz bakımı karşılayamaz hale gelebilir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020).

Buldukoğlu ve Taş (2018)' in şizofreni hastalarında öz bakım gücü düzeyi ile ilgili yaptığı bir çalışmadan örnek verecek olursak, ailesinde ruhsal hastalık bulunan kişilerin öz-bakım gücü puan ortalaması, ailesinde ruhsal hastalık olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Yani bu duruma göre, hastalığa bağlı kalıtsal faktörlerin öz bakım gücü düzeyinde etkili olduğunu söyleyebiliriz. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, çalışma durumu, hastalık süresi, başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu, hastaneye yatış sayısı, süren ilaç tedavisi gibi özelliklerin öz bakım gücüne etki etmediği sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0.05$).

Doğan Başeğmez ve Sabancıoğulları (2018)'nin yatarak tedavi gören psikiyatri hastaları üzerinde yaptıkları bir araştırmaya göre ise, öz bakım ihtiyaçları hakkında farkındalık sahibi olan

hastalar ile ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayan ve eğitim düzeyinin yüksek olduğu görülen hastaların öz bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

-Hastalığa ait faktörler: Dünya çapında yapılan pek çok araştırmaya göre şizofreni, bipolar bozukluk, şizoaffektif bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklara sahip olan insanların yaşam beklentisi bu hastalıklara sahip olmayanlara göre 13-30 yıl civarında daha kısadır. Bu beklenti durumu, sağlık bakım standartları yüksek olan ülkelere göre bile çok olumlu bir değişkenlik göstermemektedir. Kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin ölüm sebepleri %60 olarak fiziksel rahatsızlıklara bağlıdır (De Hert ve ark., 2011). Bu hastalıklara sahip bireyler, genel popülasyona göre daha az aktif şekilde bir yaşam tarzını sürdürmektedirler. Kronik psikiyatri hastaları, hastalıklarının sebep olduğu negatif belirtiler ve depresif duygu durum sebebiyle; öz bakım, fiziksel aktivite ve sağlığı iyileştirici uygulamaları gerçekleştirmeleri açısından olumsuz etkilenirler (Richardson ve ark., 2005; Kayar Erginer ve Parlak Günüşen, 2013). Ayrıca kronik psikiyatri hastaları, hastalığa bağlı olarak öz bakım gereksinimlerini tanımlama açısından zorluk çekebilirler. Bu durumda belli zamanlarda tanılama ve eğitim programları yapılarak öz bakım düzeyleri yükseltilmelidir (Doğan Başeğmez ve Sabancıoğulları, 2018).

Hastalığın şiddeti, bilişsel bozulmanın olması, depresyon ya da psikoz varlığı, kişilik bozuklukları gibi hastalığa bağlı durumlar hastaların tedaviye uyumunu ciddi ölçüde etkiler. Bununla birlikte hastaların öz bakım gücü seviyesi de olumsuz yönde etkilenebilir. Tedaviye uyum sürecinde zorluk çeken hastanın öz yeterlilik seviyesi azalır; bunun sonucunda hasta, sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesinde kendine olan inancını yitirir ve öz bakımını gerçekleştirmekte güçlük çeker (Özcan, 2019).

Hastalık, kronikleşmeye başladığı zaman bireyin yaşam kalitesinin azaldığı ve hayata bakış açısının olumsuz yönde değiştiği anlaşılmıştır. Bireyin benlik saygısının azalması; kişinin güçsüz bir birey olmasına, yaşamdan daha az zevk almasına, bu durum sonuç olarak öz bakım ve öz yeterliliğinin yitirilmesine neden olmaktadır (De Hert ve ark., 2011).

-Çevresel faktörler: Kronik ruhsal sorunu olan bireyler, hastalığa ve tedaviye uyum açısından işlevselliklerini yerine getirme konusunda zorluk yaşamakta, bu nedenle kapsamlı bir bakıma ihtiyaç duydukları için çoğunlukla aileleriyle birlikte yaşamaktadırlar. Bakım verici olarak ailelerin, gerekli eğitim, bilgi ve profesyonel desteği yeterince alamadıkları bilinmektedir (Duran ve Eroğlu, 2016).

Aile, hastanın yaşadığı stresörlerle savaşıma konusunda oldukça kilit bir noktada yer almaktadır. Ailenin destekleyici, bilgili ve uzlaşmacı olması, hastanın tedavi ve uyum süreci açısından büyük önem taşır. Bu nedenle tedavi hizmetlerinde ailenin de yer alması hastaların

karamsar düşüncelerinin giderilmesini sağlar. Bununla birlikte, hasta ve ailelerin hastalıktan utanarak, toplumdan kaçmasını önler ve sosyal ilişkilerinin daha iyi olmasına katkı sağlar. Aileler, hastalarla ilgili olarak öz bakım, boş zaman aktiviteleri oluşturabilme, sosyal faaliyetlere katılım, ilaç kullanımı, hastalık belirti ve bulguları tanımlama gibi konularda güçlük çekmektedirler. Öz bakım konusunda daha çok, kendine bakım ve giyim, kuşam ve temizliğin geliştirilmesi konularında eğitime gereksinim duymaktadırlar. Bu nedenle ruh sağlığı sorunu olan bireylerin ailelerinin, eğitim gereksinimlerinin tanımlanması ve belirli aralıklarla eğitim planlanması bu bireyler açısından oldukça önemlidir (Duran ve Eroğlu, 2016).

Kronik ruh sağlığı sorunu olan bireyler hem toplum içinde hem de sağlık çalışanları içinde dahi stigmatize edilen bir gruptur. Bu stigmatizasyona bağlı olarak, ruh sağlığı sorunu olan bireyler gerekli sağlık bakım hizmeti alamamaktadır. Gerekli sağlık hizmeti alamamaları nedeniyle, ruh sağlığı sorunu olan bireyler olumsuz sağlık koşulları açısından risk altındadır. Bu durum hastaların yaşam kalitesini, öz bakım ve öz yeterlilik durumlarını ve de işlevselliklerini olumsuz yönde etkilemektedir (Kayar Erginer ve Parlak Günüşen, 2013).

Ayrıca sosyal güvencenin olmaması, evsiz olmak, kültürel inançlar, çevrenin tedaviye karşı tutumu gibi diğer çevresel faktörler de ruh sağlığı sorunu olan bireyler açısından önemlidir. Bu faktörlerin olumsuz koşullarda olması, psikiyatri hastalarının tedavi uyumu, öz bakım ve öz yeterlilik gibi işlevsellik durumlarını da olumsuz olarak etkileyecektir (Özcan, 2019).

-Tedaviye ilişkin faktörler: Ruhsal sorunların tedavisinde genellikle, öncelikli olarak ilaç kullanımı esas alınmaktadır. Kronik ruh sağlığı sorunu olan bireylerde sadece ilaç kullanımı şeklinde bir tedavi yönteminin benimsenmesinin, bireylerin yaşam kalitesini bozan uygulamaları önlemede yetersiz kaldığı bilinmektedir (Doğan ve ark., 2002; Hogarty ve ark., 2004; Babacan Gümüş, 2006). Örneğin, şizofreni hastalarında sadece ilaç tedavisinin uygulanması, kişilerarası ilişkiler ve öz bakım güçlerini geliştirme açısından yetersiz kalmaktadır (Medalia ve ark., 2000; Gaite ve ark., 2002; Pinikhana ve ark., 2002; Babacan Gümüş, 2006).

Psikiyatri hastalarının, hastane dışında ilaç kullanımının takip edilmesi önemlidir. Düzensiz ilaç kullanımı, atakların artmasına ve hastalığın nüksetmesine sebep olur. Bu nedenle hastalık prognozu ve yaşam kalitesi kalitesi buna bağlı olarak da öz bakım gücü olumsuz etkilenir.

Tedavi sürecinde verimli sonuç elde etmek için, hastaların aileleri ile iş birliği yapılmalı, aileler ve hasta tedavi, öz bakım ve uyum süreci gibi konularda eğitilmelidir (Babacan Gümüş, 2006). Kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan antipsikotik, antidepresan ve duygu durum düzenleyici gibi ilaçların, hastalık tedavisinde etkili olmasına karşın, olumsuz pek çok yan etkisi de bulunmaktadır (Gerçik, 2018). İlaç kullanımına bağlı olarak nörolojik, antikolinergik ve endokrin etkiler oluşmaktadır. Sedasyon, kilo alımı, akut distoni, akatizi gibi ilaç yan etkileri hastaların işlevselliklerini ve öz bakım gücü davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca tedavinin süresi ve uygulanan tedavinin karmaşıklığı da hastaların öz bakım gücü davranışlarını etkileyebilir (Mitchell ve Selmes 2007; Yılmaz ve Buzlu 2012; Demirkol ve Tamam 2016; Demirkol ve ark., 2015; Özcan, 2019).

2.7. Psikiyatri Hastalarında Öz Bakım Gücü ile İlgili Yapılan Uluslararası ve Ulusal Çalışmalar

Uluslararası literatür incelendiğinde, şizofreni veya bipolar affektif bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin fiziksel sağlıklarının daha kötü olduğu ve hem birinci hem de ikinci basamak sağlık hizmetleri açısından ihmal edildiği kabul edilmektedir (Blythe ve White, 2012). Yapılan araştırmalarda, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı konusunda yürütülen çalışmaların sınırlı sayıda olduğunu görmekteyiz. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla yapılan çalışmaların ise ağırlıklı olarak hemşireler öncülüğünde yürütüldüğünü söyleyebiliriz. Bunun sebebini, ruh sağlığı sorunu olan bireylerin sağlık problemlerini tanımlama, değerlendirme ve yönetebilme gibi süreçlerde psikiyatri hemşirelerine ihtiyaç duymaları şeklinde ifade edebiliriz (Muir-Cochrane, 2006).

Kronik ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin fiziksel sağlığının geliştirilmesi konusunda, sağlıklı davranış müdahalelerinin pozitif yönde etki gösterdiği, yapılan araştırmalar sonucunda görülebilmektedir. Bu çalışmalar sonucunda psikiyatri hemşirelerinin, hastalar üzerinde sağlıklı davranış müdahalelerinde bulunmasının, ruh sağlığı sorunu olan bireylerin sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülmesinde olumlu katkılar sağladığı görülmüştür (Happel ve ark., 2011).

Günümüzde, fiziksel aktivitenin azalması, yaşam tarzı davranışlarının değişmesi gibi sebeplerden dolayı, uluslararası literatürde kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığıyla ilgili yapılan çalışmaların arttığını söyleyebilmekteyiz. Literatüre göre, genel nüfus ile kıyaslandığında, psikiyatri hastalarının yaşam beklentisinin 25 yıl daha az olduğu ve sıklıkla sosyal olarak dışlanmalarına sebep olan ve yaşam kalitelerini düşüren fiziksel morbidite

yaşadıkları görülmektedir (Gray ve ark., 2009). Killian ve arkadaşlarının (2006) Almanya’da genel popülasyon ile psikiyatri hastalarını karşılaştırarak yaptığı çalışmaya göre, sağlıklı olan yaşam alışkanlıklarının psikiyatri hastalarında daha çok görüldüğü ortaya çıkmıştır (Gerçik, 2018). Fiziksel sağlığın yanı sıra bakımın bütüncül bir şekilde sağlanamaması, yaşam beklentisini düşürebilmekte ve kronik ruhsal sorunu olan kişiler için daha düşük bir yaşam kalitesine yol açabilmektedir (Blythe ve White, 2012).

Kronik ruh sağlığı sorunu olan bireyler, hastalığın akut döneminde veya hastalığın getirdiği yıkıma bağlı olarak öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmede güçlük çekebilirler. Buna bağlı olarak psikiyatri hastalarının öz bakım gücü genel popülasyona göre daha düşük olabilmektedir (Gerçik, 2018).

Eski Çin uygarlığında, ruhsal sorunu olan bireylere insancıl bir şekilde yaklaşmış olup, hastalıklarının kaynağının kalp, akciğer, karaciğer, böbrek ve dalak gibi organların işlevsel bozukluklarının sebep olduğu düşünülmüştür (Chung ve Chau, 1997; Cheng ve Chan, 2005). Literatüre göre kronik ruhsal hastalığa sahip bireyler, yüzyıllardır ailelerin ve çevrelerinin damgalamasına maruz kalmışlardır. Aileler çoğunlukla hasta bireyden utanmış ve bakım çok ciddi bir yük olana dek saklamışlardır. Bu durum tedavi sürecini ve bireyin öz bakım gücü, işlevsellik gibi faktörleri olumsuz yönde etkilemektedir (Cheng ve Chan, 2005). 18. yüzyıl ile birlikte Hong Kong’deki tıp pratiği, Batı tıbbından etkilenmeye başlamıştır. 1980 yılında Hong Kong, ruhsal hastalığı olan bireylerin bakımı için kurumsallaşma hareketini başlatmıştır. Çin aile yapısının güçlü olmasından dolayı, akrabalar bakım verici olma konusunda istekli olduklarından hastaların çoğu taburculuktan sonra aile üyeleriyle yaşamaya devam etmektedirler (Chan ve Yu, 2004; Cheng ve Chan, 2005). Aile üyeleri primer bakım verici olduklarından, ailelerin hastalık ve tedavi süreci, öz bakım, işlevselliğin sürdürülmesi gibi konularda eğitim programlarına ihtiyaçları vardır (Cheng ve Chan, 2005).

Ruh sağlığı sorunu olan hastalara bakmakla yükümlü olan aile üyeleri veya bakıcılar yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıkları zaman hasta kişilere bakma sorumluluğunu üstlenemeyebilirler. Bu durum da hastalığın nüksetmesine veya tedavi sürecinin olumsuz etkilenmesine yol açabilmektedir (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias ve Schumacher, 2000; Cheng ve Chan, 2005).

Örneğin, Hindistan'da Chakrabarti ve Kulhara (1999) tarafından yapılan bir araştırma, farklı psikiyatri hastaları gruplarındaki ailelerin %90'ından fazlasının orta ila şiddetli yük yaşadığını bulmuştur. Ortalama yük puanları şizofreni hastalarının aileleri arasında en yüksek olarak bulunmuştur (Cheng ve Chan, 2005).

Geçtiğimiz yıllar boyunca, ruhsal hastalığa sahip bireylerin aile üyelerini bakım konusunda desteklemek amacıyla pek çok psikososyal müdahale geliştirilmiştir. Psikoeğitim programları bu müdahalelerden biridir. Psikoeğitimle, hastalara ve ailelere bozukluklar, tedavi yöntemleri, başa çıkma teknikleri, öz bakım gibi konularda bilgi verilmektedir. Hasta ve ailelerin bilgi eksiklikleri giderilirse insanların kendi bakımlarına daha iyi katılabilecekleri düşünülmüştür (Mericle, 1999; Cheng ve Chan, 2005).

Psikiyatri hemşirelerinin en önemli işlevlerinden biri olan psikoeğitim, pek çok hasta ve hasta yakını tarafından oldukça ihtiyaç duyulmaktadır. Yapılan çalışmaları örnek verecek olursak, şizofreni hasta ve aileleri hastalık ve öz bakım gibi konular hakkında eğitimlere gereksinim duymaktadır (Mueser ve ark., 1992; Chien ve ark., 2001; Chien ve Norman, 2003; Babacan Gümüş, 2006). Hemşireler, hastalarla ve primer bakıcılarla sıklıkla temas halinde olduklarından, ihtiyaçlarını anlayabilmelidirler (Cheng ve Chan, 2005).

Yapılan çalışmalara göre psikoeğitimin, ruh sağlığı sorunu olan bireyler ve aileleri üzerinde olumlu etkiler yarattığı görülmektedir. Rummel ve arkadaşlarının (2005) şizofreni hastalarını içeren psikoeğitim gruplarında, kişilerin hastalık hakkında bilgileri ve tedaviye olan inançlarının yükseldiğini, tedaviyle ilişkili olumsuz beklentilerinin azaldığı belirtilmiştir. Cheng ve Chan (2005) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastalarının aileleriyle yapılan, psikoeğitim sonucu sosyal destek algısı ve bakım yükü algısında olumlu değişiklikler görülmüştür. Pollio ve arkadaşlarının (2006), ciddi ruh sağlığı hastalığı olan bireylerle yaptıkları çalışmada; hastaların ailelerinin hastalık, baş etme ve aile ilişkilerinin nasıl olması gerektiği gibi konularda desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (Babacan Gümüş, 2006).

Cutler (2003)' in psikiyatri hastalarının öz bakım gücünü değerlendirdiği bir çalışmada, hemşireler hastaların öz bakımını tanımlama konusunda önemli bir göreve sahiptir. Ayrıca, hemşirelerin hastaların öz bakım gücü konusundaki motivasyonlarının artırılmasını sağlayabileceklerini ifade etmiştir. Bu çalışmada psikiyatrik hastaların %72' sinin alkol kullandığı ve hastalık süresinin 10 yıl ve daha fazla olduğu görülen hastaların %67' sinin tedavi ve ilaç konusunda hiçbir eğitim almadığı ortaya çıkmıştır (Çörçem ve Partlak Günüşen, 2010).

Uluslararası literatürü incelediğimizde psikiyatrik hastaların, öz bakım, öz bakım gücü konuları hakkında yapılan çalışmaların kısıtlı olduğunu görmekteyiz. Yapılan çalışmalar daha çok, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu, tedavi ve hastalık süreci, psikoeğitimin etkisi yönünde konularla ilişkilidir.

Psikiyatri hastalarının öz bakım gücü ile ilgili literatür taraması yaptığımızda ulusal olarak da kısıtlı sayıda çalışmalar yapıldığını söyleyebiliriz. Çörçem ve Partlak Günüşen (2010)'in şizofreni hastalarıyla yaptığı bir çalışmada, diğer kronik hastalıklara göre daha düşük düzeyde öz bakım gücüne sahip oldukları, hastaların ekonomik durumu iyileştikçe öz bakım gücü düzeylerinin yükseldiği gibi sonuçlar ortaya çıkmıştır (Solgun, 2019).

Taş ve Buldukoğlu (2018)'nin şizofreni hastalarının öz bakım gücünü değerlendirdikleri çalışmada, hastaların günlük bakım ihtiyaçlarını karşılama konusunda zorluk çektikleri ve güçlük çekmelerine rağmen yardım talebinde bulunmadıkları belirlenmiştir (Solgun, 2019). Solgun (2019)' un şizofreni hastalarında yeti yitimi, iç görü ve öz bakım gücünü değerlendirdiği bir çalışmada ise şizofreni hastalarının öz bakım gücünün düşük olmasının sebebi hastalığın akut döneminde olma, sosyal desteğin zayıf olması, rehabilitasyon programlarının yetersiz olması gibi nedenlere bağlıdır (Solgun, 2019).

Aynı şekilde ulusal boyutta, literatürde öz bakım gücü ile ilgili yapılan çok sayıda araştırma mevcuttur. Ancak yapılan çalışmalar daha çok fiziksel hastalıklar üzerine yapılmıştır. Psikiyatri hastalarının öz bakım gücünü araştıran az sayıda çalışma olduğu görülmektedir (Çörçem ve Partlak Günüşen 2010; Çiftçi ve ark., 2015; Taş ve Buldukoğlu, 2018). Konuyla ilgili daha geniş kapsamda çalışmalar yapılması gerekmektedir (Solgun, 2019).

2.8. Öz Bakım Gücünü Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve korunması hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesiyle birlikte değerlendirilmelidir. Hemşirelik bakımının en önemli amaçlarından biri ise kronik hastalığa sahip bireylerin hastalık ve tedavi uyumunun artırılmasını sağlamaktır (Bağ ve Mollaoğlu, 2009; Kaya, 2019).

Hemşireler, hasta bireylerin yaşam kalitesini fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan arttırmalıdır. Bu yaklaşım sayesinde bireyler, kendi bakımlarını üstlenme konusunda sorumluluk alacaklardır (Kaya, 2019).

Kronik hastalıklar yaşam boyu sürdüğü ve bireysel farklılıklar gösterdiği için, hastaya verilecek bakımın bireye özgü planlanması gerekmektedir. Kronik hastalıkları olan bireylere verilecek bakımın kuram ve modellere göre uygulanması, hemşirelik bakımının sistemli olmasını, birey ve ailelere yönelik bütüncül bir bakımın sağlanmasını ve yaşam kalitelerinin artmasını sağlar (Ume-Nwagbo ve ark., 2006).

Kronik hastalıklara sahip bireylerin, mevcut ya da gelişme ihtimali olan sorunlarının çözümlenmesi, hastalık ve değiştirmek zorunda kaldıkları yaşam biçimine uyum sağlaması açısından oldukça önemlidir (Hançerlioğlu ve Şenuzun Aykar, 2018).

Özellikle son yıllarda, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık sorunlarının artması, uluslararası bir önem kazanmıştır. Yapılan çalışmalara göre, kronik psikiyatri hastalarının yaşam beklentisinin genel nüfus ile kıyaslandığında 25 yıl daha az olduğu görülmektedir (Gray, Hardy ve Anderson, 2009).

Kronik psikiyatri hastalarının, fiziksel sağlık koşullarının olumsuz düzeyde olduğu bilinmektedir. Bu koşulların büyük bir çoğunluğu değiştirilebilir fakat diğer pek çok sağlık hizmetlerinde psikiyatrik hastaların fiziksel sağlıklarının önemsenmediği görülmüştür. Psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması sonucunda, hastalar olumsuz şartlarda yaşamaları sebebiyle erken ölümler yaşayabilmektedirler. Psikiyatri hemşireleri, bu gibi durumlarda koruma ve erken müdahale gibi önemli rollere sahiptirler (Happel ve ark., 2011).

Ancak yapılan çalışmalar sonucunda, psikiyatri hemşirelerinin kendilerini hastaların fiziksel ihtiyaçlarını karşılama konusunda yetersiz hissettikleri ortaya çıkmıştır. Psikiyatri hemşireleri, hastaların sadece ruhsal bakımının sağlanması değil, hastaların fiziksel bakımı konusunda da önemli rollere sahiptir (Bradshaw ve Pedley, 2012).

Psikiyatri hemşireleri, kendisine veya başkalarına zarar verme riski bulunan, hezeyanlı ve halüsinasyonları olan, anksiyeteli, öz bakımı azalmış, hastalıkla baş etmede güçlük çeken, hastalığını bilmeyen hasta ve ailelerle çalışır. Psikiyatri hemşirelerinin aynı zamanda, ölümcül semptomları tanılama ve müdahale etme, hasta ve çalışan güvenliğini sağlama gibi pek çok görevleri bulunmaktadır (Mullen, 2009; Buccheri ve ark., 2010; Kayar Erginer ve Parlak Günüşen, 2013).

Literatür taraması yapıldığında kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla yapılan çalışmaların az sayıda ve daha çok tanımlayıcı tipte olduğunu görebiliriz. Psikiyatri hemşirelerinin kliniklerde daha çok psikiyatrik bakım vermek olduğu, hastalarının fiziksel sağlık problemleriyle ilgili sorumluluklarının olmadığı düşünölmektedir. Psikiyatri hemşireleri, fiziksel hastalıklara yönelik koruyucu önlemler alma, hastalıkların erken tanınması ve sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesinden sorumludur. Hemşirelik bakımı sadece hastalık tanısıyla sınırlı olmayıp, bütöncöl açıdan değerlendirilmelidir (Edward ve ark., 2010).

Psikiyatri hemşireleri, hastalarına bakım verirken, öz bakım kavramı üzerinde de çalışmışlardır. Psikiyatrik bakımın sağlanması konusunda kuramlardan faydalanılmıştır. Orem'in öz bakım gücü kuramı en çok kullanılan kuramlardan biridir. Kronik psikiyatri hastalarının öz bakımının etkili şekilde sağlanması için hastalığın belirtilerini anlayabilme, tıbbi konuda yardım isteyebilme, öz bakımını etkin bir şekilde uygulayabilme, olumsuz etkilerden kaçınmak için tedavisini değiştirebilme, sağlıklı yaşam tarzı uygulamalarını gerçekteştirebilme becerilerine sahip olmaları gerekmektedir (Getty ve ark., 1998; Başoğul ve Buldukoğlu, 2020).

Öz bakımın etkin olarak sağlanması için yeterli düzeyde bilişsel ve algısal sürece sahip olma, kişilerarası iletişimi sürdürebilme ve yeterli düzeyde psikomotor özelliklere ihtiyaç duyulmaktadır (Tomey ve ark., 1998; Fawcett ve Desanto-Madeya, 2005; Başoğul ve Buldukoğlu, 2020). Kronik psikiyatri hastalarında bu özellikler olumsuz etkilenebilmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda psikiyatrik hastalığı olan bireylerin öz bakım gücü orta düzeyde bulunmuştur (Çiftçi ve ark., 2015).

Seed ve Torkelson (2012), Orem'in kuramı kullanılarak psikiyatri hastalarının öz bakım gücünün iyileştirilebileceğini ifade etmişlerdir. Psikiyatrik hastalıklar hastaların öz bakım gücünü olumsuz etkilediği takdirde psikiyatri hemşireleri, hastaların öz bakım becerisini kazanma konusunda desteklemek, eğitim vermek ve rehberlik etmek amacıyla bu modeli kullanabilir. Bu model sayesinde psikiyatri hemşireleri hasta odaklı çalışabilmektedir. Model, psikiyatri hemşirelerinin sadece hastalık tanısı ve belirtilerine yönelik değil; hastanın öz bakımını iyileştirme, hastaların kendilerini bağımsız bireyler olarak görmesine katkı sağlar (Seed ve Torkelson, 2012).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma kadın psikiyatri servislerinde yatarak tedavi alan hastaların öz bakım düzeyi ve bununla ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

3.2.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumları, meslek ve çalışma durumu, gelir durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile hastanın ruhsal bozukluk tanısı, tanının başlangıcı, tedavi süreci, varsa eşlik eden fiziksel hastalıkları ve tedavi süreçleridir.

3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Hastaların Öz Bakım Gücü ölçeğinden aldığı puanlardır.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 11.02.2020 tarihinde 411 no'lu karar ile onaylanmıştır ve kurum izni alınmıştır (Ek 4).

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi akut kadın psikiyatri servislerinde yapılmış olup, veriler Kasım 2020- Şubat 2021 tarihleri aralığında toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemini

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi akut psikiyatri servislerinde yatarak tedavi gören kadın hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın evreni, veri toplama süreci boyunca hastanenin kadın akut psikiyatri servislerine yatan hasta sayısı hesaplaması göz önünde bulundurularak, 720 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini, öz bakım gücü ölçeği dikkate alınarak, psikiyatrik hastalar için 4 puanlık bir ölçek farkı (ortalama 92.30, standart sapma 19.28), %5 alfa hata ve %80 güçle araştırma kriterlerini karşılayan 199 kişi oluşturmuştur.

3.5.1. Araştırma Soruları

1. Yatarak tedavi gören kadın psikiyatri hastalarında öz bakım gücü nasıldır?
2. Yatarak tedavi gören kadın psikiyatri hastalarında öz bakım gücü ile ilişkili faktörler nelerdir?

3.5.2. Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Yatarak tedavi görüyor olmak
- Kadın olmak
- Akut dönemin yatışmış olması

3.5.3. Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Ayaktan tedavi görüyor olmak
- Erkek olmak
- Akut dönemde olmak
- Soruların cevaplanması için yeterli bilişsel düzeye sahip olmamak

3.6 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak, demografik özelliklerin belirlendiği araştırmacı tarafından literatür kullanarak hazırlanan kişisel bilgiler formu ve Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilen, Nahcivan'ın 1993 yılında Türkçe'ye uyarladığı Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgiler Formu:

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu hastaların demografik özellikleri ve öz bakım aktivitelerini içeren toplam 25 sorudan oluşmaktadır (Çörçem ve Partlak Günüşen, 2010; Kayar Erginer ve Partlak Günüşen, 2013; Taş, 2014; Çiftçi ve ark. 2015; Duran ve Eroğlu, 2016; Gerçik, 2018; Taş ve Buldukoğlu, 2018; Solgun, 2019; Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020).

Öz Bakım Gücü Ölçeği:

Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. İnsanların kendi kendisine bakma yeteneği ve gücünü belirlemeye yarayan ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Öz bakım kavramı ortaya atıldıktan sonra bu konuda geliştirilen ölçeklerin içinde ilk ve en çok kullanılan ölçektir.

Ölçek, bireylerin öz bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır (Kearney ve Fleischer, 1979).

Öz Bakım Gücü Ölçeğinde her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Öz-bakıma karşı yönelimleri 5 likert-tipli ölçek üzerine deneklerin yanıtlaması ile uygulanır. "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına "0" puan, diğer ifadelere sırasıyla 1, 2, 3 ve 4 puan verilir. 11 ifade (3, 6, 10, 16, 19, 22, 25, 28, 32, 34 ve 39. Maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Öz-bakım eylemlerinin en yüksek değerini gösteren maksimum puan 172'dir.

Nursen Nahcivan 1993 yılında bu ölçeği Türk toplumuna göre uyarlamıştır. Ölçeğin uyarlanan formu, "Exercise of Self- Care Agency Scale (ESCA)"'ndan çıkartılmış 35 maddelik kısaltılmış formdur (Nahcivan, 1993).

Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmış, öz bakıma karşı olumlu yönelmiş; 5 likert- tip ölçek üzerine deneklerin cevabına göredir. " Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına "0" puan diğer ifadeleri sırasıyla 1, 2, 3, 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 ifade (3,6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilir. Ve puanlama ters döndürülür, maksimum puan ise 140'tır. Nahcivan (1993)' in çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,89 olarak ifade edilmiştir. Bu çalışmanın Cronbach alfa değeri ise 0,939 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Hastaların onamları alındıktan sonra verilerin toplanması her bir hasta için yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören kadın akut psikiyatri hastaları ile yapılmış olması nedeni ile genellenemez. Elde edilen veriler, bireylerin veri toplama araçlarına verdiği yanıtlarla ve veri toplama araçlarının kapsadığı boyutlarla sınırlıdır.

3.9. İstatiksel Analiz

Verilerinin değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 ve R istatistik programları kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama, standart sapma ve yüzdeler halinde verildi. Normal dağılım gösteren ölçümsel verilerin analizinde parametrik testler kullanıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında t test, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise One- Way ANOVA ve Post Hoc testi uygulandı. Korelasyon testlerinde Pearson testi uygulandı. Karıştırıcı değişkenlerin kontrolü için linear lojistik regresyon analizleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1 Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2: Hastaların bireysel özellikleri

		n	%	Ortalama ± SS
Yaş		199		34,6 ± 11,1
Boy		199		162,6 ± 6,3
Kilo		199		68,5 ± 14,1
Medeni Hali	Evli	79	%39,9	
	Bekar	90	%45,5	
	Boşanmış	29	%14,6	
Eğitim Durumu	İlkokul	49	%24,6	
	Ortaokul	39	%19,6	
	Lise	65	%32,7	
	Üniversite	46	%23,1	
Çalışma Durumu	Evet	52	%26,1	
	Hayır	147	%73,9	
Mesleği	Maviyaka	26	%13,1	
	Beyazyaka	52	%26,1	
	Serbest meslek	19	%9,5	
	Mesleği yok	102	%51,3	
Gelir durumu	İyi	55	%27,6	
	Orta	99	%49,7	
	Kötü	31	%15,6	
Evde kiminle yaşadığı	Aileyle	174	%87,4	
	Yalnız	20	%10,1	
	Arkadaşla	5	%2,5	

Çalışmaya katılan 199 hastanın yaş ortalaması $34.6 \pm 11,1$, boy ortalaması $162,6 \pm 6,3$ ve kilo ortalaması $68,5 \pm 14,1$ olarak ölçüldü. Hastaların 90'si (%45,5) bekar, 29'u (%14,6) boşanmıştı. Ortaokul mezunu 39 kişi (%19,6), lise mezunu 65 kişi (%32,7). Hastaların 52'si (%26,1) çalışıyor, 147'si (%73,9) çalışmıyordu. Hastaların 102'si meslek sahibi olmadığını beyan ederken, 52'si beyaz yaka (%26,1) olarak çalıştığını, 19'u (%9,5) ise serbest meslek yaptığını ifade etti.

Gelir düzeyini çok iyi olarak beyan edenler 14 kişi (%7), orta olarak beyan edenler ise 99 (%49,7) kişiydi.

Ailesiyle birlikte yaşayanlar 174 (%87,4) ve bir arkadaşıyla yaşayanlar 5 (%2,5) kişiydi.



4.2 Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 3: Hastaların hastalık ile ilgili özellikleri

		n	%	Ortalama±S.S
Hastalığın başlangıç yaşı (yıl)				25,8±9,8
Hastalığın süresi (yıl)				9±8,4
Yatarak tedavi sayısı		199		4±5
En uzun yatış süresi (gün)		199		23±11
Hastalığın tanısı	Bilmiyor	62	%31,2	
	Bipolar bozukluk	77	%38,7	
	Psikotik hastalıklar	15	%7,5	
	Depresyon	28	%14,1	
	Madde-alkol bağımlılığı	4	%2,0	
	Anksiyete bozukluğu	13	%6,5	
Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan	Evet	100	%50,3	
	Hayır	99	%49,7	
	Baba	13	%13,1	
Psikiyatrik hastalığı olan aile bireyi	Anne	44	%44,4	
	Kardeş	23	%23,2	
	Akraba	19	%19,2	
Tedavi düzenine dikkat etme durumu	Evet	138	%69,7	
	Hayır	21	%10,6	
	Bazen	39	%19,7	
Hastalıkla ilgili yeterli bilgi sahibi olma durumu	Evet	78	%39,4	
	Hayır	55	%27,8	
	Kısmen	65	%32,8	
Psikiyatrik hastalık dışında bir hastalık	Evet	55	%27,6	
	Hayır	14	%7,4	

Çalışmaya katılan hastaların, hastalık başlangıç yaşı $25,8 \pm 9,8$ olarak bulundu. Hastalık süresi ise $9 \pm 8,4$ yıl olarak saptandı. Hastaların yatarak gördüğü tedavi sayısı 4 ± 5 olarak hesaplandı. Hastaların en uzun yatış süresi ise ortalama, 23 ± 11 gün olarak bulundu. Hastaların 62'si (%31,2) hastalığının adını bilmiyor iken, 77 hasta bipolar bozukluk (%38,7), anksiyete bozukluğu (%6,5) tanısı olan hasta sayısı 13 olarak bulunmuştur.

Ailede psikiyatrik hastalık mevcut olan 100 hasta mevcuttur (%50,3). 99 hastanın ise aile bireylerinde psikiyatrik hastalık bulunmamaktadır (%49,7). Psikiyatrik hastalığı olan aile bireyleri sorulduğunda, anne cevabını veren 44 hasta (%44,4), babasında psikiyatrik hastalık olduğunu söyleyen 13 hasta (%13,1) bulunmaktadır. Tedavi düzenine dikkat edip etmeme durumu incelendiğinde 138 hasta evet (%69,7), 21 hasta hayır (%10,6) cevabını vermiştir.

78 hasta (%39,4), hastalıkla ilgili yeteri kadar bilgi sahibi olduğunu ifade ederken, 65 hasta (%32,8) ise kısmen bilgi sahibi olduğu cevabını vermiştir. Psikiyatrik hastalık dışında bir hastalığa sahip olup olmama durumu incelendiğinde, 55 hasta (%27,6) evet, 144 hasta (%72,4) hayır cevabını vermiştir.

4.3. Hastaların Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 4: Hastaların alışkanlıkları

		n	%
Sigara kullanımı	Evet	112	%56,4
	Hayır	83	%43,6
Sigara paket (gün)	1	104	%91,1
	2	8	%8,9
Alkol/madde kullanımı	Evet	30	%15,1
	Hayır	169	%84,9
Alkol/madde kullanım sıklığı	Haftada bir veya fazla	6	%20
	Ayda bir veya fazla	11	%36,7

Hastaların alışkanlıklarını incelediğimizde sigara kullanan hasta sayısı 112 (%56,4) iken, sigara kullanmayan hasta sayısı 83 (%43,6)'tür. Günde bir paket sigara içen 104 hasta (%91,1), 2 paket içen 8 hasta (8,9) bulunmaktadır. Alkol/madde kullanımı olan 30 hasta (%15,1), kullanmayan 169 hasta bulunmaktadır (84,9). Alkol/madde tüketimi, haftada bir veya daha fazla olan 6 hasta (%20), ayda bir veya daha fazla olan 11 hasta (%36,7) bulunmaktadır.

4.4. Hastaların Öz Bakım ile İlgili Özelliklerinin Ölçek Puanları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 5: Hastaların öz bakım ile ilgili özelliklerinin ölçek puanları ile karşılaştırılması

		ÖBGÖToplam				
		n	Ortalama	SS	P	
Öz bakımını kendi yapıyor mu?	Evet	185	95,03	26,59	t=3,315	0,001*
	Hayır	12	68,92	23,84		
Öz bakımda en çok zorlanılan konu	Adet hijyeni	13	85,23	31,50	f=0,290	0,915*
	Ağız bakımı	15	90,00	37,02		
	Banyo	26	89,62	30,11		
	Saç bakımı	10	88,90	31,63		
	İstenmeyen tüyler	84	93,05	23,66		
Adet hijyeni	Tırnak/cilt bakımı	20	94,60	26,34	f=5,673	0,004**
	Adetli iken banyo yapmam	56	90,46	27,02		
	Her gün duş alırım	46	104,61	21,84		
Ağız bakımı	Gün aşırı duş alırım	79	88,96	27,97	f=14,07	<0,001**
	Diş fırçalama alışkanlığım yok	37	77,00	32,06		
	Her gün bir kere	78	91,71	23,46		
Banyo	Sabah akşam	81	103,35	23,76	f=6,344	<0,001**
	Banyo yapmayı sevmem	11	69,27	32,06		
	Haftada bir kere	41	92,15	22,58		
	Haftada 2-3	125	93,08	27,33		
İstenmeyen tüyler	Her gün	22	110,41	19,87	f=4,758	0,010**
	İstenmeyen tüylerim yok	23	77,83	28,05		
	Kendim temizlerim	115	96,55	27,18		
Tırnak/cilt bakımı	Kuaföre giderim	58	93,76	24,71	f=5,479	0,005**
	Uzun tırnak severim	26	77,96	31,95		
	Düzenli olarak manikür yaparım	35	99,20	18,85		
	Tırnak temizliğine dikkat ederim	137	94,89	26,98		

Cinsel sorun	Evet	10	86,20	25,69	f=1,271	0,285**
	Hayır	68	96,54	28,46		
	Bazen	23	87,29	28,36		
Sosyal ilişkilerden etkilenme	Evet	45	91,60	29,44	f=1,608	0,203**
	Hayır	108	96,46	26,14		
	Bazen	46	88,35	26,20		

*t test

** One way ANOVA

Hastaların öz bakımını kendi yapabiliyor yapamadığı sorulduğunda 185 hasta (%93,9) evet, 12 hasta (%6,1) hayır cevabını vermiştir. Öz bakımda en çok zorlanılan konu hakkında adet hijyeni, ağız bakımı, banyo, saç bakımı, istenmeyen tüyler, tırnak/cilt bakımı gibi 6 başlık altında kategorize edilmiştir. Kadın akut psikiyatri hastalarının en çok zorlandığı öz bakım aktivitesi 84 kişi (%50) ile istenmeyen tüyler olarak bulunmuştur. Hastaların adet hijyeni incelendiği zaman adetli iken banyo yapmayan 56 hasta (%30,9), gün aşırı banyo yapan 79 hasta (%43,6) olduğu görülmüştür. Hastaların diş fırçalama alışkanlığıyla ilgili sorulan soruda 81 hasta (%41,3) sabah ve akşam birer kez olmak üzere günde 2 defa dişlerini fırçaladığını, 37 hasta ise (%17,9) diş fırçalama alışkanlığının bulunmadığını ifade etti. Hastaların banyo alışkanlığı sorulduğunda 125 hasta (%62,8) haftada 2-3 defa banyo yaptığını, 11 hasta (%5,5) ise banyo yapmayı sevmediğini ifade etti. İstenmeyen tüylerin temizliği hakkındaki soru sorulduğunda, 115 hasta (%58,7) kendisinin temizlediğini, 23 hasta (%11,7) ise istenmeyen tüylerinin olmadığını ifade etti. Tırnak/cilt bakımı kategorisinde 137 hasta (%69,2) tırnak temizliğine dikkat ettiğini, 26 hasta (%13,1) uzun tırnak sevdiğini ifade etti. Sosyal ilişkilerden etkilenme konusundaki soruya, 108 hasta (%54,3) hayır cevabını verirken, 45 hasta (%22,6) evet cevabını vermiştir. Cinsel sorun yaşadığını ifade eden 10 hasta (%5,02), yaşamadığını beyan eden 68 hasta (%34,17) mevcut olup soruyu cevaplandırmayan 98 hasta bulunmaktadır.

4.5. Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6: Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları

	n	Ortalama	SS
ÖBGÖ Toplam	199	93,49	27,01

Hastaların ölçek puanı ortalaması $93,49 \pm 27,01$ bulunmuştur.

4.6. Hastaların Öz Bakım Gücünü Etkileyen Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 7: Hastaların öz bakım gücünü etkileyen bireysel özellikler

		ÖBGÖ Toplam					
		n	Ortalama	SS	p		
Medeni Hali	Evli	79	94,44	28,55	f=0,173	0,842**	
	Bekar	90	92,11	25,15			
	Boşanmış	29	94,21	29,02			
Eğitim Durumu	İlkokul	49	85,55	34,43	f=3,282	0,018**	
	Ortaokul	39	90,41	22,71			
	Lise	65	100,78	25,55			
	Üniversite	46	94,24	20,67			
Mesleği	Mesleği yok	102	90,45	28,98	t=2,014	0,113*	
	Mavi yaka	26	89,00	27,83			
	Beyaz yaka	52	100,77	20,80			
	Serbest meslek	19	96,00	27,72			
Çalışma Durumu	Evet	52	99,69	23,88	f=2,086	0,039**	
	Hayır	147	91,29	27,78			
Gelir durumu	Çok iyi	14	86,29	29,70	f=1,616	0,186**	
	İyi	55	99,51	23,33			
	Orta	99	92,67	28,89			
	Kötü	31	88,68	24,68			
Evde kiminle yaşadığı	Aile	174	92,28	27,75	f=2,026	0,135**	
	Yalnız	20	104,90	20,41			
	Arkadaş	5	89,80	9,36			

*t test

** One way ANOVA

Hastalar eğitim düzeylerine göre sınıflandırıldıklarında, ilkokul mezunlarının ÖBGÖ puanları en düşük ($85,55 \pm 34,43$), lise mezunlarının en yüksek ($100,78 \pm 25,55$) olduğu tespit edilmiştir. Üniversite mezunlarının ÖBGÖ puanları lise mezunlarından daha düşük iken ortaokul mezunlarından daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumlarına göre aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0,018$). Post Hoc analizlerde ilkokul mezunları ile lise mezunları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,015$). Çalışma durumuna göre sınıflandırıldıklarında, çalışan hastaların öz bakım gücünün istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,039$).

Medeni hali, mesleği, gelir düzeyi ve evde kiminle yaşadığına göre gruplandırılan hastaların ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.



4.7. Hastaların Öz Bakım Gücünü Etkileyen Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 8: Hastaların öz bakım gücünü etkileyen hastalık ile ilgili özellikleri

		ÖBGÖToplam					
		n	Ortalama	SS	p		
Hastalığın başlangıç yaşı	Bilmiyor	8	83,00	38,71	f=1,724	0,145**	
	1-19 yaş	55	91,51	28,99			
	20-29 yaş	82	94,80	23,36			
	30-39 yaş	34	88,44	27,72			
	40 ve üzeri	19	105,79	27,42			
Hastalığın tanısı	Bilmiyor	62	95,44	27,95	f=1,075	0,376**	
	Bipolar bozukluk	77	96,71	27,53			
	Psikotik hastalıklar	15	91,20	27,07			
	Depresyon	28	86,14	24,09			
	Madde,alkol bağımlılığı	4	78,25	30,26			
	Anksiyete bozukluğu	13	88,23	23,43			
Hastalığın süresi	1-5 yıl	73	93,30	26,02	f=0,732	0,600**	
	6-10 yıl	33	89,70	29,70			
	11-20 yıl	43	96,07	25,50			
	21 yıl ve üzeri	23	90,65	28,49			
	Bilmiyor	9	86,67	37,85			
Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan var mı?	Yeni başlangıç	18	102,06	21,92	t=0,709	0,479*	
	Evet	100	94,84	24,82			
Psikiyatrik hastalığı olan aile bireyi	Hayır	99	92,12	29,12	f=0,515	0,217*	
	Anne	44	94,82	25,33			
	Baba	13	85,38	29,65			
	Akraba	19	103,68	20,21			
Tedavi düzeninize dikkat ediyor musunuz?	Kardeş	23	92,52	23,96	f=2,265	0,025**	
	Evet	138	95,78	25,77			
	Hayır	21	81,43	34,57			
	Bazen	39	90,79	24,99			

Hastalıkla ilgili yeteri kadar bilgi sahibi misiniz?	Evet	78	96,37	27,62		
	Hayır	55	89,02	29,96	f=1,230	0,295**
Psikiyatrik hastalık dışında başka hastalık	Evet	55	91,35	31,17		
	Hayır	144	94,31	25,31	f=0,690	0,491**

*t test

** One way ANOVA

Hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın adı ve hastalığın süresine göre gruplandırılan katılımcıların ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Öz bakım gücü puan ortalaması incelendiğinde hastalığın adını bilmeyen hasta grubu dışında Bipolar Bozukluk tanılı hastaların öz bakım gücü puanı $96,71\pm 27,53$ ortalaması ile diğer hasta gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcılar, ailelerinde psikiyatrik rahatsızlığı olup olmaması ve psikiyatrik rahatsızlığı olan aile bireyine göre gruplandırıldıklarında, ÖBGÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tedavi düzenine dikkat ettiğini beyan eden hastalarda ÖBGÖ puanları en yüksek iken, bazen diyenlerde daha düşük, dikkat etmediğini beyan eden hastalarda en düşüktür. Fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,025$). Hastalık hakkında bilgi durumu ve diğer bir hastalığın olup olmamasına göre gruplandırılan katılımcıların ÖBGÖ puanları anlamlı farklılık göstermemiştir.

4.8. Hastaların Öz Bakım Gücünü Etkileyen Alışkanlıkları ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 9: Hastaların öz bakım gücünü etkileyen alışkanlıkları ile ilgili özellikleri

		ÖBGÖToplam					
		n	Ortalama	SS	p		
Sigara kullanımı	Evet	112	96,77	24,35	t=1,934	0,055*	
	Hayır	86	89,31	29,87			
Alkol/madde kullanımı	Evet	30	90,10	29,06	t=0,745	0,457*	
	Hayır	169	94,09	26,68			
Alkol miktar/süre	Haftada bir veya daha fazla	6	80,83	23,79	f=0,589	0,562*	
	Ayda bir veya daha fazla	11	88,09	28,83			
	2-3 ayda bir veya daha fazla	13	96,08	32,05			

*t test

** One way ANOVA

Sigara ve alkol/madde kullanımına göre gruplandırılan katılımcıların ÖBGÖ puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

4.9. Hastaların Öz Bakım ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 10: Hastaların öz bakım ile ilgili özelliklerinin ölçek puanları ile karşılaştırılması

		ÖBGÖ Toplam					
		n	Ortalama	SS		P	
			a				
Öz bakımını kendi yapıyor mu?	Evet	185	95,03	26,59	t=3,315	0,001*	
	Hayır	12	68,92	23,84			
Öz bakımda en çok zorlanılan konu	Adet hijyeni	13	85,23	31,50	f=0,290	0,915*	
	Ağız bakımı	15	90,00	37,02			
	Banyo	26	89,62	30,11			
	Saç bakımı	10	88,90	31,63			
	İstenmeyen tüyler	84	93,05	23,66			
	Tırnak/cilt bakımı	20	94,60	26,34			
Adet hijyeni	Adetli iken banyo yapmam	56	90,46	27,02	f=5,673	0,004**	
	Her gün duş alırım	46	104,61	21,84			
	Gün aşırı duş alırım	79	88,96	27,97			
Ağız bakımı	Diş fırçalama alışkanlığım yok	37	77,00	32,06	f=14,07	<0,001**	
	Her gün bir kere	78	91,71	23,46			
	Sabah akşam	81	103,35	23,76			
Banyo	Banyo yapmayı sevmem	11	69,27	32,06	f=6,344	<0,001**	
	Haftada bir kere	41	92,15	22,58			
	Haftada 2-3	125	93,08	27,33			
	Her gün	22	110,41	19,87			
İstenmeyen tüyler	İstenmeyen tüylerim yok	23	77,83	28,05	f=4,758	0,010**	
	Kendim temizlerim	115	96,55	27,18			
	Kua före giderim	58	93,76	24,71			

Tırnak/cilt bakımı	Uzun tırnak severim	26	77,96	31,95	f=5,479	0,005**
	Düzenli olarak manikür yaparım	35	99,20	18,85		
	Tırnak temizliğine dikkat ederim	137	94,89	26,98		
Cinsel sorun	Evet	10	86,20	25,69	f=1,271	0,285**
	Hayır	68	96,54	28,46		
	Bazen	23	87,29	28,36		
Sosyal ilişkilerden etkilenme	Evet	45	91,60	29,44	f=1,608	0,203**
	Hayır	108	96,46	26,14		
	Bazen	46	88,35	26,20		

*t test

** One way ANOVA

Öz bakımını kendisi yaptığını beyan eden hastaların ÖBGÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Hastalar, öz bakımda en çok zorlanılan konuya göre sınıflandırıldıklarında, ÖBGÖ puanları anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Hastalar adet hijyenine göre değerlendirildiklerinde, her gün duş alanların ÖBGÖ puanları en yüksek iken, adetli iken banyo yapmadığını söyleyenlerde daha düşük, gün aşırı duş alanlarda en düşüktür. Bu bağlamda aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). Post Hoc analizlerde her gün duş alanların ÖBGÖ puanları adetli iken banyo yapmayanlara ($p=0,020$) ve gün aşırı duş alanlara ($p=0,004$) kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti.

Hastalar ağız bakımına göre değerlendirildiklerinde sabah akşam diş fırçalayanlarda ÖBGÖ puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak en yüksek iken, her gün bir kere fırçalayanlarda daha düşük, diş fırçalama alışkanlığı olmayanlarda en düşüktür ($p<0,001$). Post Hoc analizlerde sabah akşam diş fırçalama alışkanlığı olmayanların ÖBGÖ puanlarının her gün 1 kere fırçalayanlara ($p=0,012$) ve sabah akşam fırçalayanlara ($p<0,001$) kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edildi.

Hastalar banyo yapma durumuna göre değerlendirildiklerinde, her gün banyo yaptığını beyan edenlerde ÖBGÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek iken, haftada 2-3 defa banyo yapanlarda daha düşük, banyo yapmayı sevmediğini söyleyenlerde en düşüktür ($p<0,001$). Post Hoc analizlerde her gün banyo yapanların ÖBGÖ puanlarının banyo yapmayı sevmeyenler ($p<0,001$), haftada 1 kere banyo yapanlar ($p=0,042$) ve haftada 2-3 kez banyo yapanlara ($p=0,022$) kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi.

Hastalar istenmeyen tüylerle ilgili olarak değerlendirildiklerinde, kendi temizliğini yaptıklarını beyan edenlerde ÖBGÖ puanları en yüksek, kuaföre gidenlerde daha düşük, istenmeyen tüyleri olmadığını ifade edenlerde ise en düşüktür. Fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,010$). Post Hoc analizlerde istenmeyen tüylerim yok diyenlerin ÖBGÖ puanları kendim temizlerim ($p=0,007$) ve kuaföre giderim ($p=0,042$) diyenlere kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edildi.

Hastalar tırnak/cilt bakımı açısından değerlendirildiklerinde, ÖBGÖ puanları düzenli manikür yapanlarda en yüksek, tırnak temizliğine dikkat edenlerde daha düşük, uzun tırnak sevdiğini beyan edenlerde ise anlamlı olarak en düşüktür ($p=0,005$). Post Hoc analizlerde uzun tırnak sevenlerin ÖBGÖ puanlarının düzenli olarak manikür yapanlar ($p=0,006$) ve tırnak temizliğine dikkat edenlere ($p=0,009$) kıyasla anlamlı daha düşük olduğu tespit edildi.

Cinsel sorunlarının olup olmamasına göre sınıflandırılan hastaların ÖBGÖ puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,285$).

Hastalar sosyal ilişkilerden etkilenme durumlarına göre değerlendirildiklerinde, ÖBGÖ puanları açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,203$).

4.10. ÖBGÖ Puanları ile Hastaların Yaş, Boy, Kilo, Yatarak Tedavi Sayısı ve En Uzun Yatış Süresi Arasındaki Korelasyonların İncelenmesine Yönelik Bulgular

Tablo 11: ÖBGÖ puanları ile hastaların yaş, boy, kilo, yatarak tedavi sayısı ve en uzun yatış süresi arasındaki korelasyonların incelenmesi

		ÖBGÖ Toplam
Yaş	rho	0,094
	p	0,185
Boy	rho	0,075
	p	0,295
Kilo	rho	0,019
	p	0,793
Yatarak tedavi sayısı	rho	-0,078
	p	0,327
En uzun yatış süresi	rho	-0,048
	p	0,553

Pearson korelasyon testi

ÖBGÖ puanları ile yaş, boy, kilo, yatarak tedavi sayısı ve en uzun yatış süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

4.11. ÖBGÖ Puanlarını Etkileyen Lojistik Regresyon Analizine Ait Bulgular

Tablo 12: ÖBGÖ puanını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi

	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 GA	
						En düşük	En yüksek
(Constant)	44,233	62,106		0,712	0,478	-78,742	167,209
Yaş	0,830	0,532	0,346	1,561	0,121	-0,223	1,884
Boy	0,340	0,375	0,082	0,907	0,366	-0,402	1,083
Kilo	0,221	0,185	0,123	1,190	0,237	-0,147	0,588
Medeni Durumu	2,458	3,472	0,067	0,708	0,480	-4,418	9,334
Eğitim Durumu	5,617	2,351	0,237	2,389	0,018	0,961	10,273
Mesleği	-1,125	2,403	-0,048	-0,468	0,641	-5,884	3,633
Çalışma Durumu	-3,793	5,524	-0,066	-0,687	0,494	-14,731	7,146
Gelir durumu	-3,466	2,787	-0,110	-1,244	0,216	-8,986	2,053
Evde kiminle yaşadığı	3,924	5,564	0,065	0,705	0,482	-7,094	14,941
Hastalığın başlangıç yaşı	-6,426	5,522	-0,228	-1,164	0,247	-17,361	4,509
Hastalığın adı	3,792	1,635	0,197	2,319	0,022	0,554	7,029
Hastalığın süresi	-4,188	3,492	-0,209	-1,199	0,233	-11,104	2,727
Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan var mı	-3,444	4,556	-0,066	-0,756	0,451	-12,465	5,577
Yatarak tedavi sayısı	-0,337	0,563	-0,060	-0,599	0,550	-1,451	0,777
En uzun yatış süresi	0,221	0,270	0,078	0,820	0,414	-0,314	0,756
Tedavi düzeninize dikkat ediyor musunuz?	-0,010	2,975	0,000	-0,003	0,997	-5,900	5,880
Hastalıkla ilgili yeteri kadar bilgi sahibi misiniz?	0,932	2,656	0,032	0,351	0,726	-4,327	6,192
Psikiyatrik hastalık dışında başka hastalık	-3,153	5,593	-0,055	-0,564	0,574	-14,227	7,921
Sigara kullanımı	-7,439	4,851	-0,140	-1,534	0,128	-17,044	2,165
Alkol madde kullanımı	10,984	6,795	0,150	1,616	0,109	-2,471	24,440
Öz bakım kendi yapıyor mu?	27,521	8,309	0,294	-3,312	0,001	11,069	43,974

ÖBGÖ puanı üzerine tüm değişkenlerin etkilerini tespit etmek için yaş, boy, kilo, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, gelir düzeyi, evde kiminle yaşadığı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın tanısı, hastalığın süresi, ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyin olup olmaması, yatarak tedavi sayısı, en uzun yatış süresi, tedavi düzenine dikkat edip etmemesi, hastalıkla ilgili yeterli bilgi sahibi olup olmaması, psikiyatrik hastalık dışındaki hastalıkların varlığı, sigara kullanımı, alkol madde kullanımı ve öz bakımını kendi yapıp yapmaması model dahil edilmiştir.

Eğitim durumunun ÖBGÖ puanını 5,617 katsayı ile ($p=0,018$, GA: 0,961 ile 10,273), hastalığın tanısının 3,792 katsayı ile ($p=0,022$, GA: 0,554 ile 7,029), öz bakımını kendisinin yapıp yapmamasının 27,521 katsayı ile ($p=0,001$, GA: 11,069 ile 43,974) etki ettiği izlenmiştir.



5.TARTIŞMA

Kadın psikiyatri kliniğinde yatan hastaların öz bakım gücü ve bununla ilişkili faktörlerin araştırılması amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıdaki başlıklarda tartışılmıştır. Bu değerlendirmenin yapılmasında hastaların sosyo-demografik özellikleri, öz bakım aktivitelerini gerçekleştirebilme durumları, alışkanlıkları, hastalık ile ilgili özellikleri öz bakım gücü puanını etkileyen lojistik regresyon analizi de göz önüne alınmıştır.

5.1.Hastaların Bireysel Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $34,6 \pm 11,1$ olarak bulunmuştur. Dep ve ark.'nın 2001 yılında 16-64 yaş arası bir psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerle yaptığı çalışmada yaş ortalaması $37,7 \pm 13,5$ bulunmuş, yaş ilerledikçe psikiyatrik hastalıkların meydana gelme riskinin arttığı sonuçlanmıştır. Cia ve ark. (2018)'nin yaptığı bir çalışmaya göre ise genç erişkinlikte psikiyatrik hastalıkların, ileri yaşlara göre daha sık görülmeye başladığı ifade edilmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre hastaların genç erişkin grubunda olduğunu söyleyebiliriz. Araştırma sonucuna göre, yaş ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürdeki diğer araştırmalara göre ise, örneğin Taş ve Buldukoğlu (2018)'nin şizofreni hastalarının öz bakım gücü ile ilgili yaptığı bir çalışmada hastaların yaş ortalaması $35,58 \pm 11,57$ olarak bulunmuş olup, öz bakım gücü ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Literatürü incelediğimizde farklı olarak, Çiftçi ve ark. (2015)'nin psikiyatri hastalarının öz bakım gücü düzeyi hakkında yaptırdığı araştırmasında da yaş ortalaması benzer şekilde $32,19 \pm 11,01$ olarak bulunmuş ancak çalışmada öz bakım gücü düzeyi ile yaşın birbiriyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada en yüksek öz bakım gücü puanı gençlerde bulunmuş, en düşük puan ise yaşlı grupta bulunmuştur. Orem (2001) de öz bakımın yaş ile ilişkili olduğunu savunmuştur. Bireylerin öz bakım gücü düzeyi, çocukluk çağından yaşlılık çağına dönemselsel olarak değişkenlik göstermektedir (Lukkarinen ve Hentinen, 1997). Yaş ve öz bakım gücü düzeyinin ilişkisini araştırdığımızda farklı sonuçlarla karşılaşmamız nedeniyle daha çok çalışma yapılmasına gereksinim duyulduğunu ifade edebiliriz.

Araştırma sonuçlarına göre medeni durum ($p=0,842$) ve hastanın kiminle yaşadığı ($p=0,135$) gibi faktörler ile öz bakım gücü arasında fark bulunamamıştır. Çiftçi ve ark. (2015)'nin çalışmasında ve Sabancıoğulları ve Doğan Başeğmez (2018)'in psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların öz bakım gücünü değerlendirdiği bir çalışmada, hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının cinsiyet, yaş, medeni durum, aile tipi, yaşanılan yer gibi demografik özelliklerden etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak şizofreni hastalarıyla yapılan bazı çalışmalarda medeni durumun da öz bakım gücünü etkilediği görülmüştür. Taş (2014)'in şizofreni hastalarının öz bakım gücü düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada bekarların, evli bireylere oranla öz bakım gücü daha yüksek bulunmuştur.

Taş ve Buldukoğlu (2018)'nin, şizofreni hastalarıyla yaptıkları bir bekar bireylerin, evli ve boşanmışlara göre, çocuğu olmayan bireylerin ise çocuk sahibi olanlara göre, tek çocuğa sahip olanların iki veya daha fazla çocuğu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde öz bakım gücünün daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca Çiftçi ve ark. (2015)'nin çalışmasına göre, geniş ailelerde yaşayan psikiyatri hastalarının öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Şizofreni hastalarıyla yapılan bazı çalışmalar da bu görüşü desteklemektedir (Kırmızıgül, 2003; Süğün, 2005; Tekin, 2007; Eryıldız, 2008; Sönmez, 2008; Güneş, 2010). Pehlivan (2004)'in çalışmasında, şizofreni hastası olan bireylerin hastalık öncesi ve sonrasında medeni durumları kıyaslandığında, hastalık sonrasında boşanmış veya ayrı olan bireylerin öz bakım gücü düzeyi anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Şizofreni hastalarıyla ilgili olan başka çalışmalarda ise evli olmanın öz bakım gücü düzeyini yükselttiği görülmüştür. Süğün'ün şizofreni hastalarının yaşam niteliğiyle hastalığın pozitif-negatif belirtileri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yaptığı çalışmada, evli olan hastaların bekar olanlara göre kişilerarası ilişkileri, mesleki rol uyumu ve yaşam niteliğinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Nahcivan, 1993). Literatürde farklı sonuçlarla karşılaşmamız nedeniyle, psikiyatrik hastalıklarda medeni durum, yaşanan kişiler gibi faktörler ile öz bakım gücü düzeyi arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek adına yeni çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Hastaların eğitim durumu ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, bu çalışmaya göre eğitim durumunun öz bakım gücüne etkisi olduğu görülmektedir ($p=0,018$). Çalışmanın sonuçlarına göre, ilkökul mezunlarının öz bakım gücü puanı en düşük ($85,55\pm34,43$), lise mezunlarının en yüksek ($100,78\pm25,55$) bulunmuştur. Literatürde eğitim düzeyinin öz bakım gücüne etki ettiğini gösteren pek çok çalışma olduğunu ifade edebiliriz. Altıparmak ve ark. (2011), Ünsar ve ark. (2006) ve Bakoğlu ve Yetkin (2000)'in çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça öz bakım gücü düzeyinin de arttığı ifade edilmektedir. Sabancıoğulları ve Doğan Başegmez (2018)'in yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada eğitim durumu ile öz bakım gücü düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($p=0,029$), eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücü düzeyinin de arttığı görülmüştür. Aynı şekilde Çiftçi ve ark. (2015)'nin psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada eğitim durumu arttıkça öz bakımın iyileştiği görülmüş, eğitim durumu ile öz bakım gücü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,021$). Orem (2001) de aynı şekilde eğitim durumunun öz bakımı etkilediğini ifade etmiştir. Literatürde farklı olarak, Çörçem ve Günüşen (2010)'in şizofreni hastalarının öz bakım gücü düzeyini incelediği bir çalışmada ve Taş ve Buldukoğlu (2018)'nin şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada eğitim durumu ile öz bakım gücü düzeyi arasında bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

Araştırmada hastaların çalışma durumuna bakıldığında, literatür ile benzer özellikte olarak çoğunluğun çalışmadığını görürüz. Çalışmanın sonuçlarına göre 199 hastanın, 147'sinin yani %73,9 gibi bir oranın çalışmadığını ifade edebiliriz. Çalışan hastaların öz bakım gücü düzeyi, çalışmayan hastalara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucunda, çalışma durumu öz bakım gücünü etkilemektedir ($p=0,039$). Hastaların çalışma durumu öz bakım gücünü etkilerken, hangi mesleğe sahip olduğu ($p=0,113$) ve gelir durumu ($p=0,186$) gibi faktörlerin öz bakım gücüne bir etkisi olmadığı görülmüştür. Benzer çalışmalar incelendiğinde Çiftçi ve ark. (2015)'nin psikiyatri hastalarının öz bakım gücünü değerlendirdiği çalışmasında, geliri asgari ücretin üzerinde olan hastaların öz bakım gücü düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada gelir durumu ve öz bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmiştir ($p=0,012$). Uğurlu ve ark (2011)'nin araştırmasına göre herhangi bir işte çalışmanın şizofreni hastalarında işlevsellik düzeyini olumlu yönde etkilediği görülmüştür. İngiltere, Galler ve İskoçya'da yürütülen bir araştırma sonucuna göre işsizlik ve yoksulluğun hastalığın başlangıcında etkili olmadığı ancak hastalığın gidişatını etkilediği, kötü sosyoekonomik düzeyde olan hastaların atak dönemlerinin daha uzun sürdüğü görülmüştür (Weich ve Lewis 1998). Literatüre bakıldığında farklı olarak, Taş (2014)'in şizofreni hastalarının öz bakım gücünü değerlendirdiği bir çalışmada, gelir durumu ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir fark bulunamamış fakat gelir durumunu orta düzeyde algılayan hastaların öz bakım gücü yüksek veya düşük olarak ifade edenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Taş ve Buldukoğlu (2018)'nin çalışmasında gelir durumu ve mesleğin ile öz bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışma durumu, meslek ve gelir durumunu incelediğimizde ve literatür karşılaştırması yaptığımızda hastaların herhangi bir işe sahip olmasının öz bakım gücünü arttırdığını söyleyebiliriz ancak hangi mesleği yaptığı ve gelir durumunun öz bakım gücüyle olan ilişkisinde değişik sonuçlara ulaştığımızdan dolayı bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiğini ifade edebiliriz.

5.2. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmada hastalığın başlangıç yaşı, tanısı ve süresi gibi özellikleri ile öz bakım gücünün ilişkisi incelendiğinde, öz bakım gücü düzeyi ile aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Çalışmada hastalığın tanısını bilmeyen çok fazla bireyin olması dikkat çekmektedir. Ayrıca bipolar bozukluğa sahip olan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının, diğer hastalık tanılı bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmada bipolar hastalarda öz bakım gücünün yüksek bulunmasını literatürle ilişkili olarak beklenen bir sonuçtur. Bipolar hastaların klinik özelliklerine baktığımızda görünümün hastalar için önemli bir nokta olduğu bilinen bir gerçektir. Literatürde de benzer şekilde yapılan diğer çalışmalara bakılacak olursa öz bakım gücü düzeyi ile hastalığın başlangıç yaşı, tanısı ve süresi gibi değişkenler arasında bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir (Taş ve Buldukoğlu, 2018; Sabancıoğulları ve Doğan Başeğmez, 2018; Çiftçi ve ark., 2015; Çörçem ve Parlak Günüşen, 2010). Taş (2014)'ın şizofreni hastalarıyla yaptığı bir çalışmada, hastalık süresi ve öz bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir farklılık görülmemiş ancak hastalığa en uzun süre maruz kalan hasta grubunun öz bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çiftçi ve ark. (2015)'nin çalışmasına göre ise, hastalık tanısı ve öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmada ailede psikiyatrik hastalığa sahip olma durumuna bakıldığında, hastaların öz bakım gücü düzeyine bir etkisi olmadığını görmekteyiz ($p=0,479$). Ancak literatüre bakıldığında ailede psikiyatrik hastalığa sahip olma durumu ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi araştıran tek bir araştırma olduğu görülmektedir. Taş ve Buldukoğlu (2018)'nin çalışmasında, ailesinde ruhsal bozukluğa sahip olan bireyler bulunan hastaların öz bakım gücü anlamlı olarak daha düşük düzeyde bulunmuştur.

Tedavi düzenine dikkat eden hastaların öz bakım gücü düzeyinin, bu çalışmaya göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde benzer şekildeki araştırmaları inceleyecek olursak, Sabancıoğulları ve Doğan Başeğmez (2018)'in yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarıyla yaptıkları çalışmada, ilaçlarını düzenli kullanan hastaların öz bakım gücü, düzenli kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş, Taş (2014)'in şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmaya göre, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da ilaçlarını düzenli kullandığını ifade eden bireylerin öz bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu durumu tedaviye uyumu olan hastaların kendine dair iç görüye sahip olması ile ilişkilendirebiliriz.

Çalışmada hastalık hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadığını ifade eden hasta oranı neredeyse örneklemin dörtte birini oluşturmaktadır. Çalışmaya göre, psikiyatri hastalarının hastalık hakkında eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade edebiliriz. Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu ile öz bakım gücü puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Yapılan araştırmalara bakılacak olursa, hastaların ve yakınlarının hastalıkla baş edebilmek için yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür (Saunders, 1997; Karancı, 2000; Soygür ve ark. 2000; Gülseren ve ark. 2010). Hastalar ve aileler, hastalıkla etkin bir şekilde baş edebilmek için bilgilendirilmeye ve eğitime ihtiyaç duymaktadırlar (Mueser ve ark. 1992; Chien ve ark. 2001; Chien, Norman 2003; Gümüş 2006; Pollio ve ark. 2006). Psikiyatride sağlık eğitimi kavramı psikoeğitim olarak isimlendirilmektedir. Psikoeğitim hasta ve aile bireyleri için gerekli olan tedavi yaklaşımlarını açıklamak için kullanılmaktadır (Yurtsever ve ark., 2005). Literatür taraması yapıldığında farklı olarak, Solgun (2019)'un çalışmasına göre tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade eden hastaların öz bakım gücü düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Kronik hastalıkları olan bireylerin tedavi ve bakım ihtiyaçlarının sağlanmasında, hastaların bilgi gereksinimleri belirlenmeli ve o alanda psikoeğitim verilmelidir (İstek ve Karakurt, 2018). Kelleci ve arkadaşları (2011), çalışmalarında hastaların %40,2'sinin hastalığının teşhisini bilmediğini, %17,4' ünün ilaçlarının adını, %23,9' unun dozunu ve %49,1' inin kullanım amacını bilmediğini belirtmişlerdir. Arguvanlı ve Taşcı (2013) çalışmalarında Bipolar Bozukluk tanılı hastaların çoğunun, primer bakım vericilerine bilgi verilmediği ve maddi ve/veya manevi desteğe ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Hastaların hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmasının öz bakım gücü ile ilgili olan ilişkisini araştıran çalışmalar sınırlı sayıda olup bu alanda daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Hastaneye yatış süresi ve yatış sayısına bakıldığında, öz bakım gücü ile aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Literatürdeki diğer çalışmaları incelediğimizle bu faktörlerin öz bakım gücü ile ilişkisini araştıran çalışmaların sınırlı olduğunu görebiliriz. Sabancıoğulları ve Doğan Başegmez (2018)'in yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarıyla yaptıkları çalışmada ve Taş ve Buldukoğlu (2018)'nin şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmada, yatış süresi ve yatarak tedavi görme sayısı öz bakım gücü puan ortalamaları ile kıyaslanmış ancak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Çalışmada psikiyatrik hastalık dışında farklı bir kronik rahatsızlığı olan hastalar, katılımcıların %27,6'sını oluşturmaktadır. Bu kronik hastalıklar astım, diyabet, KOAH, anemi, hipotiroidi gibi hastalıklardan oluşmaktadır. Çalışmaya göre farklı kronik hastalıklara sahip olma durumu ile öz bakım gücü arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Literatürü incelediğimiz taktirde, psikiyatri hastalarının ilaç yan etkileri, fiziksel belirtilerin ihmali, tedaviye uyum ile ilgili sorunlar, sigara kullanımı, kötü beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yetersizliği gibi yaşam tarzı davranışları ve çevresel faktörler sebebiyle hastaların fiziksel sağlıklarının bozulduğunu ifade edebiliriz (Weiser ve ark., 2009). Yapılan araştırmalar sonucunda, kronik psikiyatri hastalarının yaşam beklentisinin, genel nüfus ile kıyaslandığında 25 yıl daha az olduğu görülmüştür (Gray, Hardy ve Anderson, 2009). Dünya geneline bakılacak olursa, pek çok sağlık bakım sisteminde, psikiyatri hastalarının fiziksel ihtiyaçları ihmal edilen bir alandır (Happel, Platania-Phung, Hardy, Lambert ve Mcallister, 2011). Avustralya'da kronik psikiyatri hastalarının sağlık bakım hizmetlerini almalarını engelleyen sebeplerin araştırılması hakkında yapılan bir çalışmada, psikiyatri alanında çalışan sağlık profesyonelleri de dahil olmak üzere sağlık çalışanlarının, psikiyatri hastalarının fiziksel şikayetlerini göz ardı ettiği, psikosomatik olduğu yönünde genel bir kaniya vardıkları, bakım verme konusunda isteksiz davrandıkları, ruh sağlığı için yapılması gereken kontroller için yetersiz zaman ve kaynakların azlığı, hastaların tıbbi sorunlarını açıklamadaki eksiklikleri, yaşam tarzı davranışlarının değiştirilmesinin karşısında engellerle karşılaşılması gibi faktörler olduğu görülmüştür (Muir-Cochrane, 2006). Kronik psikiyatri hastalarının başka bir hastalığa sahip olma durumu ve öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakılacak olursa bu çalışmanın literatür ile benzer sonuçlara ulaştığını ifade edebiliriz. Taş (2014)'ın çalışmasında, farklı kronik rahatsızlığa sahip olma ve öz bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak psikiyatrik hastalık dışında bir kronik hastalığa sahip bireylerin öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde Bakoğlu ve ark. (2009)'nın çalışmasında farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım gücü düzeyini anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Taş ve Buldukoğlu (2008), Sabancıoğulları ve Doğan Başeğmez (2018) gibi araştırmacıların, kronik psikiyatri hastalarının öz bakım gücünü değerlendirdikleri çalışmalarında da çalışmayla benzer şekilde psikiyatrik hastalık dışında bir kronik sağlık sorununun olması ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlara ulaşılmasının nedeni olarak psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının göz ardı edildiği, bu alanda yeterli çalışma ve kaynağa sahip olunmaması, psikiyatri hastalarının şikayetlerini dile getirme konusunda yetersiz olmaları ve engellerle karşılaşmaları gibi sebepler gösterilebilir.

5.3.Hastaların Kişisel Alışkanlıklarının Tartışılması

Çalışmada yatan kadın hasta popülasyonunun alışkanlıklarını incelediğimiz taktirde sigara kullanımının alkol ve madde kullanımına göre çok daha yaygın olduğunu söyleyebiliriz. Ancak hastaların kişisel alışkanlıklarının öz bakım gücü ile kıyaslandığında aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı yönünde sonuçlar ortaya çıkmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalara göre psikiyatri hastaları baş etme mekanizmalarının zayıflığı, fiziksel sağlığın ihmali, sosyal desteklerinin zayıf olması gibi faktörler sebebiyle sağlıksız yaşam tarzı davranış biçimlerini göstermeye meyillidirler (De Hert ve ark., 2011). Killian ve ark. (2006), Almanya'da psikiyatri hastaları ve genel nüfusun yaşam sağlık davranışlarını karşılaştırmış ve psikiyatri hastalarının sağlıksız yaşam biçimi davranışları göstermeye daha meyilli olduğu sonucuna ulaşmıştır. Psikiyatri hastalarının, sigara ve madde kullanımı, kötü beslenme alışkanlığının daha yaygın, alkol tüketim oranının daha yüksek ve BKİ'nin arttığı saptanmıştır. Çalışmaya göre, kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık sorunlarının önemli nedenlerinden biri olarak olumsuz sağlık davranışlarının rolünün yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Killian ve ark., 2006). Literatüre bakıldığında, hastaların kişisel alışkanlıkları ve öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Ancak Duran ve Eroğlu (2016), Taş ve Buldukoğlu (2018) gibi isimlerin çalışmalarını inceleyecek olursak sigara, alkol ve madde kullanımı psikiyatri hastalarında yaygın görülen olumsuz baş etme yöntemlerinden biridir. Psikiyatri hastalarının öz bakım gücünün, baş etme mekanizmalarının yetersiz kaldığı koşullarda olumsuz etkilenebileceğini ifade edebiliriz ancak bu konuyla ilgili çok sayıda araştırma yapılması gerektiğini göz önünde bulundurmalıyız.

5.4. Hastaların Öz Bakım ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Öz Bakım Gücü Ölçeği' nin değerlendirme aşamasında ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ancak, ölçekten alınabilecek maksimum puan 140 olduğu için hastaların ölçek puanı 140'a yaklaştıkça, öz bakım gücünün de arttığını ifade edebiliriz. Çalışmanın sonucuna göre ise yatarak tedavi gören kadın psikiyatri hastalarının öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu sonucuna varabiliriz. Literatürü incelediğimiz taktirde Çiftçi ve ark. nın (2015), Taş ve Buldukoğlu (2018) gibi çalışmalarda da psikiyatri hastalarının öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu görülmüştür. Literatür bu anlamda çalışmayı desteklemektedir. Çalışmaya katılan hastaların öz bakımını kendi yapabilme durumu ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında karşılaştırma yapılmış ve kendi bakımını yapabilen hastaların öz bakım gücünün anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,001).

Literatürde, psikiyatri hastalarının kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilme ve bu yeterlilik durumunun öz bakım gücü ile ilgili olan ilişkisini araştıran çalışmalara bakılacak olursa, çalışma ile benzer sonuçlara ulaşıldığını ifade edebiliriz. Solgun (2019)'un şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada ve Tanimura ve ark. (2019)'nın genel yaşlı popülasyonu incelediği bir çalışmada, kendi bakımını yapabilen bireylerin öz bakım gücünün de yüksek olduğu ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına sahip oldukları görülmüştür. Taş (2014)'ın şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada, günlük bakımını kendi yapabildiğini söyleyen bireylerin öz bakım gücü puan ortalaması yapamayanlara göre daha yüksek bulunmuş ancak, bakım ihtiyaçlarını kendilerinin sağlayabilmesi ile öz bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak çalışma sonucunda ulaşılan kendi bakımını yapabilen hastaların, öz bakım gücünün yüksek olduğu sonucunun literatüre uygun olduğunu ifade edebiliriz.

Çalışmada hastaların öz bakım aktivitelerini yapabilme durumlarının öz bakım gücü ile ilişkisi tek tek incelenmiş aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ayrıca öz bakım aktiviteleri kategorize edilerek hastaların bu aktiviteleri yerine getirebilme kapasiteleri ile öz bakım gücü puanı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Adet hijyeni kategorisinde, her gün duş alan hastaların ÖBGÖ puanı ($p=0,004$), ağız bakımında günde 2 defa dişlerini fırçalayan hastaların ÖBGÖ puanı ($p<0,001$), her gün banyo yapan hastaların ÖBGÖ puanı ($p<0,001$), istenmeyen tüylerinin temizliğini kendisinin yaptığını ifade eden hastaların ÖBGÖ puanı ($p=0,01$), tırnak/cilt bakımı kategorisinde düzenli manikür yapan hastaların ÖBGÖ puanı ($p=0,05$) anlamlı olarak daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, psikiyatri hastalarının öz bakım aktivitelerini nasıl gerçekleştirdiği ve bunun öz bakım gücü ile olan ilişkisini araştıran herhangi bir araştırma bulunamamıştır. Bu alanda araştırma yapılması gerekmektedir.

Çalışmada, hastaların cinsel sorunlarının olup olmaması ile öz bakım gücü puanı karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Yapılan benzer çalışmalara bakıldığında Taş (2014)'ın çalışmasında, cinsel yaşamlarının hastalıktan etkilenmediğini belirten hastaların öz bakım gücü puanı daha yüksek bulunmuştur fakat istatistiksel olarak aralarındaki ilişki anlamsızdır. Literatürde psikiyatri hastalarının cinsellik ve öz bakım gücü arasında daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmada hastaların sosyal ilişkilerden etkilenme durumu ve öz bakım gücü puanı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir sonuç olmadığı görülmüştür. Literatürdeki çalışmalara bakılacak olursa Çörçem ve Parlak Günüşen (2010)'in, şizofreni hastalarında yaptıkları çalışma sonucunda öz bakım gücü düzeyi hastalık belirtileri ile kıyaslandığında ÖBGÖ puanı orta düzeyde bulunmuştur. Bu sonuç hastalığın belirtileri düşünülecek olursa beklenen bir sonuçtur. Ancak, bu durum şizofreni hastalarının toplumda dışlanmasına sebep olabilmektedir. Bu nedenle hastaların yeterli sosyal desteğe ve ilgili bir aileye sahip olması, öz bakım gücü düzeyini olumlu yönde etkilemektedir (Çiftçi ve ark. 2015). Taş (2014)'in çalışmasında şizofreni hastalarının akraba, eş, çocuk ve arkadaşlık ilişkilerinin ÖBGÖ puanlarının etkilenme durumları araştırılmış, ilişkilerini olumlu düzeyde yürütebilen hastaların ÖBGÖ puanları daha yüksek bulunmuş, ancak bu ilişkilerden etkilenme durumu ile ÖBGÖ puanı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

5.5 Hastaların Öz Bakım Gücü Puanlarını Etkileyen Lojistik Regresyon Analizine Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmanın öz bakım gücü puanını etkileyen lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre hastalığın tanısı, eğitim durumu, öz bakımını kendi yapması tüm değişkenler ile kıyaslandığında öz bakım gücüne etki ettiği görülmüştür. Literatürde yapılan çalışmaların sonuçlarına bakılacak olursa Sabancıoğulları ve Doğan Başegmez (2018)' in yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının öz bakım gücü ve benlik saygısının ilişkisini değerlendirdiği bir çalışmada hastaların tıbbi tanılarının öz bakım gücüne etki ettiği görülmüş ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmada Bipolar Bozukluk tanılı hastaların öz bakım gücü ortalamalarının diğer hastalık tanılarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çiftçi ve ark. (2015)'nin çalışmasında hastalık tanısının öz bakım gücüne etki etmediği ancak anksiyete bozukluğu tanısı olan hastaların öz bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Psikiyatrik hastalık tanısı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi araştıran daha çok çalışma yapılması gerektiği görülmektedir. Eğitim durumu ve öz bakımını kendi yapması durumunun öz bakım gücüne etkisi üst başlıklarda detaylı olarak literatür ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda, eğitim durumu ve öz bakım ihtiyaçlarını kendi karşılayabilme durumunun öz bakım gücüne etkisi literatür ile aynı doğrultuda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tedavisini psikiyatri kliniklerinin yataklı servislerinde gören kadın hastaların öz bakım gücü ve ilişkili faktörlerin araştırılmasıyla ilgili olan bu çalışmanın sonuçları olarak aşağıdakileri söyleyebiliriz:

- Hastaların öz bakım gücü orta düzeydedir. Hastaların öz bakım gücü puan ortalaması yaş, boy, kilo, medeni durum, yaşanan bireyler, hastalığın süresi, hastalığın başlangıç yaşı, sigara/alkol/madde kullanımı, başka kronik hastalıkların varlığı, ailede psikiyatrik öykü olması gibi özelliklerden etkilenmemiştir.
- Hastaların öz bakım gücü puanını etkileyen faktörler hastalığın tanısı, eğitim durumu, çalışma durumu, tedavi düzenine dikkat etmesi, öz bakım aktivitelerini yardım almadan yapabilmesi olarak bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Hemşireler, belirli aralıklarla yatarak tedavi gören hastalara hastalığın adı, belirtileri, tedavi süreci ve öz bakım konusunda psikoeğitim düzenleyerek hastalara eğitim vermelidir.
- Eğitim seviyesi düşük, çalışmayan/ geliri olmayan, tedavi düzenine dikkat etmeyen hastalar hedef alınarak öz bakım gücü geçerli ve güvenilir ölçeklerle belirli aralıklarla değerlendirilmeli, öz bakım gücü düzeylerini yükseltmek amacıyla eğitim hazırlanmalı ve hastalar öz bakımını yapabilmesi için desteklenmelidir.
- Öz bakım aktivitelerinin nasıl yapılması gerektiğiyle ilgili eğitimler hazırlanarak, uygulamalı olarak bu aktivitelerin yapılış biçimi hastalara öğretilmelidir.
- Hastaların ailelerinden de destek alınarak, hasta ve ailelere hastalık süreci ve öz bakım uygulamaları hakkında psikoeğitimler düzenlenmelidir.
- Hastaların taburculuk sonrası işlevselliğinin sağlanması, yatış sayısının azaltılması, tedavi sürecine uyumunun sağlanması açısından hastalar TRSM' lere yönlendirilmeli ve TRSM' ler ile iş birliği içinde hastaların tedaviye uyumu, öz bakım gücü belirli aralıklarla değerlendirilmeli ve takip edilmelidir.
- Cinsellik ve öz bakım gücü ilişkisini değerlendiren çalışmalar ve hastaların, sağlık profesyonellerinin ve toplumun cinsellik hakkındaki tabularını yıkmaya yönelik eğitim programları hazırlanmalıdır.
- Psikiyatri hastalarının öz bakım gücünü değerlendiren daha çok çalışma ve büyük grupları inceleyen daha detaylı çalışmalar yapılmalı ve psikiyatri hastaların öz bakım gücünü değerlendiren ölçekler geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir, N. (2001). *Kronik hastalıklar ve sorunları*. N. Akdemir, L. Birol (Ed.). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset.
2. Akduman ES. (2008). *Ergenliğe Başlangıç Döneminde Öz Bakım Gücünü Arttırmada Hemşirenin Destekleyici Bireysel Eğitim Girişimlerinin Etkisi*. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
3. Aktaş, N. (2015). *Doğum sonrası yorgunluğun annenin öz bakım gücü ile ilişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Aydın.
4. Akyol, A. D., & Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü ile Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41(2), 97-102.
5. Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2002). *Significance of theory for nursing as a discipline and profession*. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Nursing theorists and their work*; (5th ed.,pp. 14-31). St. Louis, MO: Mosby.
6. Altıparmak S, Fadıloğlu Ç, Gürsoy Ş, Altıparmak O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* ;50(2):95-102.
7. Arguvanlı, S., & Taşçı, S. (2013). The problems of caregivers in bipolar disorder. *Erciyes University Journal of Health Sciences Faculty*, 1, 21-30.
8. Aydın, T. (2010). *Huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin öz bakım gücü ve yaşam doyumuna etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Samsun.
9. Babacan Gümüş, (2006). Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1): 33-42.
10. Babacan Gümüş, Aysun. (2006). Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 8(1), 23-34.
11. Bağ, E. Mollaoğlu, M. (2009). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve etkileyen faktörler. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 72(2), 37-42.

12. Bakoglu, E., & Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi*, 4,41-49.
13. Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman S, Çevik M. Periton diyalizli hastalarda öz-bakım gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4:65-78.
14. Bakoğlu E, Yetkin A. (2000). Hipertansiyonlu Hastaların Öz-bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1): 41-49.
15. Başoğlu, C., & Buldukoğlu, K. (2020). Psikiyatrik Bakımda Orem'in "Öz Bakım Eksikliği Kuramı" nın Kullanımı: Olgu Sunumu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 729-737.
- Duran, S., & Eroğlu, S. (2016). Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(3), 237-247.
16. Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., & Haines, A. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*, 372(9642), 940-949.
17. Berbiglia VA, Banfield B. (2014). Self- Care Deficit Theory of Nursing. In: Allgood MR (ed). *Nursing Theorists and Their Work*, 8th ed. USA, Elsevier: 240- 257.
18. Bilir N, Subaşı NP. Yaşlılık sorunları. Ç. Güler & L. Akın (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006, 1020-1039.
19. Birol, L. (2013). *Hemşirelik Süreci Hemşirelik Sürecinde Sistemik Yaklaşım*, 10. Baskı. İzmir, Berke Ofset Matbaacılık: 8- 35.
20. Blythe, J. & White, J. (2012). Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 193–201.
21. Bradshaw, T. & Pedley, R. (2012). Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 266–273.
22. Burkhardt, M. A., & Nagai-Jacobson, M. G. (2001). Nurturing and caring for self. *The Nursing Clinics of North America*, 36(1), 23-32.

23. Chan S, Yu IW (2004) Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*; 45(1): 72-83.
24. Cheng, L. Y., & Chan, S. (2005). Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. *Western journal of nursing research*, 27(5), 583-599.
25. Chien WT 1, Kam CW, Lee IF. An assessment of the patients' needs in mental health education. *Journal of Advanced Nursing*. 001; 34(3): 304-11.
26. Chien W-T, Norman I (2003) Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5): 490-498.
27. Cutler, C. (2003). Assessing patients' perception of self-care agency in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 199-211. DOI: 10.1080/01612840390160720
28. Çalışkan, E. (2020). Gebelerde üriner sistem enfeksiyonlarına yönelik öz bakım davranışlarının geliştirilmesi programının etkililiği. (Yüksek Lisans Tezi). İ.Ü-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
29. Çam, O., & Engin, E. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi.
30. Çiftçi B, Yıldırım N, Şahin Altun Ö, Avşar G.(2015). What level of self-care agency in mental illness? The factors affecting self-care agency and self-care agency in patients with mental illness. *Arch Psychiatr Nurs*, 29(6):372-6. DOI:10.1016/j.apnu.2015.06.007.
31. Çörçem, P. Partlak Günüşen N. (2010). *Şizofreni hastalarının öz-bakım gücü ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (24-26 Haziran 2010) Özet Kitabı*. Samsun, 176-7.
32. De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D. A. N., Asai, I., ... & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry*, 10(1), 52.
33. Demirağ SA. (2009) Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 2:58–65.
34. Demirkol, M., Tamam, L. (2016). Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (1):85-93.

35. Demirkol, ME., Tamam L., Evlice, YE., Karaytuğ,MO. (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu. *Cukurova Medical Journal*, **40**(3):555-568.
36. Demoro, C. C. D. S., Fontes, C. M. B., Trettene, A. D. S., Cianciarullo, T. I., & Lazarini, I. M. (2018). Applicability of Orem: training of caregiver of infant with Robin Sequence. *Revista brasileira de enfermagem*, **71**, 1469-1473.
37. Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., & Başeğmez, F. D. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler/ Psychosocial approaches in schizophrenia: families. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **3**(3), 133.
38. Dönmez, G. (2019). *Diyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Öz Bakım Gücünün Umutsuzluk ve Yeti Yitimi Üzerine Etkisi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana.
39. Duygu Çelik, Ö. (2019). *Okul Öncesi Eğitim Programındaki Dil Gelişimi ve Öz Bakım Becerilerine İlişkin Kazanımların Gerçekleşme Düzeylerinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
40. Edward, K., Rasmussen, B. & Munro L. (2010). Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes.
41. Ergin, Ç. (2019). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Tanısı Almış Bireylere Verilen İnhaler İlaç Eğitiminin Öz Bakım Gücü ve Öz- Yeterlilik Düzeyine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
42. Erginer, D. K., & Günüşen, N. P. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: ihmal edilen bir alan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **6**(3), 159-164.
43. Eryıldız, D. (2008). Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. *Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey*.

44. Faucett, J., Ellis, V., Underwood, P., Naqvi, A., & Wilson, D. (1990). The effect of Orem's self-care model on nursing care in a nursing home setting. *Journal of Advanced Nursing*, 15(6), 659-666.
45. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 3. ed. Philadelphia, F.A.Davis Company: 179- 231
46. Fawcett J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2th ed. Philadelphia.
47. Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2005). The structure of contemporary nursing knowledge. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*, 1-48.
48. Fortinash, K. M., & Holoday Worret, P. A. (2008). *Psychiatric mental health nursing*. Mosby.
49. George, J. (1995). *Nursing theories: The Base for professional nursing. Roy adaptation model*, 15.
50. George, J. B. (2011). *Nursing theories: The Base for professional nursing practice*, 6/e. Pearson Education India.
51. Gerçik, E. (2018). *Kronik Psikiyatri Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
52. Gray, R., Hardy, S. & Anderson, K.H. (2009). Physical health and severe mental illness: if we don't do something about it, who will? *International Journal of Mental Health Nursing*, 18 (5): 299-300.
53. Gül, S. (2020). *Ortopedik Engelli Kadınlara Verilen Web Tabanlı Genital Hijyen Eğitiminin Öz Bakım Gücü ve Genital Hijyen Davranışlarına Etkisi*. (Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
54. Güler, S. (2016). *Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin, Öz Bakım Gücünün ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.
55. Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z., & Mete, L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 203-212.

56. Gümüş, A. B. (2006). Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 8(1), 23-34.
57. Güneş, D. (2010). *Şizofreni Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Sosyal İşlevselliğinin Objektif ve Subjektif Değerlendirmesi*. (Uzmanlık Tezi). İstanbul.
58. Hançerlioğlu, S. (2014). *Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği ve uyum soru formu'nun Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği*. (Yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
59. Hançerlioğlu, S., & Aykar, F. Ş. (2018). Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 175-183.
60. Happel, B., Platania-Phung, C., Hardy, S., Lambert, T. & Mcallister, M. (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.
61. Hartweg DL. (1991). Dorothea Orem Self-Care Deficit Theory (Notes on Nursing Theories; Vol. 4), 1 st ed. California, Sega Publications Inc: 9- 34.
62. Haskett, T. (2006). Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice*, 18(6), 492- 496.
63. Holmberg, S. K., & Kane, C. (1999). Health and self-care practices of persons with schizophrenia. *Psychiatric services*, 50(6), 827-829.
64. İstek N, Karakurt P. (2018). Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet ve Öz-Bakım Yönetimi. *G.O.P Taksim E.A.H Jaren*, 4(3):179-182.
65. Karacabay, (2014). *Sol Ventrikül Destek Cihazlı Hastalarda Orem'e Göre Verilen Bakımın Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
66. Karadağlı, F. (2017). *Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Yetersizliği Kuramına Göre Öz Bakım Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi*. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
67. Karasu, F. (2019). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımında Yaşamın Anlamı ve Özbakım*

- Gücünün Değerlendirilmesi.* (Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
68. Kaya, N. (2019). *Dahili Polikliniklere Başvuran Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu.* (Yüksek Lisans Tezi). Yozgat Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ortak Yüksek Lisans, Yozgat.
69. Kearney BY, Fleischer BJ. (1979). Development of an Instrument to Measure Exercise of Self Care Agency. *Res Nurs Health*, 2(1), 25-34.
70. Kelleci, M., Ata, EE. (2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3):105-110.
71. Kılıç, A. (2005). *Dorothy Orem'in Özbakım Modelinin Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların Hemşirelik Bakımına Uygulanması.* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). GATA. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği ABD, Ankara.
72. Kırmızıgül, P. (2003). *Atipik Antipsikotik Kullanan Şizofren Hastalarda İlaç Yan Etkilerinin Yaşam Kalitesine Etkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
73. Kilian, R., Becker, T., Krüger, K., Schmid, S., & Frasch, K. (2006). Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 242-248.
74. Komser, N. (2019). *Hemşirelik Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri.* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
75. Kütük, B. (2016). *Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda öz bakımın değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
76. Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *International Journal of Nursing Studies*, 34(4), 295-304.
77. Marriner, A. (1986). *Nursing Theorist and Their Work.* The Mosby Company, St. Louis.

78. Mitchell, AJ., Selmes, T. (2007). Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, **13**: 336–346 doi:10.1192/apt.bp.106.003194
79. Mueser KT, Bellack AS, Wade JH ve ark. (1992) An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patient and their relatives. *British Journal of Psychiatry*, 160:674-680.
80. Murr-Cochrane, E. (2006). Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(4), 447-452.
81. Nahcivan N. (1993). *Gençlerde öz bakım gücü ve aile ortamının etkisi*. (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
82. Nahcivan N. Ö. (1994), Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Hemşirelik Bülteni, Cilt: 7, **Sayı: 33**.
83. Nahcivan, N. O. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western journal of nursing research*, 26(7), 813-824.
84. Nahcivan, N. Tuncel, N. (1993). *Sağlıklı Gençlerde "Öz-Bakım Gücü" ve Aile Ortamının Etkisi*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
85. Nart, A. (2013). *Açık kalp ameliyatı sonrası mobilize olan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
86. Orem, D.E.: *Nursing Concepts of Practice*, 6th. Ed., St. Mosby Year Books, 2001.
87. Orem, D.E.: *Nursing Concepts of Practice*, Mosby Year Books, St. Louis, 4th. Ed., 1991.
88. Orem, D.E.: *Nursing Concepts of Practice*. 5th. Ed., St. Mosby Year Books, 1996.
89. Ören, B. (2010). *Hemodiyaliz ve periton diyalizi olan hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi*. (Doktora Tezi). İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
90. Özcan, E. (2019). *Psikiyatri Hastalarının Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi ve Öz Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İ.Ü-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

91. Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 57-69.
92. Pearson, A., Vaughan, B. (1989). *Nursing Models for Practice*. Heinemann Nursing, London.
93. Pehlivan, K. (2004). *Kadın Psikiyatrik Hastaların Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon, Gebelik ve Çocuk Sahibi Olma, Aids ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Popülasyonla Karşılaştırılmalı Çalışılması*. (Uzmanlık tezi). İstanbul.
94. Pektekin, Ç. (2013). *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*, İstanbul Tıp Kitabevi: 105-109.
95. Sabancıoğulları, S. Doğan Başeğmez, F. (2018). *Yatarak Tedavi Gören Psikiyatri Hastalarında Öz Bakım Gücü ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. (20-23 Kasım 2018) Özet Kitabı. Antalya*, 400-406.
96. Sabancıoğulları, S., Elvan, E., Kelleci, M., & Doğan, S. (2011). Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşireler Tarafından Yapılan Hasta Bakım Planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA Tanılarına Göre Değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(3), 117-122.
97. Solgun, C. (2019). *Şizofreni Hastaların Yetiyitimi İçgörü ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
98. Sönmez, E. U. (2008). *Şizofreni hastalarında dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi* (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
99. Suluhan, D. (2016). *Gastrostomisi Olan Çocukların Ebeveynlerine Verilen Orem'in Öz Bakım Kuramına Dayalı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
100. Süğün, G.S (2005). *Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşam Niteliği ile Hastalığın Negatif- Pozitif Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
101. Süreci, B. L. H. (2000). *Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*. Baskı, Bozyaka Matbaacılık, İzmir.

- 102.T.C. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı: 6114, 17.02.2011.
- 103.Taş S, Buldukoğlu K. (2018). Şizofreni Hastalarının Taburculuk Öncesi Erken Dönemde Öz- Bakım Gücü ve Bakım Gereksinimleri. *J Psychiatric Nurs*, 9(1):11-22. DOI: 10.14744/phd.2017.64935.
- 104.Taş, S. (2014). *Şizofreni tedavisi almış bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde hemşirelik bakım gereksinimleri ve öz-bakım güçlerinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Antalya.
- 105.Tekin, Z. (2007). Bir Psikiyatri Hastanesinde Tedavi Gören Şizofrenili Hastalarda İntihar Düşüncesi: Pozitif, Negatif Belirtiler ve Depresyon İle İlişkisi. *Sağlık Psikolojisi Anabilim Dalı yüksek lisans tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon*.
- 106.Tok Yıldız, F. (2018). *Koroner Arter Hastalarında Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na Göre Yapılandırılan Eğitimin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- 107.Uğurlu, N., Gürhan, N., & Kaya, B. (2011). Şizofreni Tanısı Konan Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi. 48. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildirileri*, 9-13.
108. Ume-Nwagbo, P.N., DeWan, S.A. & Lowry, L.W. (2006). Using the Neuman systems model for best practices. *Nurs Sci Quart*, 19(1), 31-35.
- 109.Uzunçakmak, T. (2012). *Ergenlerde öz bakım eğitiminin öz-bakım gücüne etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- 110.Ünal, H. (2020). *Lomber disk Cerrahisi Sonrası Hastaların Konfor Düzeyi ve Öz Bakım Gücünün İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 111.Ünsal Avdal, E. Kızılcı S. (2010). Diyabet ve öz bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3: 164-168.
- 112.Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç. (2006). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz bakım gücü ve etkileyen etmenler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 1(3):70-80

- 113.Velioğlu, P. (2012) Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın ve Yayımcılık :319-39
- 114.Velioğlu, P. (1992). Hemşirelikte Kuram ve Kavram Geliştirme Dersi Doktora Programı, Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul.
- 115.Weiser, P., Becker, T., Losert, C., Alptekin, K., Berti, L., Burti, L., & Kilian, R. (2009). European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods. *BMC Public Health*, 9(1), 1-9.
- 116.Yılmaz S., Buzlu, S. (2012). Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2):93-103
- 117.Yurtsever, S., & Kuyurtar, F. (2005). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz-bakım gücü. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2, 26-32.
- 118.Weich, S., & Lewis, G. (1998). Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(1), 8-14.

FORMLAR**EK-1****BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU**

Sayın Katılımcımız;

Bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu durum herhangi bir cezai duruma veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu çalışma yatarak tedavi gören kadın psikiyatri hastalarının öz bakım gücü ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Aşağıdaki sorulara verilecek yanıtlar sadece bu amaçla yapılacak analizler için kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar çalışmanın güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmaya katılmanız halinde “Öz Bakım Gücü Ölçeği” ve “Kişisel Bilgiler Formu” uygulanacaktır. Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayımlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma Hemşire Esra GÜNEŞ ve Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK tarafından gerçekleştirilecektir.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı:

İmzası:

EK-2:**KİŞİSEL BİLGİLER FORMU**

Bu çalışma yatarak tedavi gören kadın psikiyatri hastalarının öz bakım gücü ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Aşağıdaki sorulara verilecek yanıtlar sadece bu amaçla yapılacak analizler için kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar çalışmanın güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK
Hem. Esra GÜNEŞ

Anket No:

Tarih:

1.Yaş:

2.Boy: Kilo:

3.Medeni Hal:

Evli () Bekar () Dul/Boşanmış ()

4.Eğitim Durumu:

İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans () Doktora ()

5.Mesleğiniz:.....

6.Çalışma durumu: Evet () Hayır ()

7.Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

Çok iyi () İyi () Orta () Kötü ()

8.Evde kiminle yaşıyorsunuz?

Ailemle () Yalnız () Ev arkadaşım/arkadaşlarımla ()

9.Hastalığınızın başlangıç yaşı:

10.Hastalığınızın adı:

11.Kaç yıldır bu hastalığa sahibsiniz?.....

12.Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan birey var mı? Evet ise kim?

Evet: Hayır ()

13. Hastalıkla ilgili aldığımız tedaviler nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

İlaçlar () EKT () Psikoterapi ()

14.Kaç kere yatarak tedavi gördünüz?.....

15.En uzun yatış süreniz kaç gün?:

16. Tedavinizin düzenine dikkat ediyor musunuz?

Evet () Hayır () Bazen ()

17. Hastalığınızla ilgili yeteri kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır () Kısmen ()

18. Psikiyatrik hastalığınız dışında başka bir hastalığınız var mı? Evet ise hastalığınız adı nedir?

Evet : Hayır ()

19. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet ()Gündeadet Hayır ()

20. Alkol / madde kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır () Bazen ()

21. Öz bakımınızı (kişisel temizliğinizi) kendiniz yapabiliyor musunuz? Hayır ise size kim yardımcı oluyor?

Evet () Hayır:

22. Hastalığınız ile ilişkili bakımınızda en çok hangi konuda zorlanıyorsunuz?

Adet hijyeni ()

Ağız Bakımı ()

Banyo ()

Saç bakımı ()

İstenmeyen tüyler ()

Tırnak/ cilt bakımı ()

23. Aşağıdaki öz bakım aktivitelerini nasıl gerçekleştiriyorsunuz?

Adet hijyeni: Adetli iken banyo yapmam () Hergün duş alırım () Gün aşırı duş alırım ()

Ağız Bakımı: Diş fırçalama alışkanlığım yok () Hergün bir kere () Sabah akşam ()

Banyo: Banyo yapmayı sevmem () Haftada bir kere () Haftada 2-3 () Her gün ()

İstenmeyen tüyler: İstenmeyen tüylerim yok () Kendim temizlerim () Kuaföre giderim ()

Tırnak/ cilt bakımı: Uzun tırnak severim () Düzenli olarak manikür yaparım ()

Tırnak temizliğine dikkat ederim ()

24. Özbakım sorunlarınız nedeniyle sosyal ilişkilerinizin etkilendiğini düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır () Bazen ()

25. Özbakım sorunlarınız nedeni ile eşinizle cinsel ilişkinizde sorun yaşıyor musunuz?

Evet () Hayır () Bazen ()

EK 3: ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1- Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.					
2- Kendimi beğeniyorum.					
3- Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılayabilmek için yeterli enerjiye sahip değilim.					
4- Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5- Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.					
6- Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7- Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.					
8- Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9- Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10- Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11- Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12- Dengeli beslenirim.					
13- Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14- Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım					

15- Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16- Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17- Kararlarımı sonuna kadar uyguladım.					
18- Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19- Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguladım.					
20- Kendimle dostum.					
21- Kendime iyi bakıyorum.					
22- Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23- Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24- Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25- Yaşam bir zevktir.					
26- Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27- Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28- Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29- Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30- Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
31- Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.					
32- Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33- Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					

34- Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35- Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					



ETİK KURUL KARARI

Ek 4: Etik Kurul İzni



Ek 5: Ölçek Kullanım İzni

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ESRA GÜNEŞ-4801180336

ORJİNALLİK RAPORU

% **13**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **12**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **7**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 2
2	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	% 2
3	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<% 1
6	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
8	acikerisim.kirklareli.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
9	acikerisim.nevsehir.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esra	Soyadı	Güneş
Doğ.Yeri		Doğ.Tar.	
Uyruğu		TC Kim No	
Email		Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2017
Lise	Bursa Osmangazi Hürriyet Anadolu Lisesi	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1	.Hemşire	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-
2.			
3.			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma *	Yazma*	KPDS/ ÜDS Puanı	Diğer Puanı
İngilizce	İyi	Çok iyi	İyi		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Latin dansları, spor yapmak, müzik dinlemek, kitap okumak, film izlemek, resim yapmak

