T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARINDA FİZİKSEL SAĞLIK DURUMU VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

DERYA KAYAR ERGİNER

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR 2016

DEU.HSI.MSc- 2010970059

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARINDA FİZİKSEL SAĞLIK DURUMU VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DERYA KAYAR ERGİNER

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Doç. Dr. NESLİHAN PARTLAK GÜNÜŞEN

DEU.HSI.MSc- 2010970059

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Derya Kayar Erginer '**Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık Durumu ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi**' konulu yüksek lisans tezini 08.08.2016 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Doç Dr. Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN

BAŞKAN

DEÜ Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

ÜYE

DEÜ Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Halis ULAŞ

ÜYE

DEÜ Tıp Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Aylin DURMAZ EDEER

YEDEK ÜYE

DEÜ Hemşirelik Fakültesi

Doç Dr. Murat BEKTAŞ

YEDEK ÜYE

DEÜ Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER.....i
TABLO DİZİNİ.....iii
KISALTMALAR.....iv
TEŞEKKÜR……v
ÖZET.....1
ABSTRACT.....2

1. GİRİŞ VE AMAÇ
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi…….....3
1.2. Araştırmanın Amacı…….5
1.3. Araştırmanın Soruları…….....5

2. GENEL BİLGİLER…….6
2.1. Kronik Psikiyatri Hastalarında En Çok Görülen Fiziksel Sağlık Sorunları ve Nedenleri...8
2.1.1 Atipik antipsikotik ilaçların fiziksel sağlığa etkisi……....9
2.2. Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlığını Koruma ve Geliştirmeye Yönelik Girişimler ve Bu Alanda Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları ……..……...13

3. GEREÇ VE YÖNTEM
3.1. Araştırmanın Tipi / Tasarımı…….18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı……18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……18
3.3.1. İçleme Kriterleri……..19
3.3.2. Dışlama Kriterleri……...19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri……19
3.4.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri……...19
3.4.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri……..19
3.5. Veri Toplama Araçları…….....19
3.6. Veri Toplama Süreci……...…….....21
3.7. Araştırma Planı……..…….22

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi……..……..…22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları……..….23
3.10. Tezin Bütçesi……...23
3.11. Araştırmanın Etiği……...23
4. BULGULAR 24
5. TARTIŞMA…….....37
5.1. Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Sorunları.....37
5.2 Araştırmaya Katılan Hastaların Sigara Alkol Kullanım Durumları ve Kişisel Hijyen Uygulamaları 43
5.3. Kronik Psikiyatri Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenlerinin karşılaştırılması.....46

6. SONUÇ VE ÖNERİLER…….....51
6.1. Sonuçlar.....51
6.2. Öneriler.....52
6.2.1. Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Sorunları.....52
6.2.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Sigara Alkol Kullanım Durumları ve Kişisel Hijyen Uygulamaları.....53
6.2.3. Kronik Psikiyatri Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....54
7. KAYNAKLAR…….....56
8. EKLER
Ek 1. Bigilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....66
Ek 2. Veri Kayıt Formu Örneği.....67
Ek 3. Kurum İzni.....72
Ek 4. Etik Kurul İzni.....74
Ek 5. Araştırmacı Özgeçmişi.....77

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Metabolik sendrom tanı kriterleri.....11
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....24
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalıklarına Ait Özellikleri.....25
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hastaların Mevcut Fiziksel Hastalıkları.....26
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hastaların Fiziksel Bulgu ve Semptomları.....27
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hastaların BKI Dereceleri.....28
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Hastaların Metabolik Sendrom Durumları.....29
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hastaların Sigara, Alkol Kullanımı ve Kişisel Hijyen Uygulamaları.....29
Tablo 9 Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçek puan durumları.....30
Tablo 10: Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....31
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalıklarına Ait Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....34

KISALTMALAR

AKŞ...…….Açık Kan Şekeri

Ark…….Arkadaşları

ATP-III ……Adult Treatment Protocol III (Üçüncü Erişkin Tedavi Paneli)

ATP-III A ……...Adult Treatment Protocol III Adapted (Amerikan Kalp Birligi tarafından yenilenen Üçüncü Erişkin Tedavi Paneli)

BPB……..Bipolar Bozukluk

BKİ ……..Beden Kitle İndeksi

DM ……Diyabetus Mellitus

DSÖ……...Dünya Sağlık Örgütü

GİS……..……Gastrointestinal Sistem

HDL ……High Density Lipoprotein (Yüksek Yogunluklu Lipoprotein)

HT……..Hipertansiyon

IDF ……...International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)

KAH ……..Koroner Arter Hastalığı

KBY……...…Kronik Böbrek Yetmezliği

KOAH…….....Kronik Obstrüriktif Akciğer Hastalığı

KVH…….Kardiyovasküler Hastalık

Kw……Kruskall Wallis

LDL ……..Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)

U……..Man Whitney U

Max……..Maximum

MDB……Majör Depresif Bozukluk

MI ……...Miyokard İnfarktüsü

Min……Minimum

NCEP ……The National Cholesterol Education Program

OKB…….….Obsesif Kompülsif Bozukluk

PCOS …….Polikistik Over Sendromu

SPSS…….....Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler icin Istatistik Paketi)

SS……..…Standart Sapma

SVH……Serebro Vasküler Hastalık

SYBDÖ……Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

WHO……Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisansa başladığım ilk günden itibaren ve eğitimim süresince bana yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yoluma ışık tutan, beni cesaretlendiren ve her zaman destekleyen, çok değerli Hocam; Prof. Dr. Besti Üstün'e;

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tez çalışma sürecimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bana rehberlik eden, her konuda beni destekleyen çok değerli Danışman Hocam, Doç. Dr. Neslihan Partlak Günüşen'e;

Yüksek lisans eğitimimin en başından itibaren benim üzerimde emeği büyük olan, önerileri ve olumlu geribildirimleriyle tezimin şekillenmesine katkı sağlayan değerli Hocam, Doç. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman'a;

Tez jürimde yer alarak tezime olumlu ve yapıcı geri bildirimleriyle katkı sağlayan sayın Doç. Dr. Halis Ulaş'a;

Veri toplama sürecimde yardımlarını esirgemeyen ve uygun koşullarda veri toplamamı sağlayan Dokuz Eylül Üniversitesi Yetişkin Psikiyatri kliniği çalışanlarına ve hemşirelerine, çalışmama katılmayı kabul eden hastalara;

Tez yazım sürecimde deneyimlerini benimle paylaşan, sorularımı her daim yanıtlayan sevgili arkadaşım Arş. Gör. Yasemin Ayhan'a;

Her zaman yanımda olan, beni manevi yönden destekleyen, moral ve motivasyon kaynağım aileme; ingilizce desteği için kardeşim Nazlıcan Kayar'a; eşim Ömer Erginer ve yaşam kaynağım biricik kızım İdil Yaşam Erginer'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Derya Kayar Erginer

KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARINDA FİZİKSEL SAĞLIK DURUMU VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

DERYA KAYAR ERGİNER

prmderyakayar@gmail.com

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, psikiyatri kliniğinde yatan kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın örneklemini, bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatan 115 hasta oluşturmuştur. Örneklem amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak hazırlanan kişisel bilgi formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yoluyla, Şubat-Ağustos 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Hastaların sağlıklı yaşam davranışlarını ölçmek için, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların %59,1'i psikiyatrik tanısı dışında en az bir fiziksel tanıya sahiptir. Ayrıca bu fiziksel tanılar dışında hastalar görme problemi, diş çürüğü, ağız kuruluğu, ödem, mide yakınması, konstipasyon, idrar yakınmaları, cinsel fonksiyonda değişim, denge, hareket ve uyku problemi, artmış susama isteği ve iştahta artma gibi fiziksel yakınmalar bildirmiştir. Hastaların %66,1'inin beden kitle indeksinin (BKİ) yüksek olduğu, Uluslararası Diyabet Federasyonuna (IDF) göre %49,6'sının, Amerikan Kalp Birliği tarafından yenilenen Üçüncü Erişkin Tedavi Paneline göre (ATP III A) %40'ının metabolik sendroma sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların SYBDÖ II' den aldıkları puan ortalaması 119,19 olup, hastalar en yüksek puanı ölçeğin manevi gelişim, en düşük puanı ise fiziksel aktivite ve stres yönetimi alanından almıştır.

Sonuç: Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının oldukça bozulmuş olduğu belirlenmiştir. Bu hastaların sağlığının korunması ve geliştirilmesinin, psikiyatri hemşireleri açısından öncelikli bir sorun olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimler: Kronik psikiyatri hastaları, fiziksel sağlık, metabolik sendrom, sağlıklı yaşam biçimi davranışları.

DETERMINATION OF PHYSICAL HEALTH STATUS AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS IN CHRONIC PSYCHIATRIC PATIENTS

DERYA KAYAR ERGİNER

prmderyakayar@gmail.com

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine physical health status and healthy lifestyle behaviors in chronic psychiatric patients hospitalized at the psychiatry clinic.

Methods: The sample of this descriptive study consisted of 115 patients hospitalized in the psychiatric clinic of a university hospital. The sample was determined using the purposive sampling method. Data were collected with face-to-face interviews between February 2013 and August 2013 using the personal information form prepared by the researcher in line with literature. To assess the healthy lifestyle behaviors of the patients, the Healthy Lifestyles Behaviors Scale (HLBS) II was used.

Results: Of the patients, 59.1% had at least one physical diagnosis in addition to the psychiatric diagnosis. Besides these physical diagnoses, the patients also reported some other physical complaints such as vision problems, tooth decay, dry mouth, edema, heartburn, constipation, urinary complaints, changes in sexual function, balance, movement and sleep problems, increased thirst, and increased appetite. Of the patients, 66.1% had high body mass indices (BMI), 49.6% had the metabolic syndrome according to the International Diabetes Federation's (IDF) criteria and 40% had the metabolic syndrome according to the criteria of the Adult Treatment Panel (ATP III A) renewed by the American Heart Association. The mean score the patients obtained from the HLBS II was 119.19. The patients obtained the highest mean score from the spiritual development dimension of the scale and the lowest mean score from the physical activity and stress management dimension.

Conclusion: The physical health of chronic psychiatric patients was rather deteriorated. Protection and promotion of these patients' health is a priority issue for psychiatric nurses.

Keywords: chronic psychiatric patients, physical health, metabolic syndrome, healthy lifestyle behaviors.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde psikiyatrik hastalığı olan bireylerde mortalite ve morbidite oranlarının %25 daha fazla olduğu belirtilmektedir. Morbidite ve mortaliteyi etkileyen olayların başında Serobro Vasküler Hastalıklar (SVH) ve Miyokard Enfarktüsü (MI) gelmektedir (Uğur, 2008). Kilo alımına bağlı hipertansiyon (HT), diyabetus mellitus (DM) ve koroner arter hastalıkları (KAH) önemli sağlık sorunlarıdır. Özellikle yeni kuşak antipsikotik ilaçların kullanılmasıyla birlikte bu konunun önemi artmıştır. Yeni kuşak antipsikotik ilaçlar, daha az ekstrapiramidal sistem yan etkilerine yol açmakta ve daha az hiperprolaktinemi yaratmaktadır. Bununla birlikte daha fazla metabolik soruna neden olmaktadırlar (Yüksel ve Sayın, 2006). Şizofreni, şizoaffektif bozukluklar, bipolar duygu durum bozukluğu gibi kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin genel nüfusa göre 10-15 yıl daha erken öldüğü tahmin edilmektedir. Ayrıca kardiyovasküler hastalıkların (KVH) görülme oranı genel nüfustan 2-3 kat daha fazladır (White ve ark., 2009).

Kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin fiziksel sağlığı ihmal edilmiş bir alandır. Bu hastaların genel nüfusa oranla yaşam beklentileri önemli ölçüde azalmaktadır ve bu hastaların çoğu KVH veya metabolik komplikasyonların bir sekelinden ölmektedirler. (Ohlsen ve ark., 2005). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel kötü sağlık koşullarına dünya literatüründe geniş olarak yer verilmesine rağmen, bu hasta grubu için sağlık bakımının sağlanması sorun olmaya devam etmektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda psikiyatri hastalarının ölüm sebebi kaza ya da intihardan daha çok enfeksiyon ya da solunumsal hastalıklar olarak saptanmıştır (Collins ve ark., 2011). Psikiyatri hastalarının sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamaları ve bu konuda toplumsal desteğin az oluşu, bu bireylerde kötü sağlık koşulları ve erken ölümlere katkıda bulunan faktörlerdir. Bu kötü sağlık koşullarının birçoğu değiştirilebilirdir. Bu alanda psikiyatri hemşireleri koruma ve erken müdahalede anahtar bir role sahiptirler (Happel ve ark., 2011). Psikiyatri hemşireleri, iyileştirme stratejileri sayesinde hem fiziksel sağlığın kötüleşmesini hem de kronik ruhsal hastalığı olan insanların yaşadığı erken ölümleri önlemede katkı sağlayabilirler (Hardy ve Thomas, 2012). Ancak bu alanda yapılan çalışmalar sonucunda, hemşirelerin bu rol hakkında kararsız olduğu, kendilerini bu alanda yetersiz algıladıkları ve güven eksikliği hissettikleri belirlenmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin psikiyatri hastalarının psikososyal bakımında sahip olduğu roller kadar, hastaların fiziksel bakımı ile ilgili olarak sahip olduğu rolleri de oldukça önemlidir (Bradshaw ve Pedley, 2012).

Kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin fiziksel sağlığının yönetimi çağdaş ruh sağlığı hemşirelik bakımı için bir zorunluluk haline gelmiştir. Psikiyatri hastalarının genel sağlık hizmetlerine erişiminde engeller literatürde açıkça belirtilmiştir. Bu engellerin başında sağlık personelinin psikiyatri hastalarına yönelik bakım vermedeki isteksizliği, stigma, fiziksel yakınmaların psikosomatik olarak değerlendirilmesi ve fiziksel sorunlara yönelik rutin olarak yürütülen taramaların olmaması gelmektedir (Muir-Cochrane, 2006).

Zihinsel ve fiziksel sağlık bakımının ayrı ele alınması bakımın bütüncüllüğünü ve sürekliliğini engeller. Psikiyatri hemşireleri, psikiyatrik bakımın standart haline gelmesi için izlem araçları kullanarak rutin bir fiziksel sağlık değerlendirmesini psikiyatrik bakıma ekleyebilirler (Gray ve ark., 2009). Ruhsal hastalığa sahip olan bireyler, sağlık sorunlarını tanımak, değerlendirmek ve yönetebilmek için psikiyatri hemşirelerine ihtiyaç duyarlar. Bu bağlamda ruh sağlığı hemşireleri zihinsel ve fiziksel sağlık arasında hastalar için bir köprü görevi görürler (Muir-Cochrane, 2006). Bu yaklaşım fiziksel sağlık problemi olan zihinsel hastanın bütüncül bakım almasını sağlar. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık düzeylerini değerlendirmek, fiziksel sağlık sorunlarını tespit etmek ve antipsikotik ilaç uyumunu sağlamak için çeşitli tarama araçları geliştirilmiştir. Yapılandırılmış özel programlar içerisinde, diyet, egzersiz, sigarayı bırakma gibi sağlığın yükseltilmesine yönelik pozitif yaşam tarzı değişiklikleri yer almaktadır. Bu programların kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerde özelikle diyet kalitesinin arttırılması ve benlik saygısını geliştirmeyle ilgili pozitif yaşam tarzı değişikliklerini etkilediği görülmüştür (Ohlsen ve ark., 2005).

Gerek dünya literatüründe gerekse ülkemizde yapılan çalışmalar, kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerin, yaşam beklentilerinin genel nüfusa göre azaldığını ve ölüm nedenlerinin daha çok fiziksel hastalıklar olduğunu göstermektedir. Kronik psikiyatri hastalığı olan bireyler, psikiyatrik yakınmalarıyla baş etmeye çalışırken, bir yandan fiziksel yakınmalarla karşı karşıya gelmekte, bu da hem ilaç uyumunu, hem de hastalığın seyrini zorlaştırmaktadır. Buna rağmen psikiyatri hastalarının tedavisinde sadece ruhsal yakınmalara odaklanılmakta, hastaların fiziksel sağlıkları ihmal edilmektedir. Psikiyatri hemşireleri de kliniklerde daha çok psikiyatrik açıdan hastaya bakım vermekte, fiziksel sağlık psikiyatri hemşiresinin sorumluluk alanı olarak görülmemektedir. Psikiyatri hemşireleri, hastalarda henüz belirtiler ortaya çıkmadan, gerekli ölçümleri yaparak ve diyet egzersiz programları ile sağlıklı yaşam davranışlarını bu hastalara kazandırarak fiziksel yakınmaları önleyebilirler. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, fiziksel hastalıklara karşı

koruyucu önlemler alma, erken tanılama ve egzersiz, diyet gibi müdahale programları ile sağlıklı yaşam davranışının geliştirilmesinden sorumludur.

Bu çalışma ile psikiyatri hastalarının öncelikli fiziksel sağlık problemleri saptanabilecek ve gereksinim duydukları fiziksel sağlık bakım alanları belirlenebilecektir. Bu araştırmanın, hemşirelik alanında psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığına odaklanan bir çalışma olarak ülkemizde hemşirelik literatürü ve eğitimi için önemli bir katkı sağlayacağı ve hemşirelerin bu alandaki sorumluluklarının farkındalığını arttıracağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, psikiyatri kliniğinde yatan kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Kronik psikiyatri hastalarının ifade ettikleri mevcut fiziksel hastalıkları nelerdir?
2. Kronik psikiyatri hastalarının yaşadıkları fiziksel sağlık problemleri, fiziksel bulgu ve yakınmaları nelerdir?
3. Kronik psikiyatri hastalarının beden kitle indeksleri (BKİ) nasıldır?
4. Kronik psikiyatri hastalarında metabolik sendrom sıklığı nedir?
5. Kronik psikiyatri hastalarının sigara, alkol kullanımı ve kişisel hijyen uygulamaları nasıldır?
6. Kronik psikiyatri hastalarının sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi nasıldır?
7. Kronik psikiyatri hastalarının sosyodemografik özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
8. Kronik psikiyatri hastalarının hastalık özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Kronik psikiyatri hastalarının artan fiziksel sağlık sorunları uluslararası literatürde ilgi çeken bir konu haline gelmiştir ve bu konuda çalışmaların arttığı görülmektedir. Literatüre göre kronik psikiyatri hastalarının genel nüfusa göre yaşam beklentisi 25 yıla kadar azalmaktadır ve hastalar sıklıkla sosyal dışlanmaya katkıda bulunan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilen önemli bir fiziksel morbidite yaşarlar (Gray ve ark., 2009). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık koşullarının olumsuz olduğu belirtilmektedir. Bu koşulların çoğu değiştirilebilirdir ancak birçok sağlık bakım sisteminde kronik psikiyatri hastalarının fiziksel ihtiyaçları yeterli düzeyde karşılanmamaktadır (Happell ve ark., 2011).

Kronik ruhsal hastalık, bireylerde kişisel bakım, toplumsal ilişkiler, çalışma hayatı ve boş zaman gibi alanlarda işlevsellikte azalmaya sebep olan psikiyatrik hastalıkları ifade etmektedir. Kronik ruhsal hastalık için yapılan tanımlarda, ruhsal bozukluğun uzun süreli ya da kalıcı olması, beklenen sosyal role uyumda yetersizlik, psikososyal işlevsellikte azalma ortak ifadelerdir ve bu kavram genellikle şizofreni, bipolar duygu durum bozukluğu ve daha az olarak da majör depresif bozukluğu olan hastalar için kullanılmaktadır (Eryıldız, 2008).

Literatürde, psikiyatri hastalarının genel sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamaları ile ilgili nedenler ve sağlık bakımı almalarının önündeki engeller yapılan çalışmalar sonucunda saptanmıştır. Bu engellerin başında hastaların somatik yakınmalarının psikiyatrik olarak algılanması ve fiziksel hastalıkların geç fark edilmesi gelmektedir. Bu bireylerin düzenli kontroller, erken tanı ve tedavi ile fiziksel sağlıkları iyileştirilebilir, mortalite ve morbidite oranları düşürülebilir. Bu bağlamda da psikiyatri hemşiresi anahtar bir role sahiptir (Chadwick ve ark., 2012). Dünya literatürüne baktığımızda bu alanda pek çok çalışma yapıldığı görülmektedir. İngiltere'de kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında psikiyatri hemşiresinin rolünü belirlemek amacıyla bir literatür incelemesi yapılmış, bu incelemenin sonucunda psikiyatri hemşiresinin, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık ihtiyaçlarını iyileştirmek için esas bir konumda olduğu, doğru destek ve eğitim ile bu grup için olumlu sonuçlar oluşturabileceği saptanmıştır. Ayrıca psikiyatri hemşirelerinin, rollerinde değişiklik yapmak ve fiziksel sağlığı iyileştirmek için olumlu bir tutuma sahip olması ve aynı zamanda bunun için çalıştığı kuruluşlardan destek alması gerektiği belirtilmektedir (Blythe ve White, 2012).

Uluslararası literatüre baktığımızda, kronik psikiyatri hastalığı olan bireyler için çeşitli izlem araçları geliştirilmiş ve yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda fiziksel sağlığı iyileştirme amacıyla sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmeye yönelik (egzersiz, diyet gibi) müdahale

programları oluşturulmuştur (Happel ve ark., 2012). Buna rağmen kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı yurt dışında da halen yeterince önem verilmeyen bir konudur ve bu alanda yapılan çalışmalar daha çok tanımlayıcı tiptedir (Blythe ve White, 2012). Bu yüzden girişimsel çalışmaların arttırılması gereksinimi devam etmektedir. Ülkemizdeyse bu tip çalışmalar çok az sayıda olup, genelde tanımlayıcı tipte araştırmalardır (Kayar Erginer ve Günüşen, 2013). Psikiyatri hemşireleri kliniklerde daha çok psikiyatrik açıdan hastaya bakım vermekte, hastaların fiziksel sağlığı psikiyatri hemşiresinin sorumluluk alanı olarak görülmemektedir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, fiziksel hastalıklara karşı koruyucu önlemler alma, erken tanılama ve egzersiz, diyet gibi müdahale programları ile sağlıklı yaşam davranışının geliştirilmesinden sorumludur. Hemşirelik bakımı yalnızca tıbbi tanı ile sınırlı değildir. Psikiyatri hastalarında, ruh sağlığı bakımı birincil olarak dikkate alınmalı, ancak bütüncül bakım sağlayan hemşireler olarak psikiyatri hemşireleri, hastaları sosyal, mesleki biyolojik ve manevi konuları kapsayan bütüncül değerlendirmeye devam etmelidirler (Edward ve ark., 2010).

Avusturalya'da yapılan bir çalışmada psikiyatri hastalarının sağlık bakımı almadaki engelleri incelenmiş ve bu engeller şöyle özetlenmiştir:

1) Sağlık profesyonelleri tarafından ruh sağlığı şikâyetlerine odaklanıldığı için diğer sağlık şikâyetlerinin göz ardı edilmesi,
2) Psikiyatrist olmayan hekimler tarafından psikiyatri hastalarına kapsamlı bakım vermede isteksizlik,
3) Bakımın sürekliliği ve hasta izlemindeki eksiklik,
4) Fiziksel sorunlara yönelik taramaların rutin olarak yürütülmemesi,
5) Fiziksel şikâyetlerin psikosomatik olarak değerlendirilmesi,
6) Ruh sağlığı hizmetlerinde genel sağlık kontrolleri için zaman ve kaynağın mevcut olmaması,
7) Hastaların tıbbi problemlerini açıklamadaki yetersizliği,
8) Özellikle psikotik hastalarda bilişsel ve psikososyal yetersizlik olabilmesi nedeniyle, fiziksel hastalık semptomlarının doğru değerlendirilememesi,
9) Hastalar ile sağlık personeli arasındaki irtibat ve işbirliği eksikliği
10) Bakım hizmetlerine erişim eksikliği
11) Antipsikotik ilaç kullanımı ile ilgili yüksek ağrı toleransı nedeniyle fiziksel belirtilerin farkındalığının eksikliği
12) Bakıma katılmada başarısızlık, bakımın sürekliliğinin eksikliği

13) Yaşam tarzında değişiklik yapmada zorluklar, örneğin sigaranın bırakılması, alkol alımının azaltılması
14) Hastaların temel sağlık ihtiyaçları için yetersiz bilgiye sahip olması (Muir-Cochrane 2006).

Psikiyatri hastalarının genel sağlık hizmetleri almasının önündeki bu engeller, fiziksel sağlığı koruma ve hastalıkları önleme çalışmaları açısından önemli bulgulardır ve bunlar değiştirilebilir koşullardır.

2.1.Kronik Psikiyatri Hastalarında En Çok Görülen Fiziksel Sağlık Sorunları ve Nedenleri

Kronik psikiyatri hastalarının yaşam beklentisini azaltan olumsuz fiziksel sağlık sorunlarının başında diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve obezite gelmektedir (Hardy ve Gray, 2010). Kronik psikiyatri hastaları, genel nüfusa oranla yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptir ve obezite ile ilgili sorunları yaygındır (McCloughen ve Foster 2011). Ayrıca kronik psikiyatri hastalarında görülen metabolik sendrom, tüm dünyada giderek yaygınlaşan ve çok fazla sayıda insanı etkileyen önemli bir morbidite nedenidir (Öyekçin., 2009). Kilo alımına bağlı HT, DM ve KAH bu hastalar için önemli sağlık sorunlarıdır. Kronik psikiyatri hastaların çoğu kardiyovasküler hastalık veya metabolik komplikasyonların bir sekelinden ölmektedirler (Ohlsen ve ark., 2005).

Şizofreni hastaları obezite açısından risk grubu olarak bilinmektedir. Düzensiz beslenme, sedanter yaşam ve psikotrop ilaç yan etkileri, obezitenin oluşunda rol oynayan etkenler arasında sayılabilir (Öyekçin, 2009). Ayrıca obezite horlama ve uyku apnesi, nefes darlığı ve eklem ağrılarına da yol açmaktadır (Muir-Cochrane, 2006). Şizofreni hastalarının beslenme alışkanlıklarının obezite derecesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; hastaların beslenme alışkanlıkları, ilaç tedavisi ve sosyal çevrenin etkileri incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, şizofreni hastalarının sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu görülmüştür. Alınan ilaç tedavisine bakılmaksızın zararlı beslenme alışkanlıklarının, obezite ve ilişkili metabolik değişiklikler ile sonuçlandığı vurgulanmıştır (Simonelli-Muñoz ve ark, 2012).

Kronik psikiyatri hastaları ile kilo alımı ve diyabet arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma; şizofreni ve kilo alımı arasında doğrudan bir bağlantı olabileceğini de iddia etmektedir. Özellikle şizofrenin etiyolojisine baktığımızda stresin şizofreni gelişimde rol oynadığı belirtilmiştir. Bu hastalarda, hipofizo-pitüiter-adrenal eksenindeki bozukluk nedeni ile yükselmiş kortizol düzeyleri birçok mekanizma ile diyabet gelişimine neden olabilir (Usta ve ark., 2007).

Kilian ve arkadaşları Almanya'da genel nüfus ile psikiyatri hastalarının sağlık davranışlarını karşılaştırmış ve sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıklarını psikiyatri hastalarında daha yaygın

bulmuştur. Şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, nevrotik ve somatoform bozukluk tanıları alan hastalarda sigara ve uyuşturucu madde kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlığının yaygınlığı yüksek, şizofreni olan hastalarda ise alkol tüketim oranı ve beden kitle indeksinin artmış olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık sorunlarının bir nedeni olarak kötü sağlık davranışlarının rolü güçlü bir şekilde vurgulanmaktadır (Kilian ve ark., 2006). Sigara, alkol ve madde kullanımı, hareketsizlik, kötü beslenme alışkanlıkları değiştirilebilir yaşam tarzı faktörleridir (Ateş ve Durmaz, 2010). Psikiyatri hastalarının yaşadığı fiziksel sorunları kilo alımına bağlı metabolik sorunlarla sınırlı değildir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel kötü sağlık koşullarına dünya literatüründe geniş olarak yer verilmesine rağmen, bu hasta grubu için sağlık bakımının sağlanması sorun olmaya devam etmektedir. Kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık problemlerinin nedenleri; tedaviye bağlı nedenler, fiziksel koşullar, olumsuz yaşam tarzı alışkanlıkları, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan negatif belirtiler ya da depresif duygu durum, fiziksel aktivitenin azalması olarak belirtilmektedir (Weiser ve ark., 2009).

Ülkemizde yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında fiziksel hastalık sıklığını saptayan bir çalışmada hastaların %38'inde farklı sistemleri tutan bir ya da birden çok fiziksel hastalık saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda fiziksel hastalık dağılımı; %13.5 endokrin, %12.2 hematolojik (anemi), %11 nörolojik, %8.6 oranlarında kardiyak (hipertansiyon) ve dermatolojik, %6 oranlarında kulak burun boğaz ve göğüs hastalıkları, %4.8 hepatik, %3.6 renal, %7.3 lipid profili bozukluğu saptanmıştır (Aydemir ve ark., 2008).

Kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerde fiziksel sağlık sorunları önemli ve önceliklidir, bu nedenle bu yönde hastaların izlenmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

2.1.1 Atipik antipsikotik ilaçların fiziksel sağlığa etkisi

Kronik psikiyatri hastalarının kullandığı ilaçlar fiziksel sağlık sorunlarına katkı veren önemli nedenlerden biridir. Özellikle yeni kuşak (atipik) antipsikotik ilaçların kullanılmasıyla birlikte bu konunun önemi artmıştır. Atipik antipsikotiklerin tipik antipsikotik ilaçlardan en önemli farkları, hem negatif, hem pozitif belirtiler üzerinde etkili olması, negatif belirtileri arttırmaması, ekstrapiramidal sistem yan etkisi olmaması, geç diskinezi oluşturmaması ve prolaktin artışına neden olmamasıdır (Yüksel ve Sayın 2006). Tipik antipsikotik ilaçlar özellikle fronto kortikal bölge ile limbik bölgelerdeki dopamin reseptörlerini kontrol ederek daha çok pozitif belirtiler üzerinde etkilerini göstermektedir. 1990'lı yıllarda keşfedilen atipik antipsikotik ilaçlar ise hem pozitif hem

negatif belirtilerin giderilmesinde etkili olmalarının yanı sıra atipik antipsikotik ilaçların kullanılmasıyla, tipik ilaçlarda sık gözlenen ekstrapiramidal belirtilerde önemli azalmalar görülmektedir. Ancak bununla birlikte atipik antipsikotik ilaçlar kilo alımına yol açabilmektedirler. Bu etkilerini iştah düzenleyici genlerin reseptör fonksiyonlarını bozarak ve pankreas beta hücreleri üzerindeki etkileriyle hiperinsülinemi, beraberinde insülin direnci, DM, dislipidemi ile gösterirler (Uğur, 2008). Atipik antipsikotik ilaçlardan özellikle klozapin, insülin düzeyini arttırarak glikoz toleransında bozulmaya neden olmakta ve serum trigliserid düzeyini arttırmaktadır. Klozapin ve olanzapin serum leptin düzeylerini arttırmakta bu da aşırı yemeye sebep olmaktadır. Antikolinerjik etkiye bağlı olarak susuzluk hissi ve iştahta artma meydana gelmekte, ağız kuruluğu yapan ilaçlar yüksek kalorili sıvı alımını arttırmaktadır (Yüksel ve Sayın 2006). Antipsikotik ilaçlar D2 (dopamin) reseptör antagonist etkileri sebebiyle prolaktin seviyesini yükseltirler. Bunun sonucu olarak da kadınlarda, galaktore, adet düzensizlikleri ve erkeklerde, jinekomasti, empotans gibi komplikasyonlara yol açabilirler (Çetin, 2008).

Kilo alımı insülin direncine neden olarak bir dizi metabolik anormalliklere neden olan "Metabolik Sendrom" tablosuna yol açabilir. Metabolik sendrom, insülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya DM, dislipidemi, HT ve KAH gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği kritik kardiyak risk faktörlerinin bir kümesidir (Arslan ve ark., 2009; IDF, 2006). Abdominal obezite, trigliserid yüksekliği, Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein (High Density Lipoprotein –HDL) kolesterol düşüklüğü, Açlık Kan Şekeri (AKŞ) ve kan basıncı yüksekliği metabolik sendromun en yaygın kabul gören tanı kriterleridir (Oğuz 2008). Ancak metabolik sendrom için Dünya Sağlık Örgütü (WHO) -1999, NCEP (National Education Program) ATPIII (Adult Treatment Panel III)- 2001, IDF (Uluslararası Diyabet Federasyonu)- 2005, farklı tanı kriterleri tanımlanmıştır (Arslan ve ark., 2009). IDF'e göre, abdominal obezite tanı kriteri mutlaka karşılayan ve diğer parametrelerden en az ikisini sağlayan hastalar metabolik sendrom tanısı alır. NCEP ATPIII'e göre ise tanı kriterlerinden en az 3'ünü karşılamak gerekir. WHO ise tanı kriterleri arasında insülin direnci, bozulmuş glikoz toleransı ya da DM tanısının en az biri olmak zorundadır. Tabloda metabolik sendrom tanı kriterleri yer almaktadır.

Tablo 1: Metabolik sendrom tanı kriterleri*

Kriter	Ölçüm	Sınır değer	
Abdominal obezite**	Bel çevresi	Erkeklerde ≥ 94 cm Kadınlarda ≥ 80 cm Erkeklerde > 102 cm Kadınlarda > 88 cm	IDF Tanımı NCEP ATPIII Tanımı
HDL Düşüklüğü (veya HDL yükseltmek için ilaç kullanıyor olmak)	HDL Kolesterol	Erkeklerde<40 mg/dl Kadınlarda<50 mg/dl	
Hipertrigliseridemi (veya trigliseridleri düşürmek için ilaç kullanıyor olmak)	Trigliserid (Açlık Plazma)	≥ 150 mg/dl	
Hiperglisemi (veya DM tanısı ya da hiperglisemi için ilaç kullanıyor olmak)	Glikoz (Açlık plazma)	≥ 100 mg/dl (veya Tip 2 DM) ≥ 110 mg/dl***	IDF Tanımı NCEP ATPIII Tanımı
Hipertansiyon (HT tanısı ya da antihipertansif ilaç kullanıyor olmak)	Kan Basıncı	≥ 130/85 mmHg	

*Metabolik sendrom tanısı için beş parametreden üçünün bulunması gerekir.
**IDF' e göre metabolik sendrom tanısı için abdominal obezite mutlaka bulunmalıdır
*** ATPIII-A AKŞ sınırını ≥ 100 mg/dl olarak değiştirmiştir.
(IDF, 2006; Arslan ve ark., Metabolik Sendrom Kılavuzu 2009).

Antipsikotik ilaç kullanan psikiyatri hastalarında görülen metabolik sendrom, dünya literatüründe ilgi çeken bir konu haline gelmiştir. Avustralya'da yapılan bir çalışmada geliştirilen metabolik sendrom tarama aracı (MSST) ile taranan 73 hastadan 45'inde (% 61.6) metabolik sendrom tanımlanmıştır (Brunero ve Lamont, 2009). İngiltere'de en az altı aydır tipik ya da atipik antipsikotik ilaç kullanan 103 hasta ile yapılan bir çalışmada; altı hastada bozulmuş glikoz dengesi, altı hastada DM, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen kriterlere göre sekiz hastada metabolik

sendrom saptanmıştır (Mackin ve ark., 2005). Straker ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 89 psikiyatri hastasının 26'sının (%29.2) metabolik sendrom kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir (Straker ve ark., 2005).

Metabolik sendrom alanında Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı IDF tanı ölçütlerine göre %42.5, ATP III A'ya göre ise %35,6 olarak tespit edilmiştir (Kaya ve ark., 2009). Kocaeli Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise, metabolik sendrom IDF ölçütlerine göre %41 olarak bulunmuştur. Ayrıca metabolik sendrom tanısı konulan hastaların yaş ortalaması, hastalık ve tedavi süresinin metabolik sendrom tanısı konmayan hastalarınkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Cerit ve ark., 2008). Erzurum'da psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve şizoaffektif tanısı konan hastalarda metabolik sendrom sıklığını ölçen bir çalışmada metabolik sendrom sıklığı ATP III (Üçüncü Erişkin Tedavi Paneli) ölçütlerine göre %35.3 olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonucuna göre, hastaların yaş ortalaması, tedavi ve hastalık süresi, cinsiyet (erkek olmak) metabolik sendrom ile ilişkili bulunmuş, atipik antipsikotik kullanan hastaların %26.7'sinde, ikili tedavi gören (atipik antipsikotik ve depo antipsikotik) hastaların %33.3'ünde Metabolik Sendrom saptanmıştır (Öyekçin, 2009).

Metabolik sendromla ilgili yapılan tüm çalışmalarda sendromun başlangıcındaki anahtar rol kilo alımı ve abdominal obezitedir. Kilo alımında tanı ve klinik tipin de önemli olabileceği savunulmuştur. Negatif belirtilerin yoğun olduğu hastaların fiziksel aktivite azlığı nedeni ile kilo alımına daha yatkın olmaları beklenir. Ayrıca kilo alımı üzerinde etkili olduğu ileri sürülen diğer etkenler, ilacın dozu ve kullanım süresi ve kullanılan ilaçtır. Özellikle yapılan çalışmaların çoğunun sonucu, klozapin ve olanzapinin adipozitlerden leptin salınımını uyararak, serum leptin düzeyini arttırdığı ve bunun da aşırı yemeye sebep olduğu, yine bu ilaçların insülin düzeyini daha çok arttırarak, glikoz toleransını bozduğu aynı zamanda serum trigliserit düzeylerini arttırdığı yönündedir. Hiperlipidemi, karaciğerden çıkan glikozu arttırarak (glukoneogenez) glikoz toleransının bozulmasına zemin hazırlar. Ayrıca, BKİ yüksekliği, obezite, yaş, ailede diyabet öyküsü, sigara, fiziksel aktivite azlığı, HT, gestasyonel diyabet öyküsü, polikistik over sendromu (PCOS) insülin direnci ile bağlantılı diğer risk faktörleridir (Yüksel ve Sayın 2006).

2.2.Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlığını Koruma ve Geliştirmeye Yönelik Girişimler ve Bu Alanda Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Uluslarası literatürde psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığıyla ilgili tanımlayıcı tipteki çalışmaların yanı sıra, sınırlı sayıda olmakla birlikte kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hemşire liderliğindeki girişimsel müdahale programlarını görülmektedir. Ruhsal hastalığa sahip olan bireyler, sağlık sorunlarını tanımak, değerlendirmek ve yönetebilmek için psikiyatri hemşirelerine ihtiyaç duyarlar. Bu bağlamda ruh sağlığı hemşireleri zihinsel ve fiziksel sağlık arasında hastalar için bir köprü görevi görürler (Muir-Cochrane, 2006). Bu yaklaşım fiziksel sağlık problemi olan zihinsel hastanın bütüncül bakım almasını sağlar. Yapılan sistematik bir literatür incelemesi sonucunda, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığının geliştirilmesinde sağlıklı davranış müdahalelerinin olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bu çalışmaların ortak sonucu olarak psikiyatri hemşireliği mesleğinde sağlıklı davranış müdahaleleri üzerine odaklanmanın psikiyatri hastalarının genel sağlık ve sağlık davranışlarında gelişmelere yol açabileceği sonucuna varılmıştır (Happel ve ark., 2012).

Psikiyatri hastalarında görülen erken kardiyovasküler hastalıklar, cinsiyet, yaş, aile öyküsü gibi değiştirilemez risk faktörlerinin yanı sıra obezite, sigara kullanımı, diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi gibi davranışsal değişiklikler yoluyla değiştirilebilen risk faktörlerini de içerir. Sağlıklı yaşam tarzı müdahaleleri ile yapılacak olan davranışsal değişiklikler ile sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarında psikiyatri hemşireleri kritik bir noktada durmaktadırlar (Bonfioli ve ark., 2012). Psikiyatri hemşirelerinin, kardiyovasküler ve metabolik anormallikleri tanımlamak ve risk faktörlerini saptamak için tarama, tedavi ve yönetim sürecinde aktif olarak rol alması ve liderlik göstermesi için; "kardiyometabolik ruh sağlığı danışman hemşiresi" olarak yeni bir rol önerilmiştir (Brunero ve Lamont, 2009).

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 pnömoni takibi yapmak gibi fiziksel sağlık alanında rolleri de bulunmaktadır. Ayrıca hastaların ruhsal ve fiziksel sağlığının değerlendirildiği, planlanan hemşirelik uygulamaları doğrultusunda hasta sorunlarının ele alındığı planlı ve düzenli görüşmeler yapmak, ruh sağlığı hizmetinin etkinliği için gerekirse başka birimlerden ya da disiplinlerden danışmanlık almak, danışmanlık alması için bireyi/aileyi yönlendirmek de psikiyatri hemşireliğinin

rol ve sorumlulukları arasındadır (http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-.html). Psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumluluklarının, yalnızca psikiyatrik açıdan hastaya bakım vermek olmadığı görülmektedir. Psikiyatrik bakımın yanında, hastaların fiziksel sağlığının korunması ve geliştirilmesi de psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin sorumluluğundadır. Bu alanda yapılan çalışmaların sonucunda da psikiyatri hemşirelerinin kritik bir yerde durduğunu görmekteyiz.

İngiltere'de yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, fiziksel sağlık değerlendirme aracı kullanımının psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını iyileştirip iyileştirmediğini belirlemek amacıyla bir fiziksel sağlık kontrol aracı geliştirilmiştir. İlk olarak hastaların kullandıkları ilaçlar, bilinen hastalıkları, egzersiz, diyet ve sigara alışkanlıkları gibi yaşam tarzı davranışları hakkında bilgi toplanmış, daha sonra mevcut fiziksel sağlık durumuna bakılarak, fiziksel sağlık sorunları tespit edilmiştir. Son olarak hastalar ve değerlendirme yapan ruh sağlığı profesyonelleri arasında kabul edilen bir eylem planı oluşturulmaktadır. Yapılan bu 12 aylık çalışmanın sonucunda deney grubunda sistolik ve diyastolik kan basıncı, beden kitle indeksinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise bu üç ölçümde anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır (Gartshore, 2009).

İngiltere'de psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık taraması için Sağlığı Geliştirme Profili geliştirilmiş ve bu araç, fiziksel risklerin saptanması amacıyla kullanılmıştır (Hardy ve Gray, 2010). Profil, 28 maddeden oluşmakta ve metabolik risk faktörlerini (KVH, BKİ, glikoz düzeyleri, kolesterol, diyet, sigara, egzersiz) ve aynı zamanda cinsel sağlık, uyku, diş ve göz sağlığı, kendi kendine meme, prostat ve testis muayenesi gibi diğer fiziksel sağlık alanlarını da içermektedir. Shuel ve arkadaşları, sağlığın geliştirme profilini (HIP) kullanarak psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık sorunlarını tanımlamışlardır. Toplam 31 hastanın tarandığı bu çalışmanın sonucu, fiziksel morbiditenin etkin bir tarama ile ruh sağlığı hemşireleri tarafından belirlenebileceği yönünde olmuştur (Shuel ve ark., 2010).

Avusturalya'da atipik antipsikotik ilaç kullanan psikiyatri hastaları için hemşire liderliğinde bir kilo önleme programı olan; "Pasaport 4 Life" isimli sağlıklı yaşam tarzı müdahale programı uygulanmaktadır. Program, sağlıklı beslenme, egzersiz eğitimi ve kayıtları, hedef belirleme gibi konuları içeren12 haftalık grup oturumlarını kapsamaktadır. Hemşire liderliğindeki oturumlar en fazla 10 katılımcıdan oluşmakta ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliğini desteklemektedir. Programın amacı, sağlıklı yaşam tarzı müdahalelerinin uygulanması ve aynı zamanda antipsikotik ilaç reçete

edilen hastalarda kilo alımının ilk başlangıcını önlemektir. Başlangıçta hastaların ağırlık, boy, bel çevresi ölçümleri ve mevcut ilaçları kaydedilir. Haftalık oturumlar 30 dakika tartışma, 30 dakika faaliyet (egzersiz) olacak şekilde tasarlanmıştır. Program aynı zamanda hemşirelerin bu tür sağlıklı yaşam programları sunabileceğini ve psikiyatri hemşirelerinin kendi pratik uygulamaları içerisine fiziksel sağlığı koruma müdahalelerini dâhil edebileceği ve psikiyatri hastalarını, sağlıklı bir yaşam tarzını benimseme yönündeki çalışmaları için destekleyebileceklerini savunur (Park ve ark., 2011).

Londra'da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada hastaların kardiyovasküler risk faktörleri belirlenerek, hastalar bu risklerin iyileştirilmesini hedefleyen hemşire liderliğinde bir müdahale programına dahil edilmiştir. Yapılan bu tarama ve sağlıklı yaşam tarzı müdahale programı sonucunda risk faktörlerindeki azalma şu şekildedir; kan basıncı % 96'dan % 68'e, glukoz %66,7'den % 36,5'a, BKİ %92,5'dan %65,2'ye, kolesterol %66.7'den % 26.9'a, sigara içme durumu %88,2'den 57.8%'ye ve 10 yıllık hesaplanan KVH risk puanı toplamda % 38,2'den %10.9'a gerileyerek her bir risk faktörü için anlamlı bir şekilde iyileşme olduğu saptanmıştır (Osborn ve ark., 2010). Bir başka randomize kontrollü çalışma ise ABD'de atipik antipsikotik alan hastalar ile yürütülmüştür. Bu, 16 haftalık Diyabeti önleme projesi (DPP) müdahalesinin uygulandığı, hastaların yaşam tarzı değişikliklerine dayanan ve bilişsel davranışçı terapi tekniklerini içeren pilot bir çalışmadır. Çalışmanın sonucunda, müdahale grubunda ortalama 2,5 kg kayıp ve kontrol grubunda ise 0,6 kg. kayıp olduğu bildirilmiş olup, bu bulgular da yaşam tarzı müdahalelerin kullanımının etkinliğini desteklemektedir (Weber ve Wyne, 2006). İngiltere'de yapılan bir kohort çalışmasında hastaların %49'unda obezite, %50'sinde sigara kullanımı, %50'sinde HT olduğu saptanmış, bu çalışmanın sonucunda 2 yıllık sigarayı bırakma, egzersiz ve kilo yönetimi gibi uygulamaları içeren sağlıklı yaşam tarzı müdahale programına alınan hastaların %42'si kilo kaybetmiş olup, sigara içme oranı %46 ve HT oranı %26'ya düşmüştür (Smith ve ark., 2007).

Uluslararası literatüre baktığımızda psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını geliştirmeye yönelik çalışmalar yalnızca hemşirelik alanında değildir. Avusturalya'da ruhsal hastalığı olan kişilere araştırma ve eğitim yoluyla daha iyi yaşam koşulları sunmak amacıyla kurulan yardım kampanyası SANE, örneklemini depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluğu olan 350 hastanın oluşturduğu bir çalışma yürütmüştür. Araştırma sonucuna göre hastaların %90'ının ruhsal hastalığı yanında; yüksek tansiyon, diyabet, kalp veya solunum yolu hastalığı gibi kronik bir fiziksel sağlık sorunu olduğu saptanmış, hastaların %93'ünün doktorun reçete etmediği ilaçları tamamlayıcı tedavi olarak uyguladığı saptanmıştır. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel

sağlık koşulları ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu bu hastaların fiziksel durumlarının nerdeyse genel nüfustan daha kötü olduğunu göstermektedir. Bu hastaların fiziksel koşullarının kötü oluşuna, koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamaları ve hastaların çoğunun olası risklerle ilgili yeterli bilgi ve tavsiye almaması ve fiziksel yakınmalarla baş etmede yetersizlik katkı sağlıyor olabilir (SANE, 2007).

İngiltere'de şizofreni olan hastaların mortalite nedenlerini incelemek için yapılan bir kohort çalışmasında, 370 hasta 13 yıl süresince izlenmiştir. Bu izlem süresince takip edilebilen hastaların %63'ü dolaşım ve solunum sistemi hastalıkları, kanser, SVH, DM ve epilepsi gibi doğal nedenlerle öldüğü ve bu ölüm sebeplerinin genel popülasyonla benzer oranda olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak izlenen bu hastaların, fiziksel hastalıkların teşhis edilememesi ayrıca tedavi reddi ya da tedaviye uyumsuzluk ve sağlıksız yaşam biçimi nedeniyle beklenen yaşam süresinden daha kısa sürede öldükleri tespit edilmiştir. Ayrıca, doğal ölüm nedenlerinden en yaygını dolaşım sistemi hastalıkları (%33) ve daha sonra solunum yolu hastalıkları (%19) olduğu saptanmıştır. Hastaların %33'ü ise kaza ve intihar gibi doğal olmayan nedenlerden ölmüştür. Çalışmanın sonucunda, şizofreni hastalarında mortalitenin, düzenli fizik muayene, risk yönetimi ve iyi bir tıbbi tedavi ile azalabileceği vurgulanmıştır (Brown ve ark., 2000).

Kronik psikiyatri hastalarının mortalite durumlarını inceleyen benzer bir kohort çalışması İsveç'te yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre kronik psikiyatri hastalarında standardize ölüm oranı, genel nüfusa oranla erkeklerde üç kat, kadınlarda iki kat artış gösterdiği bulunmuştur. Aynı zamanda dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı aşırı ölümlerin sayısının yüksek olduğu, bu kategorideki en sık ölüm sebebinin iskemik kalp hastalıkları, SVH, ateroskleroz, pulmoner emboli ve kalp yetmezliği olduğu saptanmıştır. Solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin en sık nedenleri olarak, pnömoni, amfizem ve KOAH olarak belirlenmiştir. Ayrıca, mide ve duodenum ülseri, bağırsak hastalıkları, alkolik karaciğer hastalığı belirtilmemiş GİS kanama ve sindirim sistemi kategorisinde yaygın ölüm nedenleri olarak saptanmıştır. Kronik psikiyatri hastalarında mortalitenin en sık görülen nedeninin iskemik kalp hastalığı olmasının sebebinin; metabolik sendrom, sigara, aşırı yeme, fiziksel hareketsizlik ve ilaç yan etkileri olduğu düşünülmüştür (Tidemalm ve ark., 2008).

Şizofreni olan hastalarda egzersiz eğitiminin faydalarını inceleyen pilot bir çalışmada, hastaların kalp hızı, sistolik ve diyastolik kan basıncı, kilo, boy, bel çevresi, HDL kolesterol ölçümleri yapılarak BKI ve kardiyo-metabolik risk durumları belirlenmiştir. Araştırma sonucunda hastaların %60'ında hiperlipidemi, %40'ında HT, %80'inin kalp hızı yüksek, %69'u aşırı kilolu ve

%54'ünde abdominal obezite saptanmıştır. Katılımcıların %46'sında genç yaş ortalamasına sahip olmalarına rağmen(yaş: 31 ± 7 yıl) kardiyometabolik hastalıklar (KVH, DM, HT) için belirgin bir risk artışı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalar 12 haftalık bir egzersiz programına dahil edilmiş olup, katılımcıların %69'u bu programı başarıyla tamamlayabilmiştir. Programı tamamlayabilen hastalarda vücut ağırlığında ortalama 3kg azalma, diyastolik kan basıncında düşüş, bel çevresinde azalma olduğu saptanmış ve hastalar Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ile değerlendirilerek, hastalık belirtilerinde klinik olarak da anlamlı bir iyileşme (%15,8 azalma) olduğu bulunmuştur. Yine araştırma sonuçlarına göre şizofreni olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini tamamlamada yetersizlik yaşadığı, bu programı tamamlayan hastaların fiziksel aktivitelerinde 2,5 katı artış olduğu saptanmıştır (Bredin ve ark., 2013).

Bireylerde vücut ağırlığı önemli ölçüde arttığı zaman bir sorun olarak kabul edilmekte fakat bu ağırlık artışı belli bir süreç almaktadır. Bu nedenle kilo alımının bu sürecin başında saptanması önemlidir. Sistematik veri toplama yöntemi ile obezite gibi durumlar erken tanılanabilir (Muir-Cochrane 2006). Abdominal obezite ve AKŞ ölçümü, gelecekteki kardiyovasküler morbidite açısından yüksek riskli hastaları saptamak için hem basit hem de etkin bir yöntemdir (Straker ve ark. 2005). Ayrıca, bireylerin beslenme ve egzersiz alışkanlıkları gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları erken yaşlarda kazanılan alışkanlıklardır. Bu yüzden, ruhsal hastalığı olan genç insanların genel sağlıklarını daha iyi tanımak ve anlamak, aynı zamanda koruyucu önlemlerin erken yaşlarda alınması için sağlık problemlerini genellikle gençlikten yetişkinliğe izlemek gerekmektedir (McCloughen ve ark., 2012).

Ülkemizde hemşirelik alanında, Cumhuriyet Üniversitesi'nde yapılan bir yüksek lisans çalışmasında ise, şizofreni hastalarında fiziksel egzersizin ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkileri ölçülmüştür. Yapılan bu deneysel çalışmada, şizofreni hastaları 10 haftalık bir egzersiz programına alınmıştır. Bu program sonucunda, şizofreni hastalarında negatif ve pozitif belirtilerde bir azalma olduğu, hastaların özellikle sosyal etkileşimlerinde, fiziksel enerjilerinde ve özgüvenlerinde artış olduğu gözlenmiştir. Ayrıca egzersiz süresince hastaların sözel olarak kendilerini daha iyi ifade etmelerinin sonucu olarak somatizasyon puanlarının belirgin düzeyde azaldığı saptanmıştır (Açıl 2006). Fiziksel aktivite, risk önleme ve hastalık yönetiminde önemli bir davranışsal araçtır. Ancak, ruhsal hastalığı olan insanlar, genel nüfusa göre daha düşük aktivite düzeyi gösterirler. Psikiyatri hemşireleri, psikiyatri hastalarını fiziksel aktiviteye teşvik etmekle kalmayarak aynı zamanda, hemşirelik rolleri arasına fiziksel aktiviteyi yerleştirerek, günlük ruh sağlığı bakımı içerisinde fiziksel aktivitenin eklenmesini sağlayabilirler (Happell ve ark., 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi /Tasarımı

Araştırma, psikiyatri kliniğinde yatan kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma sürecine Haziran 2011'de literatür tarama ile başlanmıştır. Tez konusu belirlendikten sonra, tezin ismi belirlenerek Kasım 2012'de tez önerisi sunulmuş, Ocak 2013'de veri toplanacak kurumdan izin ve etik kurul onayı alınarak veri toplama aşamasına geçilmiştir. Veriler toplandıktan sonra araştırmacı tarafından analizleri yapılarak tez yazım aşamasına geçilmiş ve Ağustos 2016'da tez bitirme sınavıyla tez süreci tamamlanmıştır.

Araştırma, İzmir'de yaklaşık 1000 yatak kapasitesine sahip bir Üniversite Hastanesi'nin Yetişkin Psikiyatri Kliniği'nde 28.02.2013- 06.08.2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu klinik 27 yataklıdır ve klinikte;18 doktor, 6 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı çalışmaktadır. 2 halk eğitim uzmanı hafta içi belirli günlerde gelmekte olup, hastalara el işi, boyama gibi uğraşı aktivitelerinde destek olmaktadır. Psikiyatri kliniği hastanenin zemin katında olup, 2 özel, 1 izole olmak üzere toplam 12 odalıdır. Klinikte 27 yatak kapasitesinin yanı sıra gündüz hastaları da mesai saatleri içerisinde tedavi görmektedir. Kliniğin hem ofis, hem de mutfak olarak kullanılan, çeşitli etkinliklerinin yapıldığı hastalar için ortak bir kullanım alanı, bahçe içerisinde bir sigara içme alanı, bir uğraşı odası, 1 EKT (Elektro konvülsif tedavi) odası, 1 seminer salonu, 1 erkek, 1 kadın banyosu mevcuttur.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, İzmir'de bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden kronik psikiyatri hastaları oluşturmuştur. Örneklem amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırma yüksek lisans tezi olduğundan veri toplama için ortalama 6 aylık bir zaman ayırılmıştır. Klinik kayıtlar geriye dönük incelenerek ne kadar hastaya ulaşılabileceği konusunda inceleme yapılmıştır. Bunun

sonucunda belirlenen sürede ortalama 100 hastaya ulaşılabileceği öngörülmüştür. Araştırmaya 70 kadın, 45 erkek olmak üzere toplam 115 kişi katılmıştır.

3.3.1. İçleme Kriterleri:

- Psikiyatri kliniğinde yatan ve kronik ruhsal hastalığa sahip olanlar (tanı alalı en az 6 ay olan hastalar).
- Sorulan sorulara yanıt verebilecek kadar stabil, oryante, gerçeği değerlendirme yetisine sahip olan hastalar.
- 18 ve üzeri yaş grubunda olan hastalar.

3.3.2. Dışlama Kriterleri:

- Hamile ya da emziren kadın hastalar.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri:

3.4.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer ve kiminle yaşadığı, meslek, çalışma ve aylık gelir durumu gibi sosyodemografik özellikler, psikiyatrik tanı, hastalığın başlangıç yaşı ve süresi, kullanılan psikiyatrik ilaçlar, ilacı kullanma süresi, mevcut fiziksel hastalıklar hijyene yönelik uygulamalar, sigara, alkol kullanım durumu, beden kitle indeksi ve metabolik sendrom durumudur.

3.4.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden elde edilen toplam puan ile ölçeğin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarından elde edilen puanlardır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanarak geliştirilen, sosyodemografik veriler, özgeçmiş ve soygeçmiş öyküsü, alkol, sigara ve madde kullanımı ve kişisel hijyene yönelik uygulamaları içeren kişisel bilgi formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II (SYBDÖII) ve fiziksel sağlık durumunu tanımlamak için araştırmacı tarafından geliştirilen formlar kullanılmıştır. Veriler, hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmış olup, kan analizleri için hastanın hastaneye başvurduğu gün alınan kan örneği değerleri hasta

dosyalarından kaydedilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan formlar ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ekte yer almaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II:

Ölçek ilk kez, "Sağlığı Geliştirme Yaşam Stili Ölçüm Aracı" adıyla Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak, 1987'de Walker ve arkadaşları tarafından, bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek Walker ve arkadaşları tarafından 1996 yılında revize edilmiş ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" olarak adlandırılmıştır. Ölçek; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetiminden oluşan altı alt faktör ve toplam 52 maddeden oluşmaktadır.

Alt ölçekler: Sağlık sorumluluğu; 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. maddeler; en düşük puan 9, en yüksek puan 36. Fiziksel aktivite; 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. maddeler; en düşük puan 8, en yüksek puan 32. Beslenme; 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. maddeler; en düşük puan 9, en yüksek puan 36. Manevi gelişim; 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. maddeler; en düşük puan 9, en yüksek puan 36. Kişilerarası ilişkiler; 1,7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. maddeler; en düşük puan 9, en yüksek puan 36. Stres yönetimi; 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47. maddeler; en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dır.

Ölçek dörtlü likert tipi bir ölçek olup, hiçbir zaman: 1, bazen: 2, sık sık: 3, düzenli olarak: 4 olarak puanlandırılmıştır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçek maddelerinin tümü olumludur. Ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı 0.94'dir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008'de Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasının sonuçlarında ise; cronbach alpha değeri; 0.92 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alpha değeri; sağlık sorumluluğu; .77, fiziksel aktivite; .79, beslenme; .68, manevi gelişim; .79, kişilerarası ilişkiler; .80, stres yönetimi; .64 olarak bulunmuştur. Sağlıklı Yasam Biçimi Davranışları Ölçeği II' de yer alan maddelere yönelik verilen altı uzmanın değerlendirme puanları Kendall W analizi ile değerlendirildiğinde uzman puanlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı (Kendall W=0.188; p=0.246), uzmanların arasında uyum olduğu saptanmıştır (Bahar ve ark., 2008). Bu çalışma için cronbach alpha değeri 0,90 olarak saptanmıştır.

3.6. Veri Toplama Süreci

Araştırma yapılan kliniğe haftanın belirli günleri düzenli olarak gidilerek, öncelikle hasta listesi çıkarılmış, daha sonra bu hastalarla ilgili klinikteki psikiyatri hemşiresi veya asistan hekiminden ön bilgi alınmıştır. Daha sonra hastaların dosyasından psikiyatrik tanı bilgileri alınarak, hastaların araştırmaya dâhil edilme kriterlerinden stabil ve oryante olma kriterini karşılayıp karşılamadığını değerlendirmek açısından, hasta hakkında klinik hemşiresinden bilgi alınmış ve araştırma hakkında hastaya bilgi verilirken hastalarla ön görüşme yapılmıştır**.**

Araştırmaya katılacak olan bireylere, araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözel olarak izin alınmış ve araştırma için onayı alınan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Veriler, araştırmacının kendisi tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla, hasta odasında ya da klinikteki görüşme odalarında toplanmıştır. Araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak hazırlanan kişisel bilgi formu ve alkol, sigara kullanımı ve kişisel hijyene yönelik uygulamalar bu görüşme yoluyla doldurulmuştur. Hastaların sağlıklı yaşam davranışlarını ölçmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II kullanılmış, bu ölçeği hastalar kendileri doldurmuş ya da araştırmacı tarafından hastalara ölçek soruları ve maddeler tek tek sorularak doldurulmuştur. Ayrıca hastaların fiziksel sağlığı, hastaların sözel olarak ifade ettikleri fiziksel yakınmalar ve araştırmacı tarafından yapılan ölçümlerin kaydedilmesi yoluyla değerlendirilmiştir. Hastaların fiziksel bir ek tanıya sahip olma durumları da hastalara sorulmuş, hastaların fiziksel tanı ifadeleri, kullandıkları ilaçların kontrolü ve hemşire/hekimine sorularak teyit edilmiştir.

Hastaların metabolik sendrom riskini belirlemede, tanı kriterlerine uygun olarak toplanan veriler kullanılmıştır. Bunun için, hastalardan 12 saatlik açlık döneminden sonra alınan venöz kan örneklerinden çalışılan HDL, LDL (Low Density Lipoprotein -Düşük Yoğunluklu Lipoprotein-), Total kolesterol, Trigliserid, AKŞ değerleri hasta bilgilerinin kayıtlı oluğu bilgisayar programından incelenerek kaydedilmiştir. Tüm bu laboratuar analizleri klinikte, hastaların ilk yatışı sırasında her hastadan alınmaktadır. Hastaların kan basıncı ölçümleri yaklaşık beş dakikalık dinlenme sonrası oturur pozisyonda değerlendirilmiştir. Kan Basıncı değerlendirilirken bir kez yapılan ölçüm değil, hastanın gün içindeki hemşire gözlem formunda yer alan değerleri de göz önüne alınarak ortalama değer kaydedilmiştir. Aynı şekilde nabız ve solunum değerleri de hasta en az 5 dakika dinlendikten sonra bir dakika sayılarak elde edilmiş yine bu değerler için hemşire gözlem formundan da yararlanılmıştır. Bel çevresi ölçümü, kişi

ayakta ve giysisizken, krista iliaka anterior superiordan yere paralel geçen düzlemden, göbek deliği hizasından ölçülerek kaydedilmiştir. Beden kitle indeksi kg/cm2 formülüyle hesaplanmış, sonucu dünya sağlık örgütü (DSÖ) sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir. DSÖ, BKİ sınıflandırması tablo 5'te yer almaktadır.

Araştırmada, metabolik sendroma ilişkin veriler IDF, ATP III A, tanı kriterlerine göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu tanı kriterlerinin seçilmesinin nedeni, yapılan literatür incelemesinde çalışmaların çoğunda bu iki tanı kriterine göre değerlendirme yapılmasıdır. Böylece, yapılan araştırma sonuçlarının mevcut çalışma sonuçlarıyla karşılaştırması açısından kolaylık sağlamıştır. Aynı zamanda bu kriterler, dünya literatüründe önerilen ve kabul gören tanı kriterleridir.

Veri toplama sürecinde, hastalarla görüşülmeden önce klinik hemşiresi ya da doktorundan ve hasta dosyalarından ön bir inceleme yapılarak; araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uygun hastalar belirlenmiş ve sonrasında görüşülmüştür. Bu ön görüşme sonrasında sorulan sorulara anlamlı cevap vermediği, yerinde duramadan sürekli hareket ettiği için 1 hasta araştırmaya dahil edilmemiştir. Dâhil edilme kriterlerine uyan ancak görüşmeyi uzun bulduğu için yarıda bırakan 2 hasta ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 4 hasta, lipid profillerinden trigliserid değerine ulaşılamayan 1 hasta araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırma Planı

Adımlar	**Zaman**
Literatür tarama, tez önerisi hazırlama	Haziran 2011-Kasım 2012
Veri toplanacak kurumdan izin	Ocak 2013
Etik kurul izni	Ocak 2013
Veri toplama	Şubat 2013- 30 Ağustos 2013
Verilerin analizi ve tezin yazılması	Ağustos 2013- Haziran 2016
Tez bitirme sınavı	Ağustos 2016

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 paket programı kullanılarak, araştırmacı tarafından yapılmıştır. Veriler öncelikle yüzde ve ortalamalar olarak hesaplanmış, tanımlayıcı istatistikler oran ve yüzdeler şeklinde sunulmuştur. Oranların ve değişkenlerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki anlamlılık testi (t testi), tek yönlü varyans analizi (one way anova F), ki kare ($\chi 2$)testi kullanılmıştır. Homojen ve normal dağılım gösteren değişkenler parametrik testlerle, homojen olmayan ve normal dağılım göstermeyen değişkenler ise nonparametrik testler (Mann Whitney U, Kruskall Wallis) ile analiz edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgili bazı bulguların hastaların subjektif ifadelerine dayanıyor olması araştırmanın sınırlılıklarındadır.

3.10. Tezin Bütçesi: Araştırmanın giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.11. Araştırmanın Etiği: Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan 09.01.2013 tarih ve 38 sayılı yazı ile kurum izni alınmıştır. Daha sonra Dokuz Eylül Üniversitesi İnvaziv (girişimsel) Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.02.2013 tarih ve 872-GOA protokol numaralı 2013/22 karar numarası ile onay alınmıştır. Ayrıca Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 27.02.2013 tarihli yönetim kurulu kararı ile araştırmaya 28.02.2013 tarihinde başlanmıştır. Araştırmacı tarafından, araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan bireyler belirlendikten sonra araştırma konusunda bilgi verilerek araştırmayı katılmayı kabul eden bireylerden sözel ve yazılı izin alınmıştır. İzin belgeleri eklerde sunulmuştur.

4. BULGULAR

Tablo 2.Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=115)

Özellik	$\overline{X}$ **± SS**	**Min**	**max**
Yaş	40,6 ± 15	18	84
	n	**%**	
18-34	44	38,3	
35-64	61	53	
65 ve üzeri	10	8,7	
Cinsiyet			
Kadın	70	60,9	
Erkek	45	39,1	
Medeni Durum			
Evli	43	37,4	
Bekâr	72	62,6	
Eğitim Durumu			
Okuryazar değil	4	3,5	
İlköğretim	35	3,5	
Lise	42	36,5	
Üniversite	34	29,6	
Yaşadığı yer			
İl	93	80,9	
İlçe ve Köy	22	19,1	
Kiminle Yaşadığı			
Aile	81	70,4	
Yalnız	14	12,2	
Diğer	20	17,4	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	23	20,0	
Çalışmıyor	55	47,8	
İşten ayrılmış ve emekli	37	32,2	
Meslek			
Var	76	66,1	
Yok	39	33,9	
Gelir Gider Durumu			
Gelir giderden az	55	47,8	
Gelir gidere eşit ya da gelir giderden fazla	60	52,2	

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri tablo 2'de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 40,6± 15 yıl olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanların 70'i (%60,9) kadın, 45'i erkektir (%39,1), 72'si (%62,6) bekârdır. Katılımcılarının çoğunluğunun (%36,5) lise mezunu olduğu ve 93'ünün (%80,9) şehir merkezinde ve yine çoğunluğunun ailesiyle birlikte (%70,4) yaşadığı saptanmıştır. Katılımcıların 76'sının (%66,1) bir meslek sahibi, 23'ünün (%20,0)

çalıştığı belirlenmiş, ayrıca araştırmaya katılanlardan 60 kişi (%52,2) gelirinin giderine eşit ya da gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalıklarına Ait Özellikleri

Özellik	**n**	**%**	
Psikiyatrik Tanı			
Şizofreni	33	28,7	
Bipolar Bozukluk	32	27,8	
Majör Depresif Bozukluk	26	22,6	
Diğer	24	20,9	
Hastalık başlangıç yaşı (yıl)	$\bar{X}$ **±SS**	**Min.**	**Max.**
	29,0±14,9	9	80
	n	**%**	
9-24 yaş	57	49,6	
25-40 yaş	40	34,8	
41-64 yaş	13	11,3	
65 yaş ve üzeri	5	4,3	
Hastalık süresi (yıl)	$\bar{X}$ **±SS**	**Min.**	**Max.**
	11,6±10,7	6ay	42
	n	**%**	
6ay-5yıl	44	38,3	
6-10yıl	22	19,1	
11-20yıl	27	23,5	
20yıl ve üzeri	22	19,1	
İlaç kullanım süresi (yıl)	$\bar{X}$ **±SS**	**Min.**	**Max.**
	9,9±10,3	6ay	42
	n	**%**	
6ay-5yıl	52	45,2	
6-10yıl	22	19,1	
11-20yıl	24	20,9	
20yıl ve üzeri	17	14,8	
Kullanılan psikiyatrik ilaçlar	**n**	**%**	
Antipsikotik kullananlar	95	82,6	
Antipsikotik kullanmayanlar	20	17,4	
Antidepresan kullananlar	49	42,6	
Antidepresan kullanmayanlar	66	57,4	
Anksiyolitik kullananlar	86	74,8	
Anksiyolitik kullanmayanlar	29	25,2	
Duygudurum düzenleyici kullananlar	52	45,2	
Duygudurum düzenleyici kullanmayanlar	63	54,8	
Antiparkinson kullananlar	14	12,2	
Antiparkinson kullanmayanlar	101	87,8	
Antiepileptik kullananlar	10	8,7	
Antiepileptik kullanmayanlar	105	91,3	

Araştırmaya katılan hastaların hastalıklarına ait özellikleri tablo 3'te sunulmuştur. Buna göre hastaların, 33'ü (%28,7) şizofreni, 32'si bipolar bozukluk (%27,8) 26'sı majör depresif bozukluk (%22,6), 24'ü diğer (%20,9) olarak sınıflandırılan şizoaffektif bozukluk, anksiyete bozukluğu, paranoid bozukluk, OKB (Obsesif Kompülsif Bozukluk) gibi tanılara sahiptir. Hastalık başlangıç yaşı ortalama 29±14,9, hastalık süresi 11,6±10,7, ilaç kullanım süresi 9,9±10,3 yıl olarak saptanmıştır.

Hastaların hastalık başlangıç yaşı ortalama 29,0±14,9 yıl, hastalı süresi 11,6±10,7 yıl, ilaç kullanım süresi 9,9±10,3 yıldır. Hastaların kullandıkları psikiyatrik ilaçların dağılımı ise şöyledir; 95 kişi (%82,6) antipsikotik, 49 kişi (%42,6) antidepresan, 86 kişi (%74,8) anksiyolitik, 14 kişi (%12,2) antiparkinson, 52 kişi duygudurum düzenleyici(%45,2), 10 kişi (%8,7) antiepileptik grubu ilaç kullanmaktadır.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hastaların Mevcut Fiziksel Hastalıkları

Mevcut Fiziksel Hastalıklar	**n**	**%**
Fiziksel hastalık tanısı olanlar	68	59,1
Fiziksel hastalık tanısı olmayanlar	47	40,9
Fiziksel hastalıklar; *		
HT	27	23,5
KVH	18	15,7
Hiper/Hipotiroidi	14	12,2
DM	11	9,6
Hiperlipidemi	9	7,8
Nörolojik(SVH/Epilepsi/Parkinson)	6	5,2
Solunumsal (KOAH-Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı-, Astım)	5	4,3
PCOS	4	3,5
Diğer	34	29,6

*Araştırmaya katılan hastaların birden fazla fiziksel rahatsızlığı olduğundan n=68'in üzerindedir.

Araştırmaya katılan hastaların mevcut fiziksel hastalıkları tablo 4'de sunulmuştur. Buna göre hastaların 68'inin (%59,1) psikiyatrik tanısı ile birlikte en az bir fiziksel tanısı vardır. Hastaların tanı aldığı fiziksel hastalıkların dağılımı şu şekildedir; 27 kişi (%23,5) HT, 18 kişi (%15,7) KVH, 14 kişi (%12,2) hiper/ hipotiroidi, 11 kişi (%9,6) DM, 9 kişi (%7,8) hiperlipidemi, 6 kişi (%5,2) nörolojik hastalık (SVH, parkinson, emboli, epilepsi vs.), 5 kişi (%4,3) solunum hastalığı (KOAH, astım gibi), 4 kişi PCOS (%3,5) tanısına ve 34 kişi (%29,6) diğer tanılara sahiptir. Diğer olarak adlandırılan tanılar; GİS (Gastrointestinal Sistem) hastalıkları, bel fıtığı, menisküs, romatizmal hastalık, KBY (Kronik Böbrek Yetmezliğ), prostat, hemoroid, anemi, hepatit B/C, glokom, karaciğer yetmezliği, klinefelter sendromudur.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hastaların Fiziksel Bulgu ve Semptomları

Özellik	n	%
Görme		
Normal	42	36,5
Görme kusuru olup da gözlük kullanmayan	31	27
Gözlük kullanan	32	27,8
Diğer (kuruluk, kızarıklık, yanma, glokom, katarakt vs.)	10	8,7
Diş çürüğü		
Yok	20	17,4
Var	65	56,5
Diğer (Protez, dolgu vs.)	30	26,1
Ağız kuruluğu		
Yok	29	25,2
Var	60	52,2
Bazen	22	19,1
Diğer (Hipersalivasyon, aft)	4	3,5
Pretibial ödem		
Yok	67	58,3
+1	39	33,9
+2 ve +3	9	7,8
Mide yakınması		
Yok	51	44,3
Var	64	55,7
Boşaltım		
Normal	62	53,9
Konstipasyon	53	46,1
İdrar yakınması		
Yok	61	53
Var (sık idrara çıkma, tutukluk, kaçırma, yanma)	54	47
Cinsel fonksiyonda değişiklik		
Yok	52	45,2
Cinsel istekte azalma	52	45,2
Cinsel istekte artış	11	9,6
Denge / hareket problemleri		
Yok	59	51,4
Var	28	24,3
Bazen	28	24,3
Uyku hali		
Yok	43	37,4
Var	49	42,6
Bazen	23	20
Artmış susama isteği		
Yok	57	49,6
Var	45	39,1
Bazen	13	11,3
İştahta değişiklik		
Yok	42	36,5
Artma	54	47
Azalma	19	16,5

Tablo 5'de araştırmaya katılan hastaların fiziksel muayene bulguları ve hastaların ifade ettiği fiziksel yakınmalarının sayı ve % değerleri sunulmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin 32'si (%27,8) gözlük kullanmakta olup, 31'i ise (%27) gözlük kullanmaksızın bir görme kusuru olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların 65'inde (%56,5) diş çürüğü, 30'unda (%26,1) diğer olarak adlandırılan, diş protezi, dolgu olduğu saptanmış, 60 kişi (% 52,2) ağız kuruluğu, 4 kişi (%3,5) hipersalivasyon ya da ağız içinde aft bulunduğunu belirtmiştir.

Hastaların pretibial alandan palpasyonla yapılan fizik muayene sonrası ödem durumu; 39 kişide (%33,9) +1, 9 kişide (%7,8) +2 ve +3 olarak saptanmıştır. Hastalara mide yakınmaları olup olmadığı sorulduğunda; 64 kişi (%55,7) mide yakınması olduğunu, 51 kişi (%44,3) olmadığını, mide yakınması olanlar, reflü, yanma, epigastrik ağrı, hazımsızlık, şişkinlik, bulantı gibi diğer epigastrik şikâyetleri olduğunu belirtmiştir. Hastalara boşaltım ile ilgili problemleri sorulduğunda, 53'ü (%46,1) konstipasyonu olduğunu, 62'si (%53,9) herhangi bir defakasyon problemi olmadığını belirtmiştir. Hastalara idrar yakınmaları olup olmadığı sorulduğunda ise, 61 kişi (%53) herhangi bir yakınması olmadığını, 54 kişi (%47) sık idrara çıkma, idrar kaçırma, idrar yaparken tutukluk ve yanma gibi diğer olarak belirtilen yakınmaları olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların 52'si (%45,2) cinsel istekte azalma, 11'i (%9,6) cinsel istekte artış, 52'si (%45,2) cinsel fonksiyonunda herhangi bir değişim olmadığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların 28'i (%24,3) denge ve hareket problemi olduğunu, 49 kişi (%42,6) uyku hali olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılardan 45 kişi (%39,1) artmış susama isteği, 54 kişi (%47) iştahta artma, 19 kişi (%16,5) iştahta azalma olduğunu belirtmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hastaların BKI Dereceleri

	Değer	**N**	**%**
Zayıf	18,5kg/m2	7	6,1
Normal kilolu	18,5-24,9 kg/m2	32	27,8
Fazla kilolu	25-29,9 kg/m2	33	28,7
Birinci derece obez	30-34,9 kg/m2	28	24,3
İkinci derece obez	35-39,9 kg/m2	14	12,2
Üçüncü derece (morbid) obez	40 kg/m2 ve üzeri	1	0,9

Araştırmaya katılan hastaların boy ve kilo ölçümleri klinikte yapılarak, kg/m2 hesaplanması kullanılarak hesaplanmış ve Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre değerlendirilerek tablo 6'da sunulmuştur. Bun göre hastaların 7'si (%6,1) zayıf, 32'si (%27,8) normal kiloda, 33'ü (%28,7) fazla kilolu, 28'i (%24,3) birinci derece obez, 14'ü (%12,2) ikinci derece obez ve 1 kişi (%0,9) üçüncü derece morbid obezdir. Buna göre hastaların sadece %27,8'inin BKI'nin normal aralıkta olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Hastaların Metabolik Sendrom Durumları

Tanı Kriterleri	IDF		ATPIII A	
Metabolik Sendrom Durumu	n	%	n	%
Var	57	49,6	46	40
Yok	58	50,4	69	60

Araştırmaya katılan hastaların metabolik sendrom durumları IDF ve ATP IIIA tanı kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Buna göre, hastaların metabolik sendrom durumu; IDF'e göre 57 kişi (%49,6), ATP III A'ya göre 46 kişi (%40) dir. Bu bulgular tablo 7'de sunulmuştur. IDF tanı kriterlerine göre metabolik sendrom sıklığının daha yüksek bulunmasının sebebi hiperglisemi, hipertansiyon bulguları olmadan hastanın DM, HT ve hiperlipidemi tanılarının olması ya da antihipertansif ve/veya antilipidemik ilaç kullanıyor olmaları da bu kriteri karşılıyor olmasıdır. IDF ve ATP III A tanı kriterleri eklerde sunulmuştur.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hastaların Sigara, Alkol Kullanımı ve Kişisel Hijyen Uygulamaları

Özellik	N	%
Sigara kullanımı		
Günde 1 adet-1 paket	40	34,8
Günde 1 -4 paket	33	28,7
Hiç kullanmayan ya da bırakan	42	36,5
Alkol kullanımı		
Ayda 1 kez	21	18,3
Haftada 1 kez ya da her gün düzenli	14	12,2
Hiç kullanmayan veya bırakan	80	69,5
Diş fırçalama alışkanlığı (Günde en az 2 kez)		
Evet	43	37,4
Hayır	46	40
Bazen	26	22,6
Banyo yapma alışkanlığı (Haftada en az 2 kez)		
Evet	83	72,2
Hayır	14	12,2
Bazen	18	15,6

Tablo 8'de araştırmaya katılan bireylerin sigara alkol kullanım durumları ve kişisel hijyenlerine yönelik bazı uygulamaları verilmiştir. Bu bireylerin 73'ü (%63,5) sigara kullanıyor, 42'si (%36,5) hiç kullanmıyor ya da bırakmış, hastaların 35'i (%30,5) alkol kullanmakta, 80 kişi (%69,5) hiç kullanmıyor ya da alkolü bıraktığını ifade etmiştir.

Katılımcılara günde en az iki kez diş fırçalama alışkanlıkları sorulduğunda; 43'ü evet (37,4), 46'sı (%40) hayır, 26'sı (22,6) hayır cevabını vermiştir. Haftada en az 2 kez banyo yapar mısınız sorusuna ise; 83'ü (%72,2) evet, 14'ü (%12, 2) hayır, 18'i (%15,6) bazen yanıtını vermiştir.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Durumları

Alt ölçekler	$\bar{X}$ **±SS**	**Minimum**	**Maximum**
Sağlık sorumluluğu	19,81±3,93	11	32
Fiziksel aktivite	13,52±4,00	8	26
Beslenme	22,44±4,28	11	33
Manevi gelişim	23,31±5,11	11	32
Kişilerarası ilişkiler	22,62±4,39	11	32
Stres yönetimi	17,46±3,92	8	28
Ölçek toplam puanı	119,19±18,20	81	160

Tablo 9'da sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'de elde edilen puan ortalamaları, ölçekten elde edilen minimum ve maximum değerleri, araştırmaya katılan bireylerin puan ortalamaları yer almaktadır. Sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutlarının en düşük puanı 9, en yüksek puanı 36, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarının en düşük puanı 8, en yüksek puanı 32'dir. Ölçek toplam puanının en düşük değeri 52, en yüksek değeri ise 208'dir. Araştırmaya katılan hastaların aldığı en yüksek puan 160, en düşük 81, ortalama 119,19'dur. Hastalar en yüksek puanı manevi gelişim alanında alırken en düşük puanı fiziksel aktivite alanından almaktadırlar.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Karşılaştırılması

Özellikler	Sağlık sorumluluk		Fiziksel aktivite		Beslenme		Manevi gelişim		Kişilerarası ilişkiler		Stres yönetimi		Ölçek toplam puanı	
	Ortalama±		**Ortalama±**		**Ortalama±**		**Ortalama±**		**Ortalama±**		**Ortalama±**		**Ortalama±**	
Yaş		p:		p:		p:		p:		p:		p:		p:
18-34	20,3±4,2	,062	14,6±4,6	**,046***	21,8±4,1	,090	23,9±4,9	,594	23,0±4,4	,427	17,9±3,9	,507	121,6±18,6	,399
35-64	19,1±3,6	F:	12,9±3,5	**F:**	22,4±4,4	F:	23,0±5,4	F:	22,1±4,4	F:	17,3±4,0	F:	117,0±18,3	F:
65 ve üzeri	22,0±3,8	2,854	12,1±2,8	**3,170**	25,1±3,1	2,460	22,5±4,2	,524	23,7±4,2	,857	16,4±3,0	,684	121,8±15,2	,926
Cinsiyet		p:		p:		p:		p:		p:		p:		p:
Kadın	19,9±4,1	,780	13,4±3,9	,687	23,2±3,8	**,013***	23,5±4,7	,627	22,9±4,5	,360	17,4±3,9	,740	120,3±17,1	,406
Erkek	19,7±3,6	t:	13,7±4,1	t:	21,2±4,7	**t:**	23,0±5,7	t:	22,1±4,2	t:	17,6±3,9	t:	117,4±19,8	t:
		,280		-,405		**2,511**		,487		,919		-,333		,834
Medeni Durum		p:		p:		p:		p:		p:		p:		p:
		,531		,052		,325		,778		,406		,103		,898
Evli	20,1±3,1	t:,	12,6±3,2	t:	22,9±4,1	t:	23,5±4,6	t:	23,1±4,2	t:	16,7±3,6	t:	118,9±16,4	t:
Bekâr	19,6±4,3	628	14,0±4,3	1,968	22,1±4,3	,988	23,2±5,4	,283	22,4±4,5	,835	17,9±4,0	1,683	119,4±19,3	-,129
Eğitim Durumu		p:		p:		p:		p:		p:		p:		p:
Okuryazar değil	19,7±3,3	,863 F:	9,2±1,5	,118 F:	19,7±3,9	,576 F:	20,0±4,8	,496 F:	19,2±7,1	,241 F:	15,2±3,9	,223 F:	103,2±19,4	,290 F:
İlk öğretim	19,4±4,4	,247	13,1±3,7	2,004	22,5±3,9	,664	23,2±4,4	,801	23,5±3,5	1,42	16,6±3,2	1,483	118,4±14,1	1,266
Lise	19,9±3,7		13,7±3,7		22,3±4,3		23,1±4,6		22,2±4,7		18,1±4,2		119,4±18,3	
Üniversite	20,2±3,9		14,2±4,5		22,9±4,7		24,0±6,2		22,5±4,4		17,8±4,2		121,7±21,2	
Yaşadığı yer		p:		p:		p:		p:		p:		p:		p:
İl		,254		,884		,448		,150		,103		,920		,719
İlçe ve Köy	20,0±4,1	t:	13,5±4,2	t:	22,6±4,4	t:	22,9±5,3	t:	22,3±4,4	t:	17,4±3,9	t:	118,9±18,9	t:
	18,9±3,2	1,146	13,4±2,9	,146	21,8±3,9	,761	24,7±4,1	1,449	24,0±4,1	1,64	17,5±3,9	-,100	120,4±14,8	-,361
Kiminle Yaşadığı		p:		p:		p:		p:		p:		p:		p:
Aile	19,6±3,9	,298	13,7±4,1	,453	22,5±4,1	,890	23,6±4,9	,275	22,6±4,5	,966	17,3±3,7	,497	119,4±18,2	,666
Yalnız	21,3±4,4	KW:	12,3±3,9	KW:	22,2±6,2	KW:	23,8±5,4	KW:	22,8±4,0	KW	18,6±4,7	KW:	121,1±18,9	KW:
Diğer	19,6±3,7	2,420	13,4±3,7	1,583	22,2±3,6	,232	21,5±5,4	2,581	22,7±4,3	,068	17,2±4,3	1,399	116,8±18,2	,813
Çalışma Durumu														
Çalışıyor	19,4±3,8	p:	14,5±4,2	p:	21,5±3,9	p:	24,1±5,9	p:	23,0±4,0	p:	18,2±3,9	p:	120,7±19,9	p:
Çalışmıyor	19,2±3,7	,081	12,8±3,6	,148	22,3±4,3	,330	22,4±5,0	,174	22,5±4,6	,901	16,8±3,7	,269	116,0±17,1	,186
İşten ayrılmış ya da emekli	21,0±4,1	F: 2,569	14,0±4,2	F: 1,947	23,2±4,4	F: 1,119	24,2±4,5	F: 1,777	22,6±4,4	F: ,104	17,9±4,2	F: 1,327	122,9±18,3	F: 1,706
Meslek		p:		p:		p:		p:		p:		p:		p:
Var	20,3±4,0	,090	14,1±4,3	**,019***	22,5±4,6	,773	23,8±5,2	,113	22,6±4,4	,979	17,9±3,8	**,048***	121,4±19,3	,070
Yok	18,9±3,6	t:	12,3±3,1	**t:**	22,3±3,5	t:	22,2±4,9	t:	22,6±4,4	t:	16,5±3,9	**t:**	114,9±15,2	t:
		1,711		**2,373**		,289		1,598		,026		**2,000**		1,831
Gelir Gider Durumu		p:		p:		p:		p:		p:		p:		p:
Gelir giderden az	19,1±4,0	,064 t:	13,6±3,9	,735 t:	21,8±4,2	,158 t:	22,9±4,5	,399 t:	22,3±4,4	,412 t:	17,3±3,8	,676 t:	117,1±17,1 121,1±19,1	,238 t:
Gelir gidere eşit ya da fazla	20,5±3,7	1,869	13,4±4,2	,339	22,9±4,3	1,420	23,7±5,6	-,847	22,9±4,4	,824	17,6±4,0	-,418		1,187

* p<0.05 istatiksel anlamlılık düzeyi.

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri SYBDÖ II ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 10'da yer almaktadır. Hastaların yaşları ile ölçek puanları tek yönlü varyans analizi (oneway anova) testi kullanılarak karşılaştırılmış olup, buna göre; hastaların yaşları ile fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F:3,170, p:0,046). Gruplara ait puan ortalamaları değerlendirildiğinde bu farkın 18-34 yaş grubu hastalardan kaynaklandığı, 18-34 yaş grubunda olan hastaların, 35-64 ve 65 yaş ve üzeri olan hastalara göre, fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşları ile SYBDÖ II toplam puanı (p:0,399) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,062), beslenme (p:0,090), manevi gelişim(p:0,594), kişilerarası ilişkiler (p:0,427), stres yönetimi(p:0,507) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların cinsiyet ve ölçek puanları karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki anlamlılık testi (t-testi) kullanılmış olup, cinsiyet ve beslenme alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (t:2,511, p:0,013), t-testi sonuçları ve gruplara ait ortalamalar birlikte değerlendirildiğinde, kadın hastaların ölçeğin beslenme alanındaki puan ortalamalarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyet ile SYBDÖ II toplam puanı(p:0,406) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,780), fiziksel aktivite (p:0,687), manevi gelişim(p:0,627), kişilerarası ilişkiler(p:0,360), stres yönetimi(p:0,740) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların medeni durumu ile SYBDÖ II toplam puanı ve alt boyutları iki bağımsız grup arasında t testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre; hastaların medeni durumları ile SYBDÖ II toplam puanı (p:0,898) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,531), fiziksel aktivite (p:0,052), beslenme (p:0,325), manevi gelişim (p:0,778), kişiler arası ilişkiler (p:0,406), stres yönetimi (p:0,103) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların eğitim durumu ile SYBDÖ II ve ölçeğin alt boyutları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre; hastaların eğitim durumları ile SYBDÖ II toplam puanı (p:0,290) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,863), fiziksel aktivite (p:0,118), beslenme (p:0,576), manevi gelişim (p:0,496), kişiler arası ilişkiler (p:0,241), stres yönetimi (p:0,223) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların yaşadıkları yer ile SYBDÖ II ve ölçeğin alt boyutları iki bağımsız grup arasında t testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre; hastaların yaşadıkları yer ile SYBDÖ II toplam puanı (p:0,719) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,254), fiziksel aktivite (p:0,884), beslenme (p:0,448), manevi gelişim (p:0,150), kişiler arası ilişkiler (p:0,103), stres yönetimi (p:0,920) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların kiminle yaşadığı ile SYBDÖ II ve ölçeğin alt boyutları tek yönlü varyans analizi (dağılım normal saptanmadığından bu testin nonparametriği; kruskall wallis testi kullanılmıştır) ile karşılaştırılmış olup, bunun sonucu olarak; SYBDÖ II toplam puanı (p:0,666) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,298), fiziksel aktivite (p:0,453), beslenme (p:0,890), manevi gelişim (p:0,275), kişiler arası ilişkiler (p:0,966), stres yönetimi (p:0,497) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların çalışma durumu ile SYBDÖ II ve ölçeğin alt boyutları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Bunun sonucu olarak; SYBDÖ II toplam puanı (p:0,186) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,081), fiziksel aktivite (p:0,148), beslenme (p:0,330), manevi gelişim (p:0,174), kişiler arası ilişkiler (p:0,901), stres yönetimi (p:0,269) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Katılımcıların mesleğinin olup olmaması ile ölçek puanları karşılaştırılmasında; iki bağımsız grup arasındaki t-testi kullanılmış olup, meslek durumları ile ölçeğin fiziksel aktivite puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (t:2,373, p:0,019) olduğu saptanmıştır. Gruplara ait puan ortalamaları değerlendirildiğinde, farkın meslek sahibi olan hastaların fiziksel aktivite puan ortalamalarının meslek sahibi olmayanlara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaların meslek sahibi olma durumları ile stres yönetimi arasındaki anlamlılık, iki bağımsız grup arasındaki t-testi ile ölçülerek; meslek durumu ile stres yönetimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (t:2,000, p:0,048). Yine ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, bu farkın, mesleği olan hastaların stres yönetimi puanlarının mesleği olmayan hastalara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaların mesleki durumu ile SYBDÖ II toplam puanı (p:0,070) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,090), beslenme (p:0,773), manevi gelişim (p:0,113), kişilerarası ilişkiler (p=0, 979) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların gelir gider durumu ile SYBDÖ II ve ölçeğin alt boyutları iki bağımsız grup arasındaki t testi ile karşılaştırılmış ve sonuç olarak; SYBDÖ II toplam puanı (p:0,238) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,064), fiziksel aktivite (p:0,735), beslenme (p:0,158), manevi gelişim (p:0,399), kişiler arası ilişkiler (p:0,412), stres yönetimi (p:0,676) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalıklarına Ait Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Karşılaştırılması

Özellikler	Sağlık sorumluluk		Fiziksel aktivite		Beslenme		Manevi gelişim		Kişilerarası ilişkiler		Stres yönetimi		Ölçek toplam puanı	
	Ortalama±		Ortalama±		Ortalama±		Ortalama±		Ortalama±		Ortalama±		Ortalama±	
Tanı														
Şizofreni	19,2±3,6	P:	13,5±3,9	P:	22,1±4,4	P:	23,1±4,6	**P:**	21,5±3,3	**P:**	17,7±3,4	**P:**	117,1±15,5	**P:**
BPB	20,6±4,7	,467	14,4±4,8	,407	23,1±4,2	,676	26,1±4,1	**,000***	24,4±4,4	**,025***	19,1±3,9	**,012***	127,8±16,8	**,014***
MDB	19,9±3,2	F:	12,7±3,6	F:	21,8±4,5	F:	20,6±5,2	**F:**	22,9±4,8	**F:**	16,1±4,0	**F:**	114,2±19,1	**F:**
Diğer	19,4±3,9	,855	13,2±3,4	,976	22,6±4,0	,510	22,9±5,3	**6,465**	21,4±4,6	**3,233**	16,4±3,7	**3,793**	115,9±19,5	**3,712**
Hastalık başlangıç yaşı		P:		P:		**P:**		P:		P:		P:		P:
9-24 yaş	19,7±3,9	,555	14,2±4,3	,370	21,9±4,2	**,033***	23,1±5,6	,733	22,3±4,3	,791	17,8±3,8	,523	119,0±18,8	,633
25-40yaş	19,5±4,0	Kw:	13,1±3,8	Kw:	22,0±4,0	**Kw:**	23,3±4,9	Kw:	22,8±4,7	Kw:	16,7±4,2	Kw:	117,4±19,3	Kw:
41-64yaş	21,1±3,7	2,083	12,8±3,4	3,142	25,1±4,8	**8,768**	24,7±3,8	1,283	23,5±3,5	1,043	17,8±3,5	2,246	125,0±9,4	1,720
65yaş ve üzeri	20,4±4,4		11,6±3,0		25,4±2,9		22,2±5,1		22,0±5,6		18,2±3,2		119,8±21,1	
Hastalık süresi														
6ay-5yıl	20,4±3,8	P:	13,3±4,1	P:	23,6±4,9	P:	24,2±4,3	P:	22,8±4,3	P:	18,0±3,5	P:	122,5±17,5	P:
6-10yıl	18,7±4,2	,269	13,8±2,9	,202	21,4±3,5	**,**0378	23,2±4,9	,400	23,5±4,3	,381	16,7±4,1	,249	117,4±16,4	,205
11-20yıl	20,4±4,0	Kw:	14,7±4,8	Kw:	21,7±3,5	Kw:	23,2±5,3	Kw:	22,6±5,0	Kw:	18,0±4,5	Kw:	120,7±20,9	Kw:4,582
20yıl ve üzeri	19,0±3,7	3,935	12,2±3,2	4,614	21,8±4,0	6,818	21,5±6,1	2,944	21,3±3,7	3,067	16,4±3,5	4,114	112,4±16,6	
İlaç kullanım süresi														
6ay-5 yıl	20,2±3,8	P:	13,5±4,4	P:	23,1±4,8	P:	23,5±4,8	P:	22,8±4,3	P:	18,1±3,7	P:	121,3±17,6	P:
6-10 yıl	18,5±4,1	,167	13,9±3,0	,230	21,9±3,8	,289	23,8±5,2	,831	22,8±4,3	,693	16,5±4,1	,204	117,4±18,4	,552
11-20 yıl	20,8±3,9	Kw:	14,3±4,5	Kw:	21,4±3,2	Kw:	22,8±5,8	Kw:	22,8±5,1	Kw:	17,9±4,2	Kw:	120,2±20,3	Kw:
20 yıl ve üzeri	19,1±3,8	5,063	11,9±3,0	4,313	22,5±4,5	3,753	22,6±5,2	,875	22,4±4,1	1,454	16,2±3,7	4,599	113,8±16,6	2,098
Fiziksel hastalık durumu		**P:**		**P:**		P:		P:		P:		P:		P:
Yok	18,8±4,1	**,005***	14,3±3,7	**,025***	21,8±4,1	,130	23,9±5,6	,167	22,2±4,1	,429	17,6±3,9	,730	118,7±19,1	,690
Var	20,52±3,7	**U: 2,781**	12,9±4,1	**U: 2,241**	22,9±4,4	U: 1,514	22,9±4,8	U: 1,383	22,9±4,6	U: ,790	17,4±3,9	U: ,346	119,5±17,7	U: ,398

- p<0.05 istatiksel anlamlılık düzeyi

Araştırmaya katılan hastaların hastalıkların ait özelikleri ile SYBDÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 11'de sunulmuştur. Hastaların psikiyatrik tanıları ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırılırken one way anova testi kullanılmış olup, buna göre hastaların tanısı ile ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,467), fiziksel aktivite (p:0,407), beslenme (p:676) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hastaların tanıları ile ölçeğin manevi gelişim alanından almış oldukları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:6,465, p:0,000). Bu farkın da yapılan Tukey HSD post hoc analizinde majör depresif bozukluk tanılı hastalar ile bipolar bozukluk tanısı olan hastalar arasındaki puan farkından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır (p:0,000). BPB tanılı hastaların ölçeğin manevi gelişim alanından almış oldukları puan, MDB tanılı hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Hastaların psikiyatrik tanıları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler alanından almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F:3,233, p:0,025), bu

farkın da yapılan Tukey HSD post hoc analizi sonucunda BPB tanılı hastalar ile şizofreni olan hastaların puan ortalamaları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır (p:0,037). BPB tanılı hastaların, ölçeğin kişilerarası ilişkiler alanından almış oldukları puan ortalamasının, şizofreni olan ve diğer hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların tanıları ile ölçeğin stres yönetimi alanından almış oldukları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:3,793, p:0,012). Yapılan Tukey HSD post hoc ileri analizine göre bu farkın BPB ile MDB tanılı hastalar (p:0,019) ve yine BPB tanılı hastalar ile diğer tanı sınıflandırmasına dahil olan hastalar (p:0,041) arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. BPB tanılı hasta grubunun MDB ve diğer tanı sınıflandırmasına dâhil olan hastalara göre ölçeğin stres yönetimi alanında almış oldukları puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların psikiyatrik tanıları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:3,712, p:0,014). Bu farkın da yapılan Tukey HSD post hoc analizi sonucunda, BPB ile MDB tanılı hastalardan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır (p:0,021). BPB tanılı hastaların SYBDÖ II'den almış oldukları toplam puan ortalamalarının MDB tanısına sahip hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların hastalık başlangıç yaşı ile SYBDÖ II ve ölçeğin alt boyutları, tek yönlü varyans analizi (dağılım normal olmadığı için nonparametrik olan Kruskall Wallis (Kw) testi uygulanmıştır) ile karşılaştırılmıştır. Bunun sonucunda hastalık başlangıç yaşı ile ölçeğin beslenme (Kw:8,768, p:0,033) alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu farkın yapılan ileri analiz (LSD) sonucunda, hastalık başlangıç yaşının 41-64 yaş olanlardan kaynaklandığı, hastalık başlangıç yaşı 41-64 yaş olanların, 9-24 yaş olanlardan (p:0,014) ve 25-40 yaş olan hastalardan (p:0,024) ölçeğin beslenme alt boyutundan almış oldukları puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalık başlangıç yaşı ile SYBDÖ toplam puanı (p:0,633) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,555), fiziksel aktivite (p:0,370), manevi gelişim (p=0,733), kişilerarası ilişkiler (p:0,791), stres yönetimi (p:0,523) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Hastaların hastalık süresi ve SYBDÖ II ve ölçeğin alt boyutları, tek yönlü varyans analizi (dağılım normal olmadığı için nonparametrik olan Kw testi uygulanmıştır) ile karşılaştırılmıştır.

Bunun sonucunda hastalık süresi ile ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,269), fiziksel aktivite (p:0,202), beslenme (p:0,078), manevi gelişim (p:0,400), kişilerarası ilişkiler (p:0,381), stres yönetimi (p=0,249) alt boyutları ve ölçek toplam puanı (p:0,205) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Hastaların ilaç kullanım süresi ve SYBDÖ II ve ölçeğin alt boyutları, tek yönlü varyans analizi (dağılım normal olmadığı için nonparametrik olan Kw testi uygulanmıştır) ile karşılaştırılmış olup, SYBDÖ II toplam puanı (p:0,552) ve ölçeğin sağlık sorumluluk (p:0,167), fiziksel aktivite (p:0,230), beslenme (p:0,289), manevi gelişim (p:0,831), kişilerarası ilişkiler (p=0,693), stres yönetimi (p:0,204) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Hastaların fiziksel hastalığa sahip olma durumu ile SYBDÖ II puanları iki bağımsız grup arasındaki farkın önemlilik testi (dağılım normal saptanmadığından t-testinin nonparametriği Man Whitney U testi) kullanılarak karşılaştırılmıştır. Buna göre, fiziksel hastalık tanısına sahip olma ile sağlık sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (U:2,781, p:0,005). Bu farkın da, t-testi sonuçları ve gruplara ait ortalamalar birlikte değerlendirildiğinde, fiziksel hastalık tanısına sahip olan hastaların ölçeğin sağlık sorumluluğu alanından aldıkları puan ortalamalarının, fiziksel hastalık tanısına sahip olmayan hastalara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Fiziksel hastalık tanısına sahip olma durumu ile ölçeğin fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması arsında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (U:2,241, p:0,025). Bu farkın da, t-testi sonuçları ve gruplara ait ortalamalar birlikte değerlendirildiğinde, fiziksel hastalığı olmayan hastaların, olanlara göre fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

Hastaların fiziksel bir hastalık tanısına sahip olma durumları ile SYBDÖ II toplam puanları (p:0,690) ve ölçeğin beslenme (p:0,130), manevi gelişim(p:0,167), kişiler arası ilişkiler (p:0,429) ve stres yönetimi(p:0,730) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

5. TARTIŞMA

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği araştırmada, hastaların fiziksel sağlık sorunları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenlere ışık tutulmuş, bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

5.1 Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Sorunları

Araştırmaya katılan hastaların mevcut fiziksel hastalıkları tablo 4'de sunulmuştur. Buna göre hastaların %59,1'inin mevcut psikiyatrik tanısı dışında en az bir fiziksel hastalık tanısı bulunmaktadır. Bu hastaların; %23,5'inin HT, %15,7'sinin KVH, %12,2'sinin hiper/hipotroidi, %9,6'sının DM, %7,8'inin hiperlipidemi, %5,2'sinin nörolojik (SVH, parkinson, epilepsi, emboli sonrası hemipleji vs.), %4,3'ünün solunumsal (KOAH, astım, bronşit vs.), %3,5'inin PCOS, %29,6'sının diğer tanılarına sahip olduğu belirlenmiştir. Gastrit, mide ülseri gibi GİS yakınmaları, KBY, böbrek taşı, bel fıtığı, menisküs, romatizmal hastalıklar, hemoroid, prostat, karaciğer yetmezliği, anemi, glokom, hepatit B/C, klinefelter sendromu gibi fiziksel hastalıklar diğer tanı kategorisinde sınıflandırılmıştır.

Avusturalya'da 350 psikiyatri hastasıyla yürütülen bir çalışmaya göre hastaların %90'ının ruhsal hastalığı yanında; yüksek tansiyon, diyabet, kalp veya solunum yolu hastalığı gibi kronik bir fiziksel sağlık sorunu olduğu saptanmıştır (SANE, 2007). İngiltere'de 7 farklı bölgede toplam 966 psikiyatri hastasının katıldığı bir kohort çalışmasında fiziksel sağlık kontrolleri sonuçlarında hastaların %49'unda obezite (BKİ'i 30'un üzerinde), %50'sinde HT, %12,4'ünde glikoz anormallikleri, %71'inde hiperlipidemi, %32 kötü beslenme, %37,4'ünde düşük egzersiz seviyeleri, %50'sinde sigara, %35'sinde alkol kullanımı olduğu saptanmıştır (Smith ve ark., 2007).

Şizofreni tanısı olan hastalarda yapılan bir araştırma sonucuna göre hastaların %60'ında hiperlipidemi, %40'ında HT olduğu saptanmıştır (Bredin ve ark, 2013). Bu iki oran da bizim çalışma bulgularımıza göre oldukça yüksektir. İsveç'te yapılan bir araştırmada ise, kronik psikiyatri hastalarının ölüm oranlarının genel topluma göre daha yüksek olduğu, en sık karşılaşılan ölüm sebebinin iskemik kalp hastalıkları, ateroskleroz, pulmoner emboli ve kalp yetmezliği gibi KVH olduğu, ikinci sırada ise pnömoni, amfizem ve KOAH gibi solunum sistemi hastalıkları ve onu da GİS hastalıklarının izlediği saptanmıştır (Tidemalm ve ark.,

2008). İngiltere'de şizofreni tanısı olan hastalarının doğal ölüm nedenlerinden en yaygını dolaşım sistemi hastalıkları (%33) ve daha sonra solunum yolu hastalıkları (%19) olduğu saptanmıştır. Hastaların %33'ü ise kaza ve intihar gibi doğal olmayan nedenlerden ölmüştür (Brown ve ark., 2000). Bizim çalışmamızda da benzer bir şekilde psikiyatri hastalarında görülen fiziksel sağlık problemlerinin başında HT (%23,5) ve KVH (%15,7) gelmektedir. Bunlar da dolaşım sistemi hastalıkları olup (toplamda %39,2) bu çalışmada görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Solunum sistemi hastalıklarının görülme sıklığı ise daha düşüktür (%4,3).

Ciddi psikiyatrik hastalığı olan hastalarda fiziksel hastalıkların prevelansını ve sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin etkisini inceleyen bir literatür çalışmasında 1966-2010 yılları arasında bu alanda yapılan araştırmalar incelenmiş ve şizofreni tanısı olan hastalarda değiştirilebilir risk faktörlerinin yaygınlığı; obezite (%45-55), sigara kullanımı (%50-80), DM (%10-15), HT (%19-58), dislipidemi (25-69), Metabolik Sendrom (%37-63) olarak saptanmıştır. BPB tanılı hastalarda ise; obezite (%21-49), sigara kullanımı (%54-68), DM (%8-17), HT (%35-61), dislipidemi (%23-38), Metabolik Sendrom yaygınlığı ise (%30-49) aralığında saptanmıştır. Obezite, metabolik sendrom, diyabet, kardiyovasküler ve viral hastalıklar (hepatit), solunum yolu hastalıkları (tüberküloz, pnömoni, KOAH, kanser), ürogenital hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu, gebelik komplikasyonları, ağız-diş problemleri ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerde en yaygın görülen fiziksel sağlık sorunları olarak tespit edilmiştir (De Hert ve ark., 2011). Kronik psikiyatri hastalarının belirlenen bu risk oranları bu çalışmadan elde edilen bulgulara benzer olup, sadece dislipidemi yüzdesi daha yüksektir.

Psikiyatri hastalarının fiziksel yakınmalarına yönelik olarak Türkiye'de bir araştırma hastanesinin psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmada hastaların %28'inde fiziksel yakınma saptanmış ve fiziksel yakınması olan bu hastaların %66,1'inde fiziksel hastalık olduğu belirlenmiştir. Fiziksel tanıların çoğunluğu; %13,5 endokrin sistem, %12,2 hematolojik (anemi), %11 nörolojik, %8,6 kardiyak (hipertansiyon), %7,3 lipid profili bozukluğu olarak saptanmıştır. Ayrıca psikiyatrik tanıları sebebiyle yatarak tedavi gören bütün hastaların %38'inde farklı sistemleri tutan bir veya birden çok fiziksel hastalık saptanmıştır. (Kısa ve ark., 2008).

Literatürde kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarını inceleyen çalışmalara baktığımızda, psikiyatri hastalarında görülen fiziksel sağlık problemleri benzerdir (SANE, 2007) ve bu hastalıkların görülme yaygınlığı bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik

göstermektedir. Dünya literatürüne göre psikiyatri hastalarının başlıca mortalite sebebi KVH, onu da solunum sistemi hastalıkları izlemektedir (SANE, 2007; Brown ve ark., 2000; Tidemalm ve ark., 2008). Bu çalışmada da psikiyatri hastalarında görülen en yaygın fiziksel problem KVH ve HT'dir. Bunu da tiroid problemleri, DM ve hiperlipidemi takip etmektedir. Solunum sistemi hastalıklarının yaygınlığı ise (%4,3) benzer çalışmalara göre daha düşüktür. Bunun sebebinin de solunumsal yakınması olmasına rağmen bir sağlık kurumuna başvurmayan ve tanı konulmamış hastalar olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel muayene bulguları ve kendi ifade ettikleri semptomları tablo 5'de sunulmuştur. Buna göre %27,8'inin gözlük kullanmakta olup, %27'sinin gözlük kullanmaksızın bir görme kusuru olduğunu belirtmiştir. Bunun sonucunda hastaların birçoğunun görme problemi olduğu halde gözlük kullanmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %56,5'inde diş çürüğü, %26,1'inde diğer olarak adlandırılan, diş protezi, dolgu olduğu saptanmış, % 52,2'si ağız kuruluğu, %3,5'i hipersalivasyon ya da ağız içinde aft bulunduğunu belirtmiştir. Hastaların yaşadığı ağız kuruluğu ve hipersalivasyon gibi problemlerinin ilaç yan etkilerine bağlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, hastalarda ağız kuruluğu yakınmasının çok fazla yaşandığı, bunun dışında aft, ağız içi yaraları olduğu gözlenmiş, ancak buna rağmen hastaların diş fırçalama alışkanlığının ve ağız hijyenin yetersiz olduğu saptanmıştır.

Hastaların %55,7'si reflü, yanma, epigastrik ağrı, hazımsızlık, şişkinlik, bulantı gibi mide yakınması olduğunu, %46,1'i konstipasyon problemi olduğunu, %47'si sık idrara çıkma, idrar kaçırma, idrar yaparken tutukluk ve yanma gibi yakınmaları olduğunu ifade etmiştir. Kronik psikiyatri hastalarında konstipasyonun sıkça tanımlanan bir problem olduğu, gastrointestinal problemlerin başlıca fiziksel sağlık sorunları içerisinde yer aldığı görülmektedir (Gray, 2012).

Araştırmaya katılan hastaların %24,3'ü denge ve hareket problemi olduğunu, %42,6'si uyku hali olduğunu ifade etmiştir. Bu durum hastalarda travma yönünden risk oluşturmaktadır ve bu nedenle hastalar travma riskine karşı iyi izlenmelidir. Ayrıca bu durum hastalarda aktivite düzeyinde azalmaya ve hareket kısıtlılığına yol açıyor olabilir. Psikiyatri hastalarında azalmış aktivite düzeyi literatürde de vurgulanmıştır (Happell ve ark., 2011). Hastalığın doğası gereği negatif belirtiler ve depresif duygu durumun fiziksel aktivite düzeyinde azalmaya, ayrıca ilaç yan etkilerinin, kalorili beslenme ihtiyacı ve iştahta artmaya sebep olduğu düşünülmektedir.

Hastaların %39,1'i artmış susama isteği, %47'si iştahta artma, %16,5'i iştahta azalma olduğunu belirtmiştir. Hastaların çoğunluğunun ifade ettiği iştahta artma durumu kilo alma riskini de arttırmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların boy ve kilo ölçümleri klinikte yapılarak, kg/m2 hesaplanması kullanılarak hesaplanmış ve Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Hastaların BKI dereceleri tablo 6'da sunulmuştur. Buna göre hastaların %6,1'i zayıf, %27,8'si normal kiloda, %28,7'i fazla kilolu, %24,3'ü birinci derece obez, %12,2'si ikinci derece obez ve %0,9'u üçüncü derece morbid obezdir. Buna göre hastaların BKI'nin %66,1'inde normal sınırların üzerinde olduğu görülmektedir. Aktivite düzeyinde azalma, hareket kısıtlılığı, iştahta artma gibi durumlar kronik psikiyatri hastalarının kilo alımına katkı sağlıyor olabilir. Çalışmamızın sonucundaki obezite yaygınlığı litertürle benzerdir. Şizofreni hastalarında egzersiz eğitiminin faydalarını inceleyen bir çalışma sonucunda hastaların %69'u aşırı kilolu ve %54'ünde abdominal obezite saptanmıştır (Bredin ve ark, 2013).

İngiltere'de şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin fiziksel sağlık düzeylerini değerlendirmek, bireylerin fiziksel sağlık sorunlarını tespit etmek ve antipsikotik ilaç uyumunu sağlamak için yapılan bir müdahale programında hastaların %63'ü obez olarak saptanmıştır. (Ohlsen ve ark., 2005). Şizofreni olan hastaların beslenme alışkanlıklarını ve bu alışkanlıkların obezite derecesine etkisini belirlemek için yürütülen bir çalışmada, hastaların %37,7'sinde birinci derecede obezite, %39'unda ikinci derece obezite ve %6,9'unda üçüncü derece obezite saptanmıştır. Bu hastaların çoğunluğunda sağlıksız beslenme alışkanlıkları olduğu görülmüştür (Simonelli-Munoz ve ark., 2012). Dünyada kronik psikiyatri hastaları ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarında da bizim çalışmamızın sonuçlarında olduğu gibi obezitenin yaygın bir sorun olduğunu görmekteyiz.

Araştırmaya katılan hastaların metabolik sendrom durumları IDF ve ATP IIIA tanı kriterlerine göre değerlendirilerek elde edilen bulgular tablo 7'de sunulmuştur. Buna göre; hastaların metabolik sendrom durumu; IDF'e göre 57 kişi (%49,6), ATP III A'ya göre 46 kişidir (%40). Dünya literatürüne baktığımızda; Kuzey Amerika'da atipik antipsikotik kullanan 89 hasta ile yapılan bir çalışmada, ATP III tanı kriterlerine göre hastaların%29,2'si metabolik sendrom kriterlerini karşılamıştır (Straker ve ark., 2005). İrlanda'da yapılan bir çalışmada IDF kriterlerine göre, hastaların %46,4'ü (Ahmed ve ark., 2008); Avrupa'da yapılan bir çalışmada hastaların ATP III'e göre %28,4'ü, ATP III A'ya göre %32,3'ü, IDF'e göre ise %36'sı

metabolik sendromdur (De Hert 2006). Avustralya'da Klozapin kullanan 73 hasta ile yapılan bir çalışmada IDF'e göre hastaların %61,6'sında metabolik sendrom olduğu saptanmıştır (Brunero ve ark., 2009).

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında ise sonuçların bu çalışmaya benzer olduğu görülmektedir. Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmada metabolik sendrom sıklığı ATP III A 'ya göre; %35.6, IDF tanı ölçütlerine göre ise %42,5 olarak saptanmıştır (Kaya ve ark., 2009). Psikiyatri hastaları ile yapılan bir başka çalışmada ise ATP III tanı ölçütlerine göre metabolik sendrom yaygınlığı %35,3 olarak bulunmuş olup, kadınlarda %10, erkeklerde %45.8 olarak saptanmıştır. (Öyekçin, 2009). Kocaeli üniversitesinde psikiyatri hastaları ile yürütülen bir çalışmada, ATP III A'ya göre metabolik sendrom sıklığı %34, IDF'e göre, %41 olarak bulunmuştur. Her iki tanı kriterine göre de metabolik sendrom sıklığı kadınlarda, erkeklerden daha yüksek oranda saptanmıştır (Cerit ve ark., 2008). Bursa'da yapılan bir çalışmada metabolik sendrom oranı ATP III'e göre; erkeklerde %48,8, kadınlarda ise %48,1 olarak bulunmuştur (Demirci ve ark., 2011). Bu çalışmanın sonuçları ile psikiyatri hastaları ile yapılan diğer çalışmaların sonuçlarının metabolik sendrom sıklığı açısından benzer olduğunu görülmektedir. Bununla birlikte metabolik sendrom görülme sıklığı açısından genel popülasyonla psikiyatri hastalarını karşılaştıracak olursak, psikiyatri hastalarında metabolik sendrom görülme durumunun genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu görülmektedir.

Ülkemizde genel popülasyonda metabolik sendrom görülme sıklığı; erkeklerde %28, kadınlarda ise %40, genel olarak erişkinlerde prevelansı ortalama %22 olarak bildirilmektedir. Bu prevelans yaş ile birlikte artmakta, 20-29 yaş grubunda %6,7, 60-69 yaş grubunda ise, %43, 5 oranında görülmektedir (Arslan ve ark., Metabolik sendrom kılavuzu, 2009). Bu çalışmanın sonucunda metabolik sendrom yaygınlığı IDF'e göre %49,6, ATP III A'ya göre %40 olarak bulunmuş olup, genel popülasyonda görülme sıklığının iki katına yakındır. Bu çalışmalardan elde edilen verilere göre, kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylerde metabolik sendrom oranlarının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu görülmektedir. Bu da psikiyatri hastalarının genel popülasyona göre metabolik sendrom görülme açısından daha riskli olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın sonucunda psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının oldukça bozulmuş olduğu görülmektedir. Psikiyatri alanında yapılmış benzer çalışmalarda da sonuçların benzer olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar psikiyatri hastalarının fiziksel koşullarının kötü olduğunu

göstermektedir. Ayrıca hastaların pek çok fiziksel şikâyeti bulunmaktadır. Bu anlamda hastaların bu durumları en az psikiyatrik problemler kadar önceliklidir. Ancak, psikiyatristlerin fiziksel sağlık problemlerini kendi ilgi alanları dışında gördükleri, benzer bir tutumla psikiyatrist olmayan hekimlerin de psikiyatri hastalarının fiziksel yakınmalarını psikiyatrik hastalıklarına bağladıkları ve psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık problemleri tedavi edilmeden, psikiyatriye yönlendirildikleri belirlenmiştir (Kısa ve ark, 2008). Yine benzer bir tutumla psikiyatri hemşireleri de psikiyatri hastalarının fiziksel yakınmalarını kendi alanları dışında görüp, bu alanda bir rol belirsizliği yaşamaktadırlar (Howard ve Gamble, 2010).

Gerek uluslararası alanda, gerekse ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında psikiyatri hastalarının çok ciddi sağlık sorunları ile karşı karşıya oldukları görülmektedir. Ülkemizde psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığına yönelik daha çok metabolik sendromu tanımlayıcı tipte çalışmalar olduğu görülmekte, hemşirelik alanında neredeyse hiçbir çalışmaya rastlanmamaktadır. Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık bakımı almaları önündeki engellerin aşılması, bu hastaların fiziksel sağlık bakım almaları en doğal haklarıdır ve bu anlamada psikiyatri hemşirelerine önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir.

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını korumaya ve geliştirmeyi hedefleyen çalışmalar daha çok yurt dışında yapılmış ve hemşire liderliğinde yürütülmüştür. Gerek bu müdahale programları gerekse yapılan araştırma ve literatür incelemeleri göstermektedir ki bu alanda hemşirelere çok fazla sorumluluk düşmektedir. Psikiyatri hastalarında görülebilecek fiziksel problemler, daha ortaya çıkmadan egzersiz, diyet, sigarayı bırakma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önemlidir. Psikiyatri hastalarının sağlık bakım hizmetlerinden uygun bir şekilde faydalanmaları, fiziksel belirtileri tanıyıp, sağlık kurumuna başvurmalarının sağlanması, erken tanı ve tedavi açısından önemlidir. Psikiyatri hemşireleri, erken tanı ve tedavi basamağında önemli bir role sahiptir. Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığının iyileştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması hemşirelerin bu alandaki sorumluluklarına uygun girişimler yapmasına gereksinim duyulmaktadır.

5.2 Araştırmaya Katılan Hastaların Sigara Alkol Kullanım Durumları ve Kişisel Hijyen Uygulamaları

Araştırmaya katılan hastaların sigara alkol kullanım durumları ve kişisel hijyenlerine yönelik bazı uygulamaları incelenmiş olup, bu bulgular tablo 8'de yer almaktadır. Buna göre hastaların %63,5'inin sigara kullandığı, %36,5'inin hiç kullanmıyor ya da bırakmış olduğu, hastaların %30,5'inin alkol kullandığı, %69,5'inin hiç kullanmadığı belirlenmiştir.

Literatüre göre psikiyatri hastaları arasında sigara kullanım oranı genel popülasyona göre daha yüksektir ve sigara kullanımına bağlı hastalıklar bu nüfusun önde gelen ölüm nedenlerinden biri olabilir (Mackowick ve ark., 2012). Ulusal ve uluslararası literatürde yapılan araştırma ve derleme çalışmalarına baktığımızda, psikiyatri hastaları arasında sigara kullanımının en yüksek olduğu hasta grubunun şizofreni tanılı hastalar olduğunu görmekteyiz. Şizofreni hastaları, nikotinin bilişsel ve duyusal düzelmeyi sağlamasının yanı sıra pozitif ve negatif belirtileri azaltarak kendi kendilerini iyileştirmek (self-medikasyon) amacıyla sigara kullanabilmektedirler (Kumari & Postma, 2005). Ayrıca, şizofreni hastalarında sigara kullanımı yalnızca kötü bir alışkanlık değil, hastalığın klinik belirtileri ve antipsikotik tedavinin yan etkilerini kendi kendine tedavi etmeleri olarak ele alınmaktadır (Winterer, 2010).

İngiltere'de psikiyatri hastalarıyla yapılan bir kohort çalışmasının sonucunda sigaranın mortaliteyi arttırdığı ve bu mortalitenin de hastalara, sigarayı bırakma ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları kazandırılarak ve tedaviye uyumu sağlayarak önlenebileceği vurgulanmıştır (Brown ve ark., 2010). İspanya'da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada şizofreni hastaları, sağlıklı toplum ve şizofreni olmayan diğer psikiyatri hastaları karşılaştırılmış; şizofreni hastalarında sigara kullanma sıklığı %64,1, sağlıklı grupta %50,8, diğer psikiyatri hastalarında %39,1 olarak saptanmıştır. Sigara içenlerin sigara tüketimi şizofreni hastalarında, genel nüfusa göre daha yüksek (22.4 sigara / gün ortalama), ancak diğer psikiyatrik hastalardan farklı bulunmamıştır (Herran ve ark., 2010). Bu çalışmada bulunan sigara içme oranı ile bizim çalışma sonuçlarımızdaki sigara içme oranları neredeyse aynıdır. Yine İngiltere'de yapılan bir çalışmada psikiyatri hastaları arasında sigara içme yaygınlığı %51,5 olarak bulunmuştur (Mackin ve ark., 2005).

Çukurova Üniversitesi psikiyatri kliniğine yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu yaygınlığını saptamak amacıyla yapılan, bir yıllık izlem çalışması sonucunda; % 57,4 nikotin bağımlılığı, %21,9 alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı ve ayrıca psikiyatrik hastalık gruplarının hemen hepsinde yüksek oranda madde kullanım bozuklukları olduğunu saptanmıştır (Karakuş ve ark., 2012). Dokuz Eylül Üniversitesinde 49 şizofreni tanılı hasta ile yapılan çalışmada sigara içme sıklığı %69,4, alkol kullanımı %44,9 olarak bulunmuş, hastaların %8,2'sinin alkol, %2'sinin esrar bağımlısı olduğu saptanmıştır (Akvardar ve ark., 2004). Ankara'da psikiyatri kliniğinde yatan, sigara kullanan 90 hasta ile yapılan bir çalışmanın sonucunda; hastaların %53,3'ünün daha çok öfkeliyken sigara içtiği, %32,8'inin alkol alırken sigara içtiğini ve bunun sonucunda sigara içme davranışının alkol alımını arttırdığı saptanmıştır. Aynı çalışmanın sonucunda hastaların, hastalıkları ilk ortaya çıktığında sigarayı daha sık içtikleri (%35,6) ve hastaların ruhsal bozukluğun yarattığı sorunları stres kaynağı olarak algılamaları sonucunda, etkisiz bir baş etme yöntemi olarak sigaraya başlayabildikleri saptanmıştır (Kızılkaya ve Öz, 2006).

İstanbul'da 49 şizofreni tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %18,3'ünün alkol kullandığı saptanmıştır (Aras, 2011). 502 hasta ile yapılan bir başka çalışmada ise hastaların %72,3'sinin sigara kullandığı belirlenmiş olup, %24,9'unun sigara ile birlikte alkol kullandığı bulunmuş ve çalışmanın sonucu olarak sigaranın yaşam kalitesini, hastalığın seyrini ve psikopatoloji düzeyini önemli ölçüde olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (Karşıdağ ve ark., 2005). Ege Üniversitesinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada şizofreni hastalarında sigara kullanım sıklığı %60 (%6'sı günde bir iki tane, %3'ü günde yarım paket, %26'sı günde bir paket, %23'ü günde iki paket) olarak tespit edilirken kontrol grubunda bu oran %20 olarak tespit edilmiştir (Bakıcı, 2012). Bu da psikiyatri hastalarının sigara kullanımının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yapılan çalışmaların alkol ve sigara içme sıklığının bu çalışmanın sonuçları ile benzer olduğunu görmekteyiz.

Dünyada nikotin bağımlılığının genel nüfusta yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık % 20 olduğu bildirilmiştir (http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=50). Ülkemizde ise genel nüfusta sigara içme oranı Sağlık Bakanlığı 2012 verilerine göre %27,1 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Alkol kullanım oranı ise 2012 verilerine göre %10,4 olarak saptanmıştır (TÜİK, sağlık araştırması, 2012). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlarına

göre, psikiyatri hastalarında sigara kullanım oranları genel nüfusun nerdeyse iki katından daha fazla, alkol kullanımının ise nerdeyse üç katı olduğunu görülmektedir.

Hastaların sadece %37,4'ünün dişini düzenli olarak fırçaladığı, %27,8'inin haftada ikiden az banyo yaptığı görülmüştür. Bu da hastaların öz bakımlarının ve sağlığı koruma davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir. Bireyin yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olan, yemek yeme, konuşma, görünüm, sosyal ve psikolojik durumunu anlamlı düzeyde etkileyen ağız sağlığının psikiyatrik hastalık süresince önceliği düşüktür. Özellikle şizofrenide yürütücü işlevlerde bozulma nedeniyle ağız hijyeni sağlamada isteksizlik ve bazı diş hekimlerinin bu hastaları tedavi etme isteksizliği gibi zorluklar bulunmaktadır (Karakaya, 2012). Ağız sağlığının kötü oluşu, diş çürükleri, enfeksiyon, beslenme bozuklukları hatta oral kansere sebep olarak mortaliteye katkıda bulunabilir. Dünya Sağlık Örgütü verileri ağız-diş sağlığının olumsuz etkilerine en fazla maruz kalan özel grupların başında psikiyatri hastalarının geldiğini bildirmektedir (Petersen, 2013).

Psikiyatri hastalarının hijyen alışkanlıkları ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda daha çok şizofreni hastalarının ağız-diş sağlığına ilişkin çalışmalar olduğu görülmektedir. Literatürde şizofreni hastalarının kötü ağız hijyenine dair bulgular mevcuttur ve bu hastalarda ağız sağlığının, genel topluma göre daha kötü olduğu, tedavi gereksinimlerinin karşılanmadığı ve bu hastalarda ağız diş sağlığı hizmetlerinin yetersiz olduğu konusunda ortak bulgular bildirilmiştir. Şizofreni hastalarının oral hijyen alışkanlıklarını tespit eden bir çalışmada hastaların %46'sı dişlerini düzenli olarak fırçalarken, sağlıklı kontrol grubunda bu oran %79 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada şizofreni gibi özbakım alışkanlıklarının belirgin düzeyde azaldığı psikiyatrik hastalıklarda ağız bakımının da gerilediği ve bu hastaların diş tedavi hizmetlerinden yeterince yararlanmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Bakıcı, 2012).

Psikiyatrik hastalıkların ve psikiyatrik tedavide kullanılan ilaçların ağız sağlığı üzerindeki etkileri ile psikiyatri hastalarında ağız sağlığını etkileyen faktörlerin incelendiği bir literatür taramasında, hastanede yatan psikiyatri hastalarının ileri derecede periodontal hastalığa sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada, psikiyatri hastalarında; ileri yaş, hastanede yatış süresi, psikiyatrik hastalığın süresi, cinsiyet, psikiyatrik tanı ve antipsikotik ilaçlar kötü ağız sağlığına neden olduğu bildirilen ve en sık karşılaşılan faktörler olarak saptanmıştır. Antipsikotik ilaçlardan özellikle klorpromazinin yol açtığı antikolinerjik etki hastalarda hiposalivasyona neden olarak yutkunma, konuşma, çiğneme güçlüğü, tükrük salgısının

azalmasıyla enfeksiyon riskine ve diş çürüklerine neden olduğu, ayrıca ağız kuruluğunun kalorisi yüksek şekerli içecek kullanımını arttırdığı bildirilmiştir. Ağız hijyenin kötü olması, sigara kullanımı, fazla şeker tüketimi, hastalığın ve psikiyatrik tedavinin süresinin uzun olması ve sağlık hizmetlerinden yetersiz yararlanma, kronik psikiyatri hastalarının ağız sağlığının kötü olma riskini artırmaktadır. (Gürbüz ve ark., 2011).

Yapılan bir çalışmada psikiyatri hastalarının %41'inin ağız-diş sağlığı problemi olmasına rağmen maliyeti yüksek olduğu için diş sağlığı hizmetlerinden faydalanmadığı bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların çoğu aylık ve altı aylık süreçlerde kan testleri, tansiyon, bel çevresi, ağırlık ölçümleri yapılarak izlenmiş, sigara denetimi, egzersiz, diyet durumları tartışılmıştır. Yine bu çalışmanın sonucu olarak ağız sağlığının öneminin göz ardı edildiği, bunun da diş çürümesi ve ağrıya, ikincil enfeksiyonlara, sindirim sorunlarına ve sosyal rahatsızlıklara katkıda bulunmasının yanı sıra hastaların fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (SANE, 2007). Bireylerin ağız bakımı ihtiyaçlarını değerlendiren rutin hemşirelik uygulamaları, antipsikotik tedavi yoluyla ortaya çıkan istenmeyen orofarengeal sorunların riskini azaltabilir (Muir-Cohrane, 2006).

5.3. Kronik Psikiyatri Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hastaların SYBDÖ II'den almış oldukları puanlar tablo 9'da yer almaktadır. Buna göre; sağlık sorumluluğu 19,81±3,93, beslenme 22,44±4,28, manevi gelişim 23,31±5,11, kişilerarası ilişkiler 22,62±4,39, stres yönetimi 17,46±3,92, fiziksel aktivite 13,52±4,00 ve ölçek toplam puanı 119,19±18,20'dir. Hastaların en yüksek puanı ölçeğin manevi gelişim alanından, en düşük puanı ise sırasıyla fiziksel aktivite ve stres yönetimi alanlarından aldığı görülmektedir. SYBDÖ'nin kullanıldığı çalışmalara baktığımızda genel olarak katılımcıların en yüksek puanı manevi gelişim, en düşük puanı ise fiziksel aktivite alanından almış olduklarını görmekteyiz.

Uluslararası literatürde psikiyatri hastalarında SYBDÖ II ile yapılan bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte; Türkiye'de bir üniversite hastanesinde kalp hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin ölçüldüğü bir çalışmada, kalp hastalarının SYBDÖ II'den almış oldukları puan ortalaması; 127,45±20,5 olup, psikiyatri hastalarının almış oldukları puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir

(Küçükberber ve ark., 2011). Metabolik sendrom tanısına sahip kadın hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili faktörleri inceleyen bir araştırmada, ortalama toplam puanının 130.74 olduğu, en yüksek alt boyut puanının manevi gelişim, en düşük alt boyut puanının ise fiziksel aktivite alanında olduğu saptanmıştır (Kumsar ve Pakyüz, 2014). Kumsar ve Pakyüz'ün çalışmasında ölçek toplam puanı bu çalışmaya göre daha yüksek olup, alt boyut puan ortalamaları benzerdir, ölçeğin kullanıldığı tüm çalışmalarda nerdeyse katılımcıların en düşük puan ortalamasına sahip olduğu alan fiziksel aktivite, en yüksek puan ortalaması ise manevi gelişim alanıdır.

Konya il merkezinde farklı iki mahallede yapılan bir çalışmada; bir bölgede yaşayan insanların SYBDÖ puanı 122,5 olarak saptanırken diğer bölgede 108,1 olarak saptanmış olup bu farklılığın iki bölge arasındaki ekonomik farklılıktan kaynaklandığı sonucuna varılmıştır (Koçoğlu ve Akın, 2009). Ölçek, farklı hasta gruplarında ve meslek gruplarında uygulanmış olup sonuçlar genellikle benzerdir. Öğretmenlerle yapılan bir çalışmada ölçek toplam puanı; 134,49 (Tokuç ve Berberoğlu, 2007), ev kadını ve çalışan kadınlarda; 122,05 (Arslan ve Ceviz 2007), Üniversite öğrencilerinde; 126,44 (İlhan ve ark., 2010), Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde; 127,8 (Ünalan ve ark., 2009), tıp fakültesi öğrencilerinde 134,4 (Şimşek ve ark., 2012) bir başka çalışmada yine tıp fakültesi öğrencilerinde 127,9 (Nacar ve ark., 2014) olarak bulunmuş olup, tüm bu puanlar bizim çalışmamızdaki ölçek toplam puan ortalamasından daha yüksektir. Bu da psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının genel nüfus ve diğer hasta popülasyonundan daha kötü olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖ II ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırılması tablo 10'da sunulmuştur. Buna göre, hastaların yaşları ile fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre 18-34 yaş grubunda olan hastaların, 35-64 ve 65 yaş ve üzeri olan hastalara göre, fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu da hastalığın süresi ve kronik olmasının fiziksel aktiviteyi etkileyebileceğini göstermektedir. Ayrıca hastaların cinsiyet ve beslenme alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, kadın hastaların ölçeğin beslenme alanındaki puan ortalamalarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer bir şekilde, üniversite çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölçüldüğü bir çalışmada, kadınların sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası

ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Alan ve ark, 2009).

Tablo 10'da hastaların mesleğinin olup olmaması ile ölçek puanları karşılaştırıldığında, meslek durumları ile ölçeğin fiziksel aktivite puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, meslek sahibi olan hastaların fiziksel aktivite puan ortalamalarının meslek sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların meslek sahibi olma durumları ile stres yönetimi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup, bu farkın da mesleği olan hastaların stres yönetimi puanlarının mesleği olmayan hastalara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği bir çalışmada ise, ölçeğin fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve beslenme puanları çalışan kadınlarda, ev hanımlarına göre daha yüksek bulunmuştur (Arslan ve Ceviz, 2007). Bu da hastaların meslek sahibi olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesinin ölçüldüğü çalışmada, erkek hastaların manevi gelişim, fiziksel aktivite alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı kadın hastalara göre daha yüksek, yaş ortalaması daha küçük olanların daha yaşlı olanlara göre fiziksel aktivite puan ortalamasının daha yüksek, ancak beslenme puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre, manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (Küçükberber ve ark., 2011). Benzer bir şekilde bu çalışmada da hastaların mesleğinin olmasının stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt boyutlarını olumlu yönde etkilediği ve genç hastaların yaşlı olan hastalara göre fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tüm bu sonuçlar, 35 yaş üstü olanların fiziksel aktivitelerinin yetersiz olabileceğini, erkek hastalarda beslenme ile ilgili uygulamalarına dikkat edilmesi gerektiğini ve bu hastaların meslek sahibi olmasının önemini ortaya koymuştur. Literatüre bakıldığında, psikiyatri hastalarında bu ölçekle yapılan bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ulaşılan çalışmalar, farklı hasta gruplarında ya da toplumun farklı meslek gruplarında uygulanmış olup, sonuçlarda bu araştırmaya benzer ve farklı sonuçlar olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların hastalıklarına ait özelikleri ile SYBDÖ II ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 11'de sunulmuştur. Buna göre; BPB tanılı hastaların ölçek toplam puanı ve ölçeğin manevi gelişim alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, MDB tanılı hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine BPB tanılı hastaların, ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutundan almış oldukları puan ortalamasının, şizofreni olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. BPB tanılı hasta grubunun MDB ve diğer tanı sınıflandırmasına dâhil olan hastalardan ölçeğin stres yönetimi alt boyutundan almış oldukları puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların almış oldukları tanılar ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki farklılığın daha çok tanısı BPB olan hastalardan kaynaklandığını görmekteyiz. Bu da BPB olan hastaların özellikle mani dönemlerinde MDB olan hastalara göre kendilerini daha iyi hissetmeleri, kişilerarası ilişkilerinin şizofreni olan hastalara göre daha fazla olması, çevresindeki insanlarla daha çok iletişim kurmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Sonuçta bu ölçekte hastalar kendi kendilerini değerlendirmiş olup, zaten BPB hastalarının hastalıklarının doğası gereği kendilerini daha olumlu ve dışa dönük, stresleriyle diğer hastalara göre daha iyi baş edebildiklerini düşünmeleri kendilerini daha olumlu değerlendirmelerinin sonucu olabilir.

Hastaların hastalık süresi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları karşılaştırıldığında, hastalığının başlangıç yaşı 41-64 yaş olan hastaların, hastalığı 40 yaş ve altında başlayan hastalara göre, ölçeğin beslenme alt boyutundan almış oldukları puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalığı erken yaşta başlayan hastaların, hastalığı daha geç yaşta başlayan hastalara göre beslenme alt ölçek puanlarının daha düşük olması, beslenme alışkanlıklarının daha erken yaşta kazanılan bir alışkanlık olması ve psikiyatrik hastalıkların beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Hastaların fiziksel hastalığa sahip olma durumu ile SYBDÖ II puanları karşılaştırıldığında, fiziksel hastalık tanısına sahip olan hastaların ölçeğin sağlık sorumluluğu alanından aldıkları puan ortalamaları, fiziksel hastalık tanısına sahip olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Psikiyatrik hastalık tanısı dışında fiziksel bir hastalık tanısına sahip olma durumu hastalarda, kendi sağlık durumu için sorumluluk sahibi olmasını ve kendi sağlığına özen göstermesini teşvik ediyor olabilir. Hastaların kendi ifadelerine göre, hastalar fiziksel yakınmaları nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurdukları için fiziksel ek tanılar almıştır. Fiziksel bir hastalığa sahip olan hastaların, olmayanlara göre sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarından sağlık sorumluluğu alanından almış oldukları puanların daha yüksek olması, ihtiyaç duyduklarında profesyonel bir yardıma başvurmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bunun yanı sıra, fiziksel hastalığı olmayan hastaların, olanlara göre fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda psikiyatri hastalarının sahip olduğu fiziksel hastalıklar daha çok KVH, HT, DM, lipid profil bozuklukları gibi kardiyovasküler sistem ve metabolik hastalıklar ayrıca hiper/hipotroidi, nörolojik, solunumsal hastalıklardır. Bu tanılara sahip olma hastalarda hareket kısıtlılığına sebep olarak, fiziksel aktivite yapmanın önünde bir engel oluşturabilir.

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarının kötü oluşunun yanı sıra, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da yetersiz olduğunu görmekteyiz. Bu hastaların birçoğunun tanısı konulmamış fiziksel yakınması olduğu, bir kısmının da fiziksel hastalık tanısına sahip olduğu, ancak buna rağmen hastaların sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının yetersiz olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların %23,5'i HT, %15,7'si KVH, %12,2'si hiper/ hipotiroidi, %9,6'sı DM, %7,8'i hiperlipidemi, %5,2'si nörolojik hastalık (SVO, parkinson, emboli, epilepsi vs.), %4,3'ü solunumsal hastalıklar (KOAH, astım gibi), %3,5'i PCOS ve %29,6'sı diğer olmak üzere, toplam %59,1'i psikiyatrik tanısı ile birlikte en az bir fiziksel hastalık tanısına sahiptir.
- Ayrıca bu fiziksel tanılar dışında hastalar görme problemi, diş çürüğü, ödem, mide yakınması, konstipasyon, idrar yakınmaları, cinsel fonksiyonda değişim, denge, hareket ve uyku problemi, artmış susama isteği ve iştahta artma gibi fiziksel yakınmalar bildirmiştir.
- BKİ'lerine göre, hastaların sadece %27,8'i normal kiloda, %6,1'i zayıf, %66,1'i fazla kiloludur.
- IDF'e göre hastaların %49,6'sı, ATP III A'ya göre %40'ı metabolik sendrom tanısına sahiptir.
- Hastaların %63,5'i sigara, %30,5'i alkol kullanmakta olup, hastaların diş fırçalama, banyo yapma gibi kişisel hijyen uygulamaları ve sağlığı koruma davranışlarının yetersiz olduğu saptanmıştır.
- Hastaların SYBDÖ II toplam puanı 119,19±18,20 alt ölçek puanları; sağlık sorumluluğu 19,81±3,93, fiziksel aktivite 13,52±4,00, beslenme 22,44±4,28, manevi gelişim 23,31±5,11, kişilerarası ilişkiler 22,62±4,39, stres yönetimi 17,46±3,92'dir.
- Hastaların SYBDÖ II'den almış oldukları en düşük puan fiziksel aktivite, en yüksek puan ise manevi gelişim alanıdır.
- Sosyodemografik verilerle ölçek puanları karşılaştırıldığında, 18-34 yaş grubunda olan hastaların, 35-64 ve 65 yaş ve üzerinde olan hastalara göre fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, kadın hastaların beslenme puan ortalamalarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu, meslek sahibi olan hastaların fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamalarının meslek sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- BPB tanılı hastaların; ölçek toplam puanı ve ölçeğin manevi gelişim alt boyutu puan ortalamaları MDB tanılı hastalara göre, kişilerarası ilişkiler puan ortalaması şizofreni olan hastalara göre, stres yönetimi puan ortalaması MDB ve diğer tanılı hastalara göre daha yüksektir.
- Hastalık başlangıç yaşı 40'ın üzerinde olan hastaların, hastalık başlangıç 40 yaş ve altında olan hastalara göre ölçeğin beslenme alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Fiziksel hastalık tanısına sahip olan hastaların ölçeğin sağlık sorumluluğu alanından aldıkları puan ortalamalarının, fiziksel hastalık tanısına sahip olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu ve fiziksel hastalığı olmayan hastaların, olanlara göre fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre öneriler 3 başlık altında sunulmuştur:

6.2.1. Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Sorunları

- Kronik psikiyatri hastaları için fiziksel sağlık problemleri öncelikli bir sorundur, bu nedenle psikiyatri alanında çalışan ekibin ve hemşirelerin hastalarına bakım verirken fiziksel bakımlarını ihmal etmemeleri önerilir.
- Psikiyatri hastalarının büyük bir çoğunluğunun tanı konulmuş fiziksel bir hastalığı vardır. Ayrıca, neredeyse hepsinin en az bir fiziksel yakınması mevcuttur. Hastalar, solunum sıkıntısı, çarpıntı, denge ve hareket problemleri, göz kusurları, ağız-diş sağlığı problemleri, mide yakınması, boşaltım problemi, iştah değişiklikleri gibi problemleri olduğunu ifade etmişlerdir. Psikiyatri hastalarının fiziksel problemlerinin saptanması ve uygun sağlık kurumuna yönlendirilmeleri, erken tanı ve tedavi açısından önemlidir ve bu bağlamada psikiyatrik bakım veren sağlık ekibi önemli bir role sahiptir.
- Fiziksel hastalıkların gerek tedavisi gerekse önlenmesi açısından en önemli yaklaşımın yaşam tarzı değişiklikleri olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, karbonhidrat tüketiminin azaltılması, toplam kalori alımı kısıtlanması ve fiziksel hareketin arttırılması gerekmektedir. Bu alanda hastalara yönelik diyet, egzersiz gibi sağlıklı yaşam davranışları kazandıran programlara çok ihtiyaç vardır.

- Kronik psikiyatri hastalarının BKİ'leri yüksektir. Bu nedenle bu hastalar için beslenme ve kilo yönetimi programları önem kazanmaktadır.
- İştahta artma ve kilo alma hastalar için yaygın bir problemdir. Bu nedenle hastalar kilo almaya başladıkları ilk etapta tespit edilerek gerekli egzersiz ve sağlığı geliştirici programlar içerisinde kilo vermeleri teşvik edilmeli, bunun için psikiyatri hemşireleri hastaların kilo ve bel çevresi ölçümlerini düzenli olarak takip etmelidir.
- Metabolik sendromun önlenmesinde bel çevresinin inceltilmesi dolayısıyla yaşam tarzı değişiklikleri en etkili yöntemdir. Bu nedenle hastaların psikiyatri servislerinde düzenli olarak izlenmesi, egzersiz ve beslenme programları oluşturularak kilo alımının önlenmesi bu hastalar için hayat kurtarıcı olabileceği düşünülmektedir.

6.2.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Sigara Alkol Kullanım Durumları ve Kişisel Hijyen Uygulamaları

- Psikiyatri hastaları arasında sigara ve alkol kullanımı yaygın, aynı zamanda oranlar genel popülasyona göre daha yüksektir. Bu durum, hastaların kötü olan fiziksel koşullarına katkı sağladığı ve kardiyak riskleri daha da arttırdığı için kronik psikiyatri hastalarının sigara ve alkolü bırakmaya yönelik programların hazırlanması ve uygulanması önemlidir.
- Psikiyatrik ilaçların yan etkileri ağız sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaların diş fırçalama alışkanlıklarının yetersiz oluşu, oral hijyen eksikliği aynı zamanda banyo yapma alışkanlıklarının yetersiz oluşu hem psikiyatrik hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilemekte, hem de hastaların fiziksel sağlığını bozmaktadır. Hastaların diş fırçalama, banyo yapma gibi kişisel hijyen uygulamalarında isteksiz oluşu göz önünde bulundurularak, kişisel hijyenin önemi vurgulanmalı ve hastalar bu uygulamalara teşvik edilmelidirler.
- Psikiyatrik hastalığın kendisinin verdiği negatif belirtiler, depresif duygu durumu, sigara, alkol tüketimine teşvik etmekte, hastaların kendi öz bakımını ihmal etmesine neden olmaktadır ve sağlıksız kötü yaşam koşullarını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle hastalar kişisel hijyen uygulamaları ve öz bakımlarını yerine getirmeleri için teşvik edilmeli, sigarayı bırakma programlarına dahil edilmeleri önerilmektedir.

6.2.3. Kronik Psikiyatri Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

- Kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel nüfusa göre daha kötüdür. Bu nedenle psikiyatri hastaları sağlığı geliştirici programlara dâhil edilmeli ve bu programların dünyadaki örnekleri gibi, hemşireler tarafından yürütülmesi gerekmektedir.
- Psikiyatri hastalarının sağlık sorumlulukları yetersizdir, bu da fiziksel problemlerin tanılanamaması ve geç fark edilmesiyle sonuçlanmaktadır. Bu yüzden psikiyatrist ve psikiyatri hemşireleri bu hastaların fiziksel yakınmalarıyla da ilgilenmeli, gerekirse hastaları psikiyatri dışındaki alanlara yönlendirmelidir.
- Psikiyatri hastalarının fiziksel aktivite düzeyi düşüktür. Egzersizin bu hastalar için hem hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyeceği, hem de kilo alımını azaltarak metabolik sendromu engelleyeceği düşünülmektedir. Bu yüzden bu hastalar için egzersiz programları oluşturulması ve yürütülmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.
- Literatürde fiziksel aktivite, psikiyatri hastalarının hem fiziksel hem de ruhsal açıdan iyileşmelerine katkı sağlayan, aynı zamanda risk önlemenin önemli bir davranışsal aracı olarak kabul görmektedir. Ancak, psikiyatri hastalarının fiziksel aktivite düzeyi, genel nüfusa göre daha düşüktür ve hastaların yaşı ilerledikçe fiziksel aktivite düzeyleri de azalmaktadır. Bu yüzden psikiyatrik bakımın içerisine hastaların aktivite düzeylerine uygun bir şekilde fiziksel egzersizin entegre edilmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Psikiyatri hastalarında iştahta artma, artmış susma isteği gibi yakınmalar nedeniyle yüksek kalorili içecekler ve sağlıksız atıştırmalıkların tüketimi yaygındır. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması gibi sağlıklı yaşam tarzı girişimlerinin, multidisipliner ekip ile; doktor, diyetisyen, psikolog ve hemşireler tarafından verilebileceği düşünülmektedir.
- Hastalığın başlangıç yaşı erken olanlarda ve erkeklerde beslenme alışkanlıklarının, hastalığı geç başlangıçlı ve kadın olanlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Beslenme alışkanlıkları hayatın erken dönemlerinde kazanılan bir alışkanlıktır. Bu yüzden beslenme eğitiminin erken yaşta verilmesi gerekmektedir.
- Hastaların meslek sahibi olmasının fiziksel aktivite düzeylerini arttırdığı ve stres yönetimini olumlu bir şekilde etkilediği görülmüştür. Bu yüzden psikiyatri hastalarının uğraş edinmelerinin hastaların işlevselliğini arttırarak, hem hastalığın seyrini olumlu

etkilemesi, hem de sağlıklı yaşam tarzı davranışları açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

- Şizofreni, MDB gibi tanıların hastaların kişilerarası ilişki düzeyi, manevi gelişimi ve stres yönetimini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Bu yüzden negatif duygu durumu, depresif düşünceler içerisinde olan hastalarla uygun bir şekilde iletişim kurulması, yatan hasta ve ayaktan izlenen hasta hizmetlerinde bu boyutlar açısından hastaların izlenmesi; hastaların oluşturulacak müdahale programlarına dâhil edilmesinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.
- Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel yakınmalarının yanı sıra sahip oldukları fiziksel tanılar da vardır. Özellikle bir fiziksel hastalığa sahip olma, hastaların egzersiz yapmasının önünde bir engel oluşturmaktadır. Hastaların fiziksel tanıları göz önünde bulundurularak aktivite düzeylerinin arttırılması önerilmektedir.
- Özellikle 40 yaşın üzerindeki psikiyatri hastalarının, mevcut tarama programları (kendi kendine meme, prostat muayenesi gibi) hakkında eğitimi, bakım planlama sürecinin bir parçası olarak görülmelidir. Hastaların koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi ve uygun birimlere sevkinden psikiyatrik bakım veren ekip sorumlu olmalı, gerekli birimlerle koordineli çalışmalıdır. Böylece, hastaların kronik sağlık sorunlarının gelişimi azaltılabilir.
- Kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık alanında yapılacak olan çalışmalarla birlikte koruyucu programlar ve erken müdahale programları birçok psikiyatri hastasının hayatını kurtarabilir. Kendini ifade etmekte zorlanan, toplum tarafından etiketlenen ve bu yüzden sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayan bu hasta grubunda, hastalık belirtileri ortaya çıkmadan yapılacak olan koruyucu müdahalelerin morbidite ve mortaliteyi azaltabileceği düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

Açıl AA. Şizofrenik hastalarda fiziksel egzersizin ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi 2006.

Ahmed M, Hussain I, O'Brien SM, Dineen B et al. Prevalence and associations of the metabolic syndrome among patients prescribed clozapine. Irish Journal of Medical Sciences 2008; 177: 205–210.

Akvardar Y, Tumuklu M, Akdede BB, Ulas H et al. Substance Use Among Patients with Schizophrenia in a University Hospital. Bull Clin Psychopharmacol 2004; 14: 191-197.

Alan H, Sağsöz S, Gündoğar D, Şahin EM. Üniversite hastanesinde çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı: 152, 4-6 Haziran 2009, Düzce.

Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 21 (5): 211 – 220.

Arslan M, Atmaca A, Ayvaz G, Başkal, N ve ark. Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği metabolik sendrom çalışma grubu. Metabolik Sendrom Kılavuzu 2009; 7-13. Erişim tarihi: 28.05. 2013. URL: http://www.turkendokrin.org/files/pdf/metabolik_sendrom.pdf.

Ateş MA, Durmaz O. Şizofreni ve metabolik sendrom. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı 2010; 3(2): 67-73.

Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S ve ark. Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: Kesitsel bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(3):205-212.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(1).

Bakıcı Ö. Şizofreni hastalarında oral hijyen alışkanlıkları. İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. Bitirme tezi, 2012.

Blythe J, White J. 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 2012; 21 (3): 193–201.

Bonfioli E, Berti L, Goss C, Muraro F et al. Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Psychiatry 2012; 12-78.

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

Bredin SSD, Warburton DER, Lang DJ. The health benefits and challenges of exercise training in persons living with schizophrenia: A pilot study. Brain Sci. 2013; 3: 821-848.

Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. British Journal of Pscyhiatry 2000; 177: 212-217.

Brunero S, Lamont S, Fairbrother G. Prevalence and Predictors of Metabolic Syndrome Among Patients Attending an Outpatient Clozapine Clinic in Australia. Archives of Psychiatric Nursing 2009; 23 (3): 261–268.

Brunero S, Lamont S. Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. International Journal of Mental Health Nursing, 2009; 18 (2): 144-150.

Cerit C, Özten E, Yıldız M. Şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19: 124-132.

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

Collins E, Tranter S, Irvine F. The physical health of the seriously mentally ill: an oerview of the literatüre. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2011; 19 (7): 638-646.

Çetin M. Antipsikotik tedavinin hormonal yan etkileri. Sempozyum Dizisi 2008; 66: 61-69.

De Hert M, Correl CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011; 10: 52-77.

De Hert M, van Eycka D, De Nayerb A. Metabolic abnormalities associated with second generation antipsychotics: Fact or fiction. Development of guidelines for screening and monitoring. International Clinical Psychopharmacology 2006; 21(2): 11-15.

Demirci H, Çinar Y, Bilgel N. Metabolic Syndrome and Depressive Symptoms in a Primary Health Care Setting in Turkey. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2011; 21: 49-57.

Edward K, Rasmussen B, Munro L. Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes. Archives of Psychiatric Nursing 2010; 24 (1): 46–53.

Eryıldız D. Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi 2008; 3-5.

Gartshore A. Does the use of a physical health assesment tool improve the physical health of clients of a community mental health team? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2009; 16: 578-580.

Gray R, Hardy S, Anderson KH. Psysical health and severe mental illness: if we don't do something about it, who will? International Journal of Mental Health Nursing 2009; 18: 299-300.

Gray R, Physical health and mental illness: A silent scandal. International Journal of Mental Health Nursing 2012; 21: 191-192.

Gürbüz Ö, Altınbaş K, Kurt E. Psikiyatrik hastalarda ağız sağlığı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(4): 628-646.

Happell B, Davies C, Scott D. Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review. International Journal of Mental Health Nursing 2012; 21 (3): 236–247.

Happel B, Platania-Phung C, Hardy S, Lambert T ve ark. A role for mental health nursing in the physical health care of consumers with severe mental illness. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2011; 18(8): 706–711.

Happell B, Platania-Phung C, Scott D. Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. International Journal of Mental Health Nursing, 2011; 20 (5): 310-318.

Hardy S, Gray R. Adapting the severe mental illness physical health improvement profile for use in primary care. International Journal of Mental Health Nursing 2010; 19 (5): 350-355.

Hardy S, Thomas B. Mental and physical helath comorbidity: Political imperatives and practice implications. International Journal of Mental Health Nursing 2012; 21 (3): 289-298.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim tarihi: 15.08.2016. URL: http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-.html.

Herran A, Santiago A, Sandoya M, Fernandez MJ ve ark. Determinants of smoking behaviour in outpatients with schizophrenia. Schizophrenia Research 2000; 41: 373–381.

Howard L, Gamble C. Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2011; 18: 105–112.

İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(3).

İmer Aras H. Şizofrenide alkol madde kullanım bozuklukları eş tanısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013; 5(3):260-275.

Karakaya İ. Psikiyatrik hastalıklar ve psikiyatrik tedavi gören hastalara diş hekimliği yönünden yaklaşım. İzmir, Ege Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi AD. Bitirme Tezi, 2012.

Karakuş G, Evlice YE, Tamam L. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 37(1):37-48.

Karşıdağ Ç, Alpay N, Kocabıyık A. Şizofreni ve sigara bağımlılığı. Düşünen Adam 2005; 18 (1): 13 -20.

Kaya MC, Vırıt O, Altındağ A, Selek S ve ark. Şizofrenide metabolik sendrom sıklığı, metabolik sendromun özellikleri ve kullanılan antipsikotiklerle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2009; 46 (1): 13-18.

Kayar Erginer D, Partlak Günüşen N. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: İhmal edilen bir alan. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013; 6(3): 159-164. Erişim tarihi: 16.07.2014. URL: http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/6.

Kilian R, Becker T, Krüger K, Schmid et al. Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. Acta Psychiatrica Scandinava 2006; 114 (4): 242-248.

Kısa C, Cebeci S, Uysal Z, Aydemir Ç ve ark. Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında fiziksel hastalık sıklığı. New Symposium Journal 2008; 46 (2): 66-69.

Kızılkaya M, Öz F. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların sigara içme özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 23–31.

Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009; 2 (4): 145-154.

Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia: The self medication hypotheses. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2005; 29: 1021–1034.

Kumsar AK, Pakyüz SÇ. Metabolik sendromlu kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015;12 (1): 19-24.

Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011; 11: 619-626.

Mackin P, Watkinson HM, Young AH. Prevalence of obesity, glucose homeostasis disorders and metabolic syndrome in psychiatric patients taking typical or atypical antipsychotic drugs: a cross-sectional study. Diabetologia 2005; 48 (2): 215–221

Mackowick KM, Lynch JM, Weinberger AH, George TP. Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. Curr Psychiatry Rep 2012; 14:478–485.

McCloughen A, Foster K. Weight gain associated with taking psychotropic medication: An integrative review. International Journal of Mental Health Nursing 2011; 20(3): 202- 222.

McCloughen A, Foster K, Huws-Thomas M, Delgado C. Physical health and wellbeing of emerging and young adults with mental illness: An integrative review of international literatüre. International Journal of Mental Health Nursing 2012; 21 (3): 274–288.

Muir- Cochrane E. Medical co-morbity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2006; 13 (4): 447-452.

Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D ve ark. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2014 (15) 20: 8969-8974.

Ohlsen RI, Peacock G, Smith S. Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental ilness. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2005; 12 (5): 614-619.

Oğuz A. Metabolik sendrom. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18(2): 57-61.

Osborn DPJ, Nazareth I, Wright CA, King MB. Impact of a nurse-led intervention to improve screening for cardiovascular risk factors in people with severe mental illnesses. Phase-two cluster randomised feasibility trial of community mental health teams. BMC Health Services Research 2010; 10 (61): 2-13.

Öyekçin DG. Bir grup şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastasında metabolik sendrom sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10 (1): 26-33.

Park T, Usher K, Foster K. Description of a healthy lifestyle intervention for people with serious mental illness taking second-generation antipsychotics. International Journal of Mental Health Nursing 2011; 20 (6): 428-437.

Petersen PE. The world oral health report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO global oral health programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31(1): 3-24.

Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de tütün kontrolü çalışmaları 31.05.2012. Erişim tarihi: 26.04.2016. URL: http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15787/turkiyede-tutun-kontrolu-calismalari.html.

SANE Australia (2007) . Opportunity lost: Lack of physical health care is hurting people with mental illness. Resarch Bultein. Erişim Tarihi: 28.02.2015. https://www.sane.org/research.

SANE Australia (2007). Physical health care and mental illness. Resarch Bultein. Erişim tarihi: 09.01.2016. URL: https://www.sane.org/images/PDFs/0702_info_rb6.pdf.

SANE Australia (2007). Physical health peer education. Improving physical health and preventing chronic health conditions in people living with mental illness. Evaluation Report. Erişim tarihi: 09.01.2016. URL: https://www.sane.org/images/PDFs/Evaluation_Report.pdf.

Simonelli-Muñoz AJ, Fortea MI, Salorio P, Gallego-Gomez JI ve ark. Dietary habits of patients with schizophrenia: A self-reported questionnaire survey. International Journal of Mental Health Nursing 2012; 21 (3): 220–228.

Shuel F, White J, Jones M, Gray R. Using the serious mental illness health improvement profile (HIP) to identify physical in a cohort of community patients: A pragmatic case series evaluation. International Journal of Nursing Studies 2010; 47 (2): 136-145.

Smith S, Yeomans D, Bushe CJP, Eriksson C et al. A well-being programme in severe mental illness. Baseline findings in a UK cohort. İnternational Journal of Clinical Practice 2007; 61 (12): 1971-1978.

Smith S, Yeomans D, Bushe CJP, Eriksson C et al. A well-being programme in severe mental illness. Reducing risk for physical ill-health: A post-programme service evaluation at 2 years. European Psychiatry 2007; 22: 413-418.

Straker D, Correl CU, Kramer-Ginsberg E, Abdulhamid N. Cost-effective screening for the metabolic syndrome in patientstreated with second-generation antipsychotic medications. American Journal of Psychiatry 2005; 162 (6): 1217–1221.

Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 26 (3): 151-157.

The IDF consensus worldwide defnition of the Metabolic Syndrome. International Diabetes Federation, 2006. Erişim tarihi: 21.12.2015. URL: http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf.

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

Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 2007; 6(6): 421-426.

Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık araştırması health survey, 2012. Sağlık Hizmetleri ve Sağlığı Belirleyici Göstergeler sayfa:54. Erişim tarihi: 26.04.2016. URL: www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=223

Türkiye Psikiyatri Derneği. Ruhsal hastalıklar: Nikotin (sigara) bağımlılığı. Erişim tarihi: 26.04.16. URL: http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=50.

Uğur M. Atipik antipsikotik ilaçlar ve psikozlu hastalarda ortaya çıkan metabolik sendrom. Sempozyum Dizisi 2008; 66: 51-59.

Usta E, Metin Ö, Birsöz S. Şizofreni ve diyabet: Yeni kuşak antipsikotiklerin yol açtığı diyabet veya metabolik sendrom. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007;17:207-216.

Ünalan D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A ve ark. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 16 (2): 75-81.

Yüksel N, Sayın A. Antipsikotiklere bağlı metabolik yan etkiler. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2006; 9 (1):5-16.

Weber M, Wyne K. A cognitive/behavioral group intervention for weight loss in patients treated with atypical antipsychotics. Schizophrenia Research 2006; 83: 95–101.

Weiser P, Becker T, Losert C, Alptekin K ve ark. European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods. BMC Public Health 2009; 9:315.

White J, Gray R, Jones M. The development of the serious mental illness phsical health improvement profile. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2009; 16 (5): 493-498.

Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? Current Opinion in Psychiatry 2010; 23:112–119.

8. EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

"Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu"

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak planlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık durumu ve sağlıklı yaşam davranışlarını belirlemektir. Bu çalışmada ankette yer alan soruları doldurmanız beklenmektedir. Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dâhil, hiç bir aşamada isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size özel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Bilmediğiniz terimleri ve anlamadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak 05053855679 numaralı telefondan araştırmacıya (Derya Kayar Erginer) ulaşmanız mümkündür. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

Ben……. yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih, Adı-Soyadı Araştırıcının Adı-Soyadı

İmzası İmzası

EK-2. VERİ KAYIT FORMU ÖRNEĞİ

Kişisel Bilgi Formu

A) Sosyodemografik veriler:

1. Cinsiyetiniz: () Kadın ()Erkek
2. Yaş:
3. Medeni durum: () Evli ()Bekâr ()Boşanmış
4. En son mezun olunan okul: ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite ()Yüksek lisans
5. Yaşadığınız yer: ()İl ()İlçe ()Köy
6. Kiminle yaşıyorsunuz? ()Ailemle ()Yalnız ()Diğer
7. Mesleğiniz:
8. Çalışma durumunuz: ()Çalışıyorum ()Çalışmıyorum ()İşten ayrıldım
9. Aylık toplam geliriniz: ()Gelir giderden az ()Gelir gidere eşit ()Gelir giderden fazla

B) Özgeçmiş:

1. Psikiyatrik tanı:
2. Hastalık başlama yaşı:
3. Hastalık süresi:
4. Kullanılan psikiyatrik ilaçlar:
5. İlaç kullanım süresi:
6. Mevcut fiziksel rahatsızlıklar:

Sigara, alkol, madde bağımlılığı

	Hiç kullanmam	Günde1-10adet arası	Günde 1adet-1paket arası	Günde 1paket ve üzeri	Bırakmış
Sigara kullanımı					

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

Hijyen Alışkanlıkları	Evet	Hayır	Bazen
Günde en az 2 kez dişlerimi fırçalarım			
Haftada en az 3 kez banyo yaparım			

Fiziksel Sağlık Problemleri

1**.** Görme: () Normal () Görme kusuru () Gözlük () Diğer

2. Diş çürüğü: () Yok () Var ()Diğer

3. Ağız kuruluğu () Yok () Var () Bazen ()Diğer

4. Kan Basıncı: Nabız:

5.Pretibial ödem: () Yok () +1 () +2 () +3 () +4

6.Mide yakınmaları () Yok () Var (Reflü, şişkinlik, ağrı, yanma)

7.Boşaltım problemleri: () Normal () Konstipasyon

8.İdrar yakınmaları: () Yok () Var (Kaçırma, sık idrara çıkma, tutukluk, yanma)

9.Cinsel fonksiyonda değişiklikler: () Yok () Az () Artmış

10. Denge / hareket problemi: () Yok () Var () Bazen

11.Uyku hali() Yok () Var () Bazen

12.Artmış susama hissi: () Yok () Var () Bazen

13.İştahta değişiklik: () Normal () Artma () Azalma

14. Laboratuar:

- AKŞ(mg/dl): Trigliserid(mg/dl) :
- HDL kolesterol(mg/dl): LDL Kolesterol (mg/dl):
- Total kolesterol(mg/dl):

15.Ölçümler:

- Ağırlık(kg): Boy(cm): Bel çevresi:
- BKİ:

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	**Bazen**	**Sık sık**	**Düzenli olarak**
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				

15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				

34	Günlük isler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK-3. KURUM İZNİ

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

14/01/2013

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.30.70.01/65
KONU :

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ:03.01.2013 tarih tarihli yazınız.

Anabilim dalınız Yüksek Lisans öğrencilerinden Derya KAYAR ERGİNER 'in "Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık Durumu ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi" isimli Yüksek Lisans Tezine ilişkin DEÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın 09.01.2013 tarih ve 38 sayılı yazısı ektedir.

Bilgilerinize rica ederim

Prof.Dr.Zühal BAHAR
Dekan

EK :1 Sayfa

DEÜ Hemşirelik Fakültesi İnciraltı – İZMİR (35340) Tel:(232) 412 47 50 Faks: (232) 412 47 98
http://www.deu.edu.tr

İzmir

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

BİRİM : RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI AD.
SAYI : 38

09.01.2013

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI' NA

İlgi: 04.01.2013 tarihli ve 24 sayılı yazınız,

Fakülteniz Yüksek Lisans öğrencisi Derya KAYAR ERGİNER'in '' Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık Durumu ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi'' isimli Yüksek Lisans Tezini kliniğimizde yürütmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE
Anabilim Dalı Başkanı

10/01

Alt bilgi

İzmir

EK-4. ETİK KURUL İZNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 108 14.02.2013

Sayın Yard.Doç.Dr.Neslihan Partlak GÜNÜŞEN

Kurulumuz tarafından 14.02.2013 tarih ve 872-GOA protokol numaralı 2013/05-22 karar numarası ile görüşülen **"Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık Durumu ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi"** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

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

GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	872-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık Durumu ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Neslihan Partlak GÜNÜŞEN Derya Kayar ERGİNER	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

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

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2013/05-22**	**Tarih: 14.02.2013**
	Yard.Doç.Dr.Neslihan Partlak GÜNÜŞEN'in sorumlusu Derya Kayar ERGİNER'in yürütücüsü olduğu **"Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlık Durumu ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Kemal Kürşad GENÇ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Işıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

EK. 5. ÖZGEÇMİŞ

DERYA KAYAR ERGİNER

TC Kimlik No	16651139372
Doğum Yılı	1982
Yazışma Adresi	2. İnönü mah. Musa Anter sk. Emek apt. No:52 D:1 Narlıdere/İzmir
Telefon	0 505 385 56 79
e-posta	prmderyakayar@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Ege Üniversitesi	Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu	Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği	Önlisans	2002
Türkiye	Adnan Menderes Üniversitesi	Aydın Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2010
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Psikiyatri Hemşireliği	Yüksek Lisans	2016

MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Görev Türü	Görev Dönemi
İzmir İl Ambulans Servisi 112 Başhekimliği KKM	Türkiye	İzmir	Paramedik	2014-halen
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Merkez 40 No.lu Ambulans Servis Hizmeti İstasyonu	Türkiye	İzmir	Paramedik	2012-2014
İzmir İSM Selçuk 1 No'lu ASHİ	Türkiye	İzmir	Paramedik	2004-2012
Özel Med-line Ambulans Hizmetleri	Türkiye	İzmir	Paramedik	2003
Özel Ege Sağlık Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım	Türkiye	İzmir	Hemşire	2002-2003

UZMANLIK ALANI

Uzmanlık Alanları
Psikiyatri Hemşireliği
Kronik Psikiyatri Hastalarında Fiziksek Sağlık, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Metabolik Sendrom

ÖDÜLLER

Ödülün adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Birinciliği	Adnan Menderes Üniversitesi	2010
Uluslararası III. Ambulans Rallisi Birinciliği	T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	2007

KATILDIĞI AKTİVİTE VE EĞİTİMLER

Aktivite/ Eğitim	Kurum	Yıl
EKG Eğitici Eğitimi	Ege Üniversitesi ASHMYO Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Bölümü	2014
49. Ulusal Psikiyatri Kongresi-İzmir	Türkiye Psikiyatri Derneği	2013
Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Eğitici Eğitimi	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 Ambulans Servisi- Eğitim Şube	2013
XI. Paramedik Eğitim ve Koordinasyon Akademik Kurul Çalıştayı	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	2013
İletişimde Güçlenme: Kendimizle Tanışmak	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2012
I.Paramedik Kongresi	Par-Der Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Akdeniz Üniversitesi	2012
22 Aralık Paramedikler Günü Paneli Düzenleme Kurulu-Panelist	Par-Der Ege Üniversitesi ASHMYO Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Bölümü	2012
Paramedik Derneği Ankara Çalıştayı	Paramedik Derneği	2012
I.Uluslararası V.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi-İstanbul	Psikiyatri Hemşireleri Derneği-Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2011
Improving Physical Health Care in Community Behavioral Health Centers: Integrated Care Guidelines for Frontline Providers and Andministrators	Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Çalışma Grubu İstanbul	2011
22 Aralık Paramedikler Günü Paneli Panelist	Dokuz Eylül Üniversitesi SHMYO Par-der	2011

V.Paramedik Sempozyumu	Par-Der Başkent Üniversitesi Ankara	2010
46.Ulusal Psikiyatri Kongresi-İzmir	Türkiye Psikiyatri Derneği	2010
Adli Psikiyatri Kursu	TPD-Psikiyatri Kongresi	2010
Uluslararası Aegean 2010 Ambulans Rallisi ve Sempozyumu Düzenleme-Hakem Kurulu	İzmir İl sağlık Müdürlüğü Acil Ambulans Hekimleri Derneği	2010
Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Eğitimi	T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İzmir İl Sağlık Müdürlüğü	2010
Erişkin İleri Yaşam Desteği Eğitici Eğitimi	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 Ambulans Servisi- Eğitim Şube	2010
Erişkin İleri Yaşam Desteği Eğitim Programı	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 Ambulans Servisi- Eğitim Şube	2010
Temel Eğitim Programı Eğitici Eğitimi	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 Ambulans Servisi- Eğitim Şube	2009
Travma Resusitasyon Kursu Eğitici Eğitimi	Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 Ambulans Servisi- Eğitim Şube	2009
Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitici Eğitimi	T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Par-Der	2009
Ambulans Ekipleri Standardizasyon Eğitimi Eğitmen-Hakem	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 Ambulans Servisi- Eğitim Birimi	2009
Rallye Rejviz (Uluslararası Katılımlı Çek Cumhuriyeti Ambulans Rallisi	Çek Cumhuriyeti	2008
Uluslararası III. Ambulans Rallisi ve Acil Sağlık Hizmetleri Kongresi	T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara İl Sağlık Müdürlüğü	2007
EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları Eğitimi	Par-Der Denizli İl Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliği	2006
İlk Yardım Eğitici Eğitimi	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Acil Tıp Derneği	2005
I.Uluslarası Türkiye Ambulans Rallisi	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Acil Ambulans Hekimleri Derneği	2005
112 Acil Sağlık Hizmetleri Oryantasyon Eğitimi	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 Başhekimliği	2005
III. Paramedik Sempozyumu	Par-Der Ege Üniversitesi AHMYO Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Bölümü	2005
2009-2014 yılları arasında Paramedik ve ATT'lerin mezuniyet sonrası eğitim modüllerinde eğitmenlik görevi.		

ETKİNLİKLER

Paramedik Derneği (2005'den beri üye, 2010-2015 YK üyesi)

YAYINLAR

Derya KAYAR ERGİNER, Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN, "Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Durumu: İhmal Edilen Bir Alan" DEUHYO ED 2013, 6 (3) 159-164.
Melahat KIZIL, Nursun ÜSTÜNKARLI, Derya Kayar ERGİNER, İlgi ŞEMİN, "İzmir 112 Ambulanslarında Çalışan Paramedik ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Anksiyete Düzeyleri ve İş Stresörleri" Hastane Öncesi Dergisi 2016, 1 (1) 43-54.

KONGRE BİLDİRİ KİTABINDA YER ALAN YAYINLAR

Hülya Arslantaş, Filiz Adana, Derya Kayar, Gülçin Acar, Filiz Ergin. "Yaşlılarda Yaşam Kalitesi, Yalnızlık ve Etki Eden Faktörler" 46.Ulusal Psikiyatri Kongresi 2010, Türkiye Psikiyatri Derneği Bildiri Özetleri Kitabı PB 116 sayfa:145.