



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARINDA SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE ÖZ BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Esra GERÇİK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

İSTANBUL-2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARINDA SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE ÖZ BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Esra GERÇİK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

İSTANBUL-2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : Psikiyatri Hemşireliği
Öğrenci No : 164204007
Öğrenci Adı Soyadı : Esra Gerçik

Kronik Psikiyatri Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Özbakım Gücü Arasındaki İlişki isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 08.05.2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç.Dr. Semra Karaca
(Marmara Üniversitesi)

İmza 

Danışman : Prof.Dr.Besti Üstün
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye : Yrd.Doç.Dr.Elçin Babaoğlu
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Nilgün SARP
Enstitü Müdürü

ÖZET

KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE ÖZ BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı tiptedir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pendik Devlet hastanesi ve Tuzla Devlet Hastanesine bağlı TRSM'lere gelen 99 kronik psikiyatri hastası ile yapılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak hazırlanan tanımlayıcı bilgi formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yoluyla, Şubat 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Hastaların sağlıklı yaşam davranışlarını ölçmek için, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II ve öz bakım gücünü ölçmek için Öz bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puanları incelendiğinde alt ölçek madde sayıları aynı olan sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puanları arasında en yüksek ortalamanın manevi gelişim puanı, en düşük ortalamanın ise beslenme puanı olduğu görülmektedir. Alt ölçek madde sayıları aynı olan fiziksel aktivite puanı ve stres yönetimi puanı arasında ise en düşük ortalamanın fiziksel aktivite puanı olduğu görülmektedir. Hastaların öz bakım gücü ölçeğine bakıldığında, öz bakım gücü ortalaması 121,98 olup minimum ve maximum değerler aralığında maksimum değere yakın olduğu görülmektedir. Sağlık sorumluluğu ile öz bakım gücü arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,599$, $p<0,01$). Fiziksel aktivite ile öz bakım gücü arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,309$, $p<0,01$). Beslenme ile öz bakım gücü arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,460$, $p<0,01$). Manevi gelişim ile öz bakım gücü arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,579$, $p<0,01$). Kişilerarası ilişkiler ile öz bakım gücü arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,503$, $p<0,01$). Stres yönetimi ile öz bakım gücü arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,536$, $p<0,01$).

Sonuç: Kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçiminin davranışlarının yüksek olması aynı zamanda öz bakım gücünün de yüksek olması sonucuna varılmıştır. Hastaların öz bakımını etkileyen sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi boyutlarındaki gereksinimlerinin farkında olunması ve bu davranışların edinilmesinde hastaya destek sağlanması öz bakım gücünde de olumlu gelişmeler sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kronik psikiyatri hastaları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, öz bakım gücü.



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS AND SELF-CARE ABILITY OF CHRONIC PSYHIATRIC PATIENTS

Objective: The aim of this study is to determine the relationship between healthy life style behaviors and self-care ability of chronic psychiatric patients.

Methods: The type of the research is descriptive. Sample was not selected for the research. The study was conducted with the 99 chronic psychiatric patients applied to Istanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital, Pendik State Hospital and Tuzla State Hospital affiliated to the CMHC (Community Mental Health Centers). The data was collected in February 2018 with face-to-face interviews through the descriptive information form prepared by the researcher in accordance with the literature. Healthy Life Style Behaviors Scale (HLSBS) II was used to measure the healthy life style behaviors of patients and Self-Care Ability Scale was used to self-care ability of the patients.

Findings: When the healthy life style scale scores of the patients are examined, it is observed that the patients have the highest mean score in moral development and the lowest mean score in nutrition among the scores of the health responsibility, nutrition, moral development and interpersonal relationship which have the same number of subscale items. The lowest mean score is determined in the physical activity score between physical activity score and stress management score which have the same number of subscale items. When the self-care ability scale of the patients is examined, the mean score of the patients in self-care ability scale is 121, 98 and the score is close to the maximum value within the range of minimum and maximum values. There is a moderately positive correlation between health responsibility and self-care ability ($r = .599, p < 0.01$). There is a moderately positive correlation between nutrition and self-care ability ($r = .460, p < 0.01$). There is a moderately positive correlation between moral development and self-care ability ($r = .579, p < 0.01$). There is a moderately positive correlation between interpersonal relationships and self-care ability ($r = .503, p < 0.01$). There is a moderately positive correlation between stress management and self-care ability ($r = .536, p < 0.01$).

Results: It has been concluded that the chronic psychiatric patients have high level of healthy life style behaviors as well as having high level of self-care ability. Being aware of the needs of the patients related to the subscales of health responsibility, physical activity, nutrition, moral development, interpersonal relationships, stress management and providing a support to the patients in the acquisition of these behaviors will also lead to positive developments in the self-care ability of the patients.

Keywords: Chronic psychiatric patients, Healthy life style behaviors, self-care ability.



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;

Veri toplama sürecimde yardımlarını esirgemeyen ve uygun koşullarda veri toplamamı sağlayan İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pendik Devlet Hastanesi ve Tuzla Devlet Hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına, hemşirelerine, çalışmama katılmayı kabul eden hastalara;

Her zaman yanımda olan, beni manevi yönden destekleyen, moral ve motivasyon kaynağım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütun bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütun bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

8 Mayıs 2018

Esra GERÇİK

İÇİNDEKİLER

Özet.....	iv
Abstract.....	vi
Teşekkür.....	viii
Beyan.....	ix
İçindekiler.....	x
Tablolar Dizini.....	xii
Kısaltmalar Dizini.....	xiii

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1-8
1.2. Araştırmanın Amacı.....	8
1.3. Araştırma Soruları.....	8

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklar.....	9-11
2.2. Şizofreni.....	11-18
2.3. Bipolar Bozukluk.....	18- 24
2.4. Kronik Psikiyatri Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Ve Sorunları.....	24-36
2.5. Öz Bakım Gücü.....	36-39
2.6. Kronik Psikiyatri Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Öz bakım gücünün geliştirilmesinde Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	39-44

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	45
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	45
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	45
3.4. Araştırmada Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	45
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	45
3.6. Verilerin Toplanması.....	48
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	48
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	48

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özellikleri Dağılımı.....	49-51
4.2. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Dağılımları.....	52
4.3. Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	52
4.4. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puanları ile Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	52-53
4.5. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puanları ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	53-55

5. TARTIŞMA

5.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Dağ.....	56-62
5.2 Araştırmaya Katılan Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	62-63
5.3 Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puanları ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puanları Arasındaki İlişki.....	63
5.4 Araştırmaya Katılan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puanları ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	64-67

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....68-70

7. KAYNAKLAR.....71-89

8. EKLER.....90

- EK I: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
- EK II: Kişisel Bilgi Formu
- EK III: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
- EK IV: Öz Bakım Gücü Ölçeği

TABLolar DİZİNİ	Sayfa No:
Tablo 1: Araştırmaya Katılan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri Dağılımı	49
Tablo 2: Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Dağılımları	52
Tablo 3: Araştırmaya Katılan Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	52
Tablo 4: Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puanları ile Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkisi	52
Tablo 5: Araştırmaya Katılan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puanları ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkisi	54

KISALTMALAR DİZİNİ

TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
BKI	Beden Kitle İndeksi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
MetS	Metabolik Sendrom
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
SVH	Serebro Vasküler Hastalık
DM	Diyabetes Mellitus
SS	Standart Sapma
ANA	Amerikan Hemşireler Birliği
KAH	Koroner Arter Hastalık
NANDA-I	Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanımları Birliği
IDF	Uluslararası Diyabet Federasyonu

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kronik psikiyatri hastalarının genel nüfusa göre yaşam beklentisi 25 yıla kadar azalmaktadır. Hastalar sıklıkla sosyal dışlanmaya katkıda bulunan ve yaşam kalitesini büyük ölçüde azaltabilen önemli bir fiziksel morbidite yaşarlar (Gray ve ark., 2009). Kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık problemlerinin nedenleri; tedaviye bağlı, fiziksel koşullar, sağlıksız yaşam biçimi, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan negatif belirtiler ya da depresif duygu durum, fiziksel aktivitenin azalması olarak belirtilmektedir (Weiser ve ark., 2009).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (Ocakçı 2009). Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir (Zaybak ve Fadiloğlu 2004). Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır. Hastalıklardan korunmada, erken tanı ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (Owens 2006). Pender'e (1992) göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Sağlıkla ilgili davranışlar bireylerin sorumluluğunda olmalıdır. Sağlık sorumluluğu sağlığın devamı için bireylerin egzersiz, kilo kontrolü ve sigara içmemek gibi davranışları gerçekleştirerek, sağlık ile ilgili kontrollerini zamanında yaptırarak ve önerileri uygulayarak bireylerin daha iyi hissetmesi ve daha az sağlık harcaması yapmasıdır (Steinbrook 2006). Sağlık sorumluluğunu geliştirmede temel amaç; sağlıklı yaşam biçimi geliştirmek ve sağlık bakım sistemlerine talebi azaltmaktır (Schmidt 2007).

Killian ve arkadaşları (2006) Almanya'da genel nüfus ile psikiyatri hastalarının sağlık davranışlarını karşılaştırmış ve sağlıksız yaşam biçimi 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.

Sigara, alkol ve madde kullanımı, hareketsizlik, kötü beslenme alışkanlıkları değiştirilebilir yaşam tarzı faktörleridir (Ateş ve Durmaz 2010). Kilo alımına bağlı hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM) ve koroner arter hastalıkları (KAH) da önemli sağlık sorunlarıdır. Kronik psikiyatri hastaların çoğu kardiyovasküler hastalık veya metabolik komplikasyonların bir sekeli olarak ölmektedirler (Ohlsen ve ark.2005). Bir çalışmada kronik psikiyatri hastalarının ölüm sebebi kaza ya da intihardan daha çok enfeksiyon ya da solunum sistemi ile ilgili hastalıklar olarak saptanmıştır (Collins ve ark., 2011).

Şizofreni, şizoaffektif bozukluklar, bipolar ve depresif bozukluklar dâhil olmak üzere ruhsal bozukluğu bulunan kişiler aşırı kilolu veya obez olma riski altındadır (Filik ve ark., 2006). Ruhsal bozukluğu olan bireylerde aşırı kilolu ve obezite prevalansı, hem tedaviye dayalı hem de yaşam biçimi davranış unsurlarıyla ilişkilidir (Allison ve Casey 2001; Parsons ve ark., 2009).

İlaç tedavisi, özellikle de yeni atipik antipsikotik ilaçlar, trisiklik antidepressanlar ve duygudurum düzenleyiciler olan lityum ve valproat iştahı artırabilir ve / veya kilo alımına neden olabilir (Malhotra, McElroy 2002). Kilo alma derecesi, kullanılan antipsikotik ilaç türüne göre değişebilir (Allison ve Casey 2001; Parsons ve ark., 2009).

Düzensiz beslenme, sedanter yaşam ve psikotrop ilaç yan etkileri, obezitenin oluşunda rol oynayan etkenler arasında sayılabilir (Öyekçin 2009). Şizofreni hastalarının beslenme alışkanlıklarının obezite derecesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; şizofreni hastalarının sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu görülmüştür. Alınan ilaç tedavisine bakılmaksızın zararlı beslenme alışkanlıklarının, obezite ve ilişkili metabolik değişiklikler ile sonuçlandığı gerçeği vurgulanmaktadır (SimonelliMuñoz ve ark., 2012).

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 diyabetes mellitus, dislipidemi,

hipertansiyon ve KAH gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği kritik kardiyak risk faktörlerinin bir kümesidir (Arslan ve ark., 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 diyabetes mellitus (DM), Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen kriterlere göre sekiz hastada metabolik sendrom saptanmıştır (Mackin ve ark., 2005).

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı IDF (Uluslararası Diyabet Federasyonu) tanı ölçütlerine göre %42.5 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).

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. Fiziksel aktivitenin azaltılması, işsizlik (ve bunun ardından işle ilgili faaliyet eksikliği), yoksulluk ve istikrarsız yaşam ruhsal sağlık popülasyonunda kilo alma, obezite ve diğer tıbbi sekel riskini artırmada önemli koşullar olduğu görülmektedir (Crosse 2003). Genel popülasyonda sigara kullanımı, ağır alkol tüketimi, kötü beslenme ve egzersiz eksikliği morbiditeyi artırmaya ve ölüme neden olmakta (Elmsllie JL ve ark., 2001). Ruhsal hastalıklar yüksek sigara içiciliğiyle ilişkilidir ve bu bulgular, hastaların% 60-90'ını, genel nüfusta% 25'ini karşılamaktadır (Ryan ve Thakore 2002).

Egzersizın yararlarını vurgulayan çalışmalara rağmen, ruhsal rahatsızlığı olan insanlar için fiziksel aktivite düzeylerinin genel nüfustan belirgin bir şekilde düşük olduğu gösterilmiştir (Farnam ve ark., 1999). Fiziksel aktivitenin zihinsel sağlık popülasyonundaki komorbiditeyi azalttığı açıktır (Pelham ve ark., 1993). Araştırmalar aynı zamanda şizofreni hastalarında depresyon ve kayđı gibi psikoz semptomlarının azaltılmasında rol oynadığını da göstermektedir (Faulkner ve Biddle 1999; Beebe ve ark., 2005).

McDougall (1992), psikiyatri hastası bireylerin morbiditenin büyük kısmının, özellikle alış veriş, yemek pişirme, kişisel hijyen ve diş bakımının ihmal edilmesi ve yetersiz bir diyetin sağlanması gibi yaşama becerilerinin eksikliği ile doğrudan ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Bu hastaların çoğu sosyal izolasyon, öz bakım yetersizliği, öz kıyım düşüncesi ve depresyonla karşı karşıyadır (zcler 2004). Yeterli bakım ve tedaviyi gremediklerinde ise şizofrenik hastalar, genel olarak çevreye bağımlı, kendine bakım becerileri azalmış ve çevresel etkilere açık, hastalık tekrarına yatkın ve günlük yaşama uyum için gerekli olan becerilerini kullanamaz olarak yaşantılarını sürdürmektedirler (Norman ve ark., 2000).

Tek başına ilaç tedavisi uygulamalarının şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini bozan tekrarlamaları önlemede yetersiz kaldığı bilinmektedir (Doğan ve ark., 2002, Hogarty ve ark., 2004). Ayrıca ilaç tedavisi şizofreni hastalığı olan bireyin topluma yeniden uyumunu sağlamada, kişilerarası ilişkilerini geliştirmede ve öz bakım aktivitelerini arttırmada yetersiz kalmaktadır (Gaite ve ark., 2002; Medalia ve ark., 2000; Pinikhana ve ark., 2002).

Majör duygulanım bozukluğu tanısı alan ve yedi hastaneye hizmet veren bir bakım programı ile ilişkili olan 255 hasta (% 63.5) incelenmiş; öz bakımda daha büyük bozulma olan ve daha şiddetli semptomları olan hastaların, intihar potansiyeli, madde kötüye kullanımı veya 30 gün içinde yeniden hastaneye yatma riskinin daha yüksek olduğunu tespit edilmiş (Page ve Ricard 1995).

Psikotik belirtileri antipsikotik ilaçlarla nispeten iyi yönetilen bireyler için, sağlıklı yaşam tarzı seçimlerine katılmak için motivasyona yönelmek anahtar olabilir. Motivasyon, z bakım gücünün temel yeteneklerinden ve g bileşenlerinden biridir.

İnsan eylemleri, kişisel değer ve arzuları yansıtan motivasyonlar ve niyetlerden kaynaklanmaktadır (Taylor ve Renpenning 2011).

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalığı olan kişilere sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri yapmalarına yardımcı olmak için önemli bir engel aslında onları değişim süreci içine sokmaktadır. Bir kalitatif çalışmada, motivasyon eksikliği, sağlıkla ilgili karar ve davranışları olumsuz etkileyen önemli bir faktör olarak belirtilmişti (Abed 2010). Motivasyonel bozukluk, şizofrenide yeti yitimini nedeni olarak tanımlanmıştır (Velligan ve ark., 2006). Ruhsal hastalıkların negatif belirtileri (zayıf motivasyon ve sosyal çekilme) genellikle bireyi fiziksel olarak aktif tutmak isteğini azaltır (Wallace ve Tennant, 1998).

Sağlıkla ilgili motivasyonlarını kaybettikleri ve daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duydukları için, kişilerin öz bakım düzeyleri düşebilir; tipik, hastalık dönemi arttıkça hayat kalitesi de düşer (Çiftçi ve ark., 2015).

Ülkemizde kronik psikiyatri hastalarında öz bakım gücü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini belirleyen yapılmış herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Oysa ruhsal hastalığa sahip olan bireyler, sağlık sorunlarını tanımak, değerlendirmek ve yönetebilmek için psikiyatri hemşirelerine ihtiyaç duyarlar. Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri ruhsal ve fiziksel sağlık arasında hastalar için bir köprü görevi görürler (Muir-Cochrane 2006).

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, fiziksel hastalıklara karşı koruyucu önlemler alma, erken tanılama ve egzersiz, diyet gibi müdahale programları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışının geliştirilmesinden sorumludur. Hemşirelik bakımı yalnızca tıbbi tanı ile sınırlı değildir. Psikiyatri hemşireleri, hastaları sosyal, biyolojik ve manevi açıdan değerlendirmeye devam etmelidirler (Edward ve ark., 2010). 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 biçimi müdahaleleri ile yapılacak olan davranışsal değişiklikler ile sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarında psikiyatri hemşireleri kritik bir noktada

durmaktadır (Bonfioli ve ark., 2012). Psikiyatri hemşireleri, psikiyatri hastalarını fiziksel aktiviteye teşvik etmekle kalmaz aynı zamanda, hemşirelik rolleri arasına fiziksel aktiviteyi yerleştirerek, günlük ruh sağlığı bakımı içerisinde fiziksel aktivitenin eklenmesini sağlayabilirler (Happell ve ark., 2011). 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). Hastaların bağımsız yaşamasını teşvik etmek ve desteklemek psikiyatri hemşirelerinin ana sorumluluk alanlarından biridir (Magnusson ve ark., 2004).

Psikiyatri hemşireleri, iyileştirme stratejileri sayesinde hem fiziksel sağlığın kutleşmesini hem de kronik psikiyatri hastalarının yaşadığı erken ölümleri önlemede katkı sağlayabilirler (Hardy ve Thomas, 2012). Blythe ve White (2012) e göre psikiyatri hemşirelerinin, 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.

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin sağlık ve yaşam tarzı sorunları yıllardır sağlık profesyonelleri için bir endişe haline gelmiştir (Koranyi 1979; Berren ve ark., 1994). Ruhsal sağlık nüfusunun fiziksel sağlığını hedefleyip iyileştirmek için yenilikçi ve etkili yollar geliştirmek ve böylece hastaların kendi sağlıklarını ve genel iyilik hallerini daha fazla kontrol altına almalarını sağlamak gerekir (Jeste ve ark., 1996). Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yoluyla kilo kontrolü programlarının ruhsal hastalıkları olan kişilerin günlük bakımına entegre edilmesi gerektiği konusunda artan bir tanınma vardır (Robson ve Gray, 2007). Bu tür müdahalelerin zihinsel sağlık bakımına entegrasyonu bazı önemli avantajlara sahip olabilir. Psikiyatri hemşiresiyle sık temas ve destek, davranış değişikliği konusunda kritik bir rol oynayabilir ve ruhsal hastalık ile ilgili engeller daha uygun bir şekilde ele alınabilir (Richardson ve ark., 2005).

Uluslararası literatürde kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık düzeylerini değerlendirmek, fiziksel sağlık sorunlarını tespit etmek ve antipsikotik ilaç uyumunu sağlamak için çeşitli tarama araçları geliştirilmiştir. Yapılandırılmış zel programlar içerisinde, egzersiz, sigarayı bırakma, sağlığın yükseltilmesine yönelik pozitif yaşam biçimi değişiklikleri teşvik edilmiştir. Bu programların özelikle diyet kalitesinin

arttırılması ve benlik saygısını geliştirmeye ilgili pozitif yaşam biçimi değişikliklerini etkilediği görülmüştür (Ohlsen ve ark., 2005).

Bir çalışmada psikiyatri hemşirelerinden sağlıksız yaşam biçimi davranışını değiştirmek için verilen destek, katılan hastalar tarafından önemli bir ihtiyaç olarak tanımlanmıştır. Çalışmada ayrıca fiziksel aktivite eksikliği ve sağlıklı beslenme hedefleyen sağlığın teşviki ve geliştirilmesine odaklanmak için zaman kaybı önemli bir engel olarak belirlenmiştir (Nick Verhaeghe ve ark., 2012).

Araştırmalar ruhsal hastalığı olan kişilerin öz bakım için ihtiyaçlarını belirlemede zorlandıklarını ortaya koyuyor. Bu amaçla periyodik eğitim programları öz bakım düzeylerini yükseltmek için gereklidir (Çiftçi ve ark., 2015). Artan kronik hastalıkların, uzun dönemde bireylerdeki hastalık ve öz bakım yönetimini sağlamak için bireylere sağlık sorumluluğu kazandırmak gerekmektedir. Bireylerde kronik hastalık yönetimi ile öz bakım yeterliliği artırılabilir, hastalık maliyetleri ve polikliniklere gidiş azaltılabilir (Lorig ve ark., 2001).

Sağlığın bireysel belirleyicilerinin geliştirilmesi için toplumdaki her bireye kendi sağlığına yönelik sorumluluk alabileceği bilgi ve sosyal desteğin sunulması gerekir. Öz bakımın geliştirilmesi için kendi sağlığını koruma ve geliştirme konusunda sorumluluk sahibi, bu sorumluluğun gereklerini yerine getirebilmesi için kamusal/toplumsal destek ve kontrol sistemlerine kolayca ulaşabilen bireylerden oluşan bir topluma ulaşılması hedeflenmiştir. (Çok sektörlü sağlık sorumluluğunu geliştirme programı 2013 – 2023).

Hemşireler gerek klinik ortamlarda gerekse toplumda bireylerin sağlığına yönelik olarak çalışan en büyük grup sağlık profesyonelleridir. Hemşireler bütüncül yaklaşımla ruhsal hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonunda aktif olarak görev alırlar. Klinik ortamlarda ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde hastaların öz bakım gücünün ve sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi ile ilgili önemli sorumluluklar üstlenirler.

Ülkemizde Eylem Planında belirtildiği gibi sunulan hizmet, ağır ruhsal hastalıkların sadece “alevlenme/atak” dönemlerine odaklanmakta, hastalığın alevlenmesine zemin hazırlayan biyopsikososyal etmenlere müdahale olanağı taşımamakta, hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğine katkıda bulunmayı hedeflememektedir. Oysaki yeni geçilen toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması, psikososyal destek hizmetlerinin

verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet göstermek üzere toplum ruh sağlığı merkezleri kurulmuştur.

Bu merkezlerin işleyişinin etkinliğini değerlendirmek ya da hizmet planlayabilmek için hastaların mevcut biyopsikososyal durumlarının bilinmesine gereksinim vardır. Bu gereksinim dikkate alınarak kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin alanda çalışanlar için veri kaynağı oluşturması beklenmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI

1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri nelerdir?
2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları nasıldır?
3. Öz bakım gücü düzeyi nedir?
4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücü ilişkisi nasıldır?
5. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz bakım gücü arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklar

Kronik psikiyatrik hastalık ifadesi kişisel bakım, toplumsal ilişkiler, çalışma hayatı ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevselliğin farklı alanlarında bozulmalarla giden ve psikiyatrik bozukluğu olan kişiler için kullanılmaktadır. Literatüre bakıldığında “Şiddetli Ruhsal Hastalık” , “Ağır Psikiyatrik Bozukluk” ve “ Kronik Ruhsal Hastalık” gibi tanımlarında aynı anlama geldiği görülür. Kronik ruhsal hastalıklar için yapılmış olan tanımlamaların geneline bakıldığında;

- Ruhsal bir bozukluk tanısı vardır,
- Ruhsal bozukluk uzun süreli veya kalıcıdır,
- Sosyal oryantasyonu yetersizdir, gibi birtakım ortak nitelermeleri görmek mümkündür (Bond 2001; Yanık 2010).

Tanıların çoğunu şizofreni ve bipolar (iki uçlu) duygudurum bozuklukları oluşturmakla birlikte kronik psikiyatrik hastalıklar tanısal açıdan heterojen bir gruptur. Bu heterojen grup içerisinde ruhsal hastalıklardan şizofreni, şizoaffektif bozukluk, diğer psikotik bozukluklar, iki uçlu duygulanım bozukluğu, yineleyen major depresyon, süregelenmiş obsesif kompulsif bozukluk ve madde bağımlılığını saymak mümkündür (Yanık 2010). Kronik psikiyatrik hastalıklar sürekli ve/veya yineleyici özelliktedir ve tam bir iyileşmeyle sonuçlanmayabilir. Şizofrenide yeti yitimi, yaşam kalitesi, damgalanma ve rehabilitasyon gibi kavramlara ilişkin pek çok sorun aslında diğer tüm kronik psikiyatrik bozukluklar için de aynı ölçüde geçerlidir (Çam ve Engin 2014; Güleç ve ark., 2007).

Kronik ruhsal sorunu olan bireyler, tedavi edilmediklerinde yaşamlarını mutsuz, huzursuz, yaratıcılık ve üretkenlikten yoksun bir biçimde geçirmektedir. Hastalar hastalıkları nedeniyle kendilerine zarar vermelerinin yanı sıra çevrelerine ve topluma ciddi yük oluşturmaktadır (Babacan 2006). Ayrıca, kronik ruhsal sorunu olan bireyler duygu, düşünce ve bilişsel yetilerde bozulma, sosyal ve ekonomik kayıplar da yaşamaktadır. Kendilerinden beklenen rolleri yerine getirememeleri, aile içinde ve toplumda birçok zorluk yaşamalarına, sürekli aile bakımı ve desteğine gereksinim duymalarına yol açmaktadır (Schenk ve ark., 2008). Bu durum hasta kadar hasta ailesi

için de önemli bir stres nedenidir (Saunders 2003; Arslantaş ve Adana 2011). Ayrıca kronik ruhsal sorunlu hastaların çoğunun ailesinin evi dışında alternatif yaşam alanları olmadığından bu bireyler hastaneden çıktıktan sonra aileleri ile birlikte yaşamak zorunda kalmaktadır (Saunders 2003; Şahin ve ark., 2002; Özlü ve ark., 2009).

Şizofreni tanılı bireylerin ailelerinden hastaların bakım sorumluluğunu almaları, taburcu olan hastaya en büyük destek kaynağı olmaları beklenmektedir. Fakat şizofreni hastalığının hasta bireyin yaşam kalitesini azaltan ve sık alevlenmeler ile aileyi zorlayan olumsuz etkileri vardır. Hastalığın neden olduğu yetersizlik, stigma ve ayrımcılık nedeniyle hasta bireyler ve aileleri çalışma ve boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerine katılmakta yetersizlik, benlik saygısında azalma ve güvensizlik yaşamaktadırlar (Oflaz 1995, Esmek 2006). Bütün bu güçlüklerin ve güçlüklerle etkin baş etme yöntemlerinin kullanılmamasının bir sonucu olarak bakım verenler sosyal, duygusal, ekonomik fiziksel alanlarda yük yaşamakta; yükün şiddetinin artmasının bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarının kötüleşmesine neden olduğu açıklanmaktadır.

Karancı (1995), hasta yakınlarının hastalığa ilişkin nedensel atıflarını, beklentilerini ve yüklerini araştırmıştır. Hasta yakınlarının aile yaşantılarında çatışmalar ve duygusal sorunların yanı sıra hastanın bakımı ve sağaltımı konusunda maddi yüklerle de karşılaştıklarını saptamıştır. Gülseren ve arkadaşları (1999a) tarafından yürütülmüş olan bir çalışmada, şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalar ve aileleri aile işlevleri yönünden karşılaştırılmış, her iki grupta da işlevselliğin bazı alanlarında bozulma olmakla birlikte, şizofreni grubunda aile işlevlerinin genel olarak daha iyi olduğu bulunmuştur. Doğan ve arkadaşları (2002), şizofreni tanısıyla sağaltım görmüş olan hastaların ailelerine ev ziyaretleriyle bilgi ve eğitim vermişler, üç ayın sonunda, aile üyelerinin yaşam kalitelerinde, ruhsal belirtilerinde, algıladıkları sosyal destek ve hastalıkla ilgili yaşadıkları güçlük düzeyinde bir azalma olduğunu bulmuşlardır.

Esmek (2007) şizofreni hasta yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında; hasta yakınlarının tamamına yakınının (%81.6) hastaların hastalığından etkilendiği ve nerdeyse yarısının (%31.9) bir ruhsal hastalığa sahip olduğunu bildirmektedir.

Aydın ve ark. (2009) ülkemizde 50 şizofreni tanılı hasta ve yakınları ile yapmış oldukları çalışmada; hastalığın alevlenmesi, hastaneye yatış sayılarındaki artışın hasta ve yakınlarını çalışamaz duruma getirdiği ve ailenin yükünü arttırdığı bulunmuştur.

Kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerin genel nüfusa göre 10-15 yıl daha erken öldüğü tahmin edilmektedir. Kronik psikiyatri hastalarının yaşam beklentisini azaltan olumsuz fiziksel sağlık sorunlarının başında diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve obezite gelmektedir (Hardy ve Gray, 2010). Ayrıca kronik psikiyatri hastalarında görülen metabolik sendrom, tüm dünyada giderek yaygınlaşan ve çok fazla sayıda insanı etkileyen önemli bir morbidite nedenidir (Öyekçin 2009). Morbidite ve mortaliteyi etkileyen olayların başında Serobro Vasküler Hastalıklar (SVH) ve Miyokard Enfarktüsü (MI) gelmektedir (Uğur 2008). IDF kriterlerine göre, şizofreni hastalarında MetS sıklığı %13.4-%69.3 arasında değişmektedir (Mitchell ve ark., 2013, Patel ve ark., 2009, Pallava ve ark., 2012). Şizofreni hastalarında MetS'nin en önemli nedenlerinden biri antipsikotik kullanımıdır. Antipsikotik kullanmayan şizofreni hastalarında MetS sıklığı düşüktür. Hiç antipsikotik tedavi almamış şizofreni hastalarında MetS oranını %3.9 (Padmavati ve ark., 2010), diğer bir çalışmada %4.3 olarak saptamıştır (Patel ve ark., 2009). Başka bir çalışmada ise literatürle uyumlu olarak en az üç aydır antipsikotik tedavi görmekte olan hastaların %27'sinde MetS saptanmıştır (Gökhan ve ark., 2013).

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).

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. Buna rağmen kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı halen yeterince önem verilmeyen bir konudur ve bu alanda yapılan çalışmalar daha çok tanımlayıcı tiptedir (Edward ve ark., 2010).

2.2. Şizofreni

Şizofreni yaşamın erken dönemlerinden başlayarak tüm yaşam boyu süren aynı zamanda insanın düşünce, duyu ve davranışlarını önemli ölçüde etkileyen, insanın

kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir dünyada yaşadığı, kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısında değişikliklere yol açan bir rahatsızlıktır (Öztürk 2011; Arslantaş ve ark., 2009).

Şizofreni, kişinin düşünce, duygu ve davranışlarını etkileyen, hastaların kendilerine ait bir dünyada yaşadıkları ve yavaş yavaş içlerine kapandıkları, işlevselliğin önemli derecede bozulduğu, pozitif, negatif, bilişsel ve affektif belirtilerle giden kronik bir hastalıktır (Öztürk 2004).

Toplumsal ve çevresel etmenler içinde ailenin bireye karşı tutumu ve duygu ifade tarzı önem taşımaktadır (Gülseren 2002). Şizofreni, kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısında değişikliklere yol açan bir hastalık olduğu için, hasta kişiler genellikle aileye, özellikle de temel bakım sağlayanlara bağımlı olarak yaşamaktadır (Yeh ve ark., 2008). Hastalarda motivasyon eksikliği ve izolasyon, uyuma yönelik olmayan davranış ve sosyal işlev bozukluğu gibi şizofreninin kalıntı belirtileri devam edebilir (Fidaner ve ark., 1999). Bu belirtiler hastaların; günlük yaşam becerileri, sosyal ilişkiler, ebeveynleri ve çevreleri ile iletişim kurma, sosyal rolleri yerine getirmekte zorlanma gibi becerilere uyum sağlamakta ciddi problemler yaşamalarına neden olur. Yeti yitimi fazla olan şizofreni hastaları aileleri ve toplum için ciddi bir yük olmaktadır. İşlevsel düzelmenin sağlanması: hastaların topluluğa ve iş hayatına yeniden katılımına olanak veren, sosyal yükü ve sağlık-bakım maliyetlerini azaltan önemli bir tedavi amacıdır (Emiroğlu ve ark., 2009).

Şizofrenide işlevsel iyileşme; belirti kontrolünün yanı sıra bilişsel performans ve sosyal işlevselliğin de gelişmesi gibi sonuçları içermektedir. Sosyal işlevsellik kavramı iki temel öğeden oluşmaktadır: bunlardan ilki, hastanın kendisine bakabilme, günlük faaliyetlerini sürdürebilme becerisi diğeri ise hastanın sosyal yaşama uyum sağlayabilmesi için gerekli tüm sosyal becerilerin kazanılması gerekliliğini kapsar (Velligan ve ark., 2000). Sosyal işlevsellik, kişinin iş, ev, sosyal yaşam ve haz aldığı etkinliklerdeki işlevsellik yetisi olarak tanımlanmaktadır. Bu tür eksiklikler yaşamın kalitesini düşürür ve sosyal, ailesel, boş zaman ve mesleki rol işlevselliğinde sorunlara neden olur (Barlas 2010). Şizofrenide sosyal işlevsellik, negatif ve pozitif belirtiler, duygu-durum, sosyal davranışlar ve çevresel koşullardan etkilenmektedir (Anlar 2009). İşlevsel iyileşme, şizofreni tedavisinde, hastanın yeniden bütünleşmesini ve yaşam kalitesinde önemli bir iyileşmeyi sağlayabilecek şekilde gerçekleşmelidir.

Semptomlardan bağımsız olarak değerlendirilen işlevsel iyileşme kavramı, farklı alanlardaki rol beklentilerinin gerçekleştirilmesini ve “ideal” sosyal işlevselliği kapsar (Fleischhacker ve ark., 2005; Güneş 2010).

2.2.1. Epidemiyoloji

Şizofreni her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur. Dünyada yaklaşık 40 milyon şizofreni hastası olduğu tahmin ediliyor, bu sayı Türkiye’de ise yaklaşık olarak 650 bin civarındadır (Durmaz ve Okanlı 2014; Tanrıverdi ve Ekinci 2012). Şizofreni hastalarının yaşam süreleri genel toplumdaki %20 oranında daha kısa olmaktadır (Öztürk 2015). İntihar, şizofreni hastalarında ana ölüm nedenidir ve hastaların yaklaşık %10’unun intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (Benjamin ve ark., 2007).

Şizofreninin sıklığı (insidans) üzerine yapılan birçok araştırmanın sonuçları binde 0,11 ile 0,70/yıl arasında değişmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı için yapılan çalışmaların ortancası ise binde 4 olarak verilmektedir (Öztürk 2015).

Şizofreni genellikle 15-40 yaşları arasında, çoğunlukla 18-25 yaşlarında her çeşit ruhsal zorlanmayla başlayabilir. Hastalık on yaşından önce çok ender olarak ortaya çıkmaktadır. On sekiz yaş öncesi başlayan şizofrenilere erken başlangıçlı, 13 yaşından önce başlayan şizofrenilere ise çok erken başlangıçlı şizofreni denilmektedir. Erkeklerde hastalık kadınlara göre daha erken yaşlarda başlar, daha kötü gidiş özellikleri gösterir ve beyinin yapısal anormallikleri de erkeklerde daha fazla görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011).

Şizofreni dünya çapında önde gelen her toplum ve her coğrafi bölgede görülen halk sağlığı problemlerinden biridir. Şizofreni, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1990 yılında yapılan ilk Global Hastalık Yükleme çalışmasında 15-44 yaş grubunda en fazla yeti yitimine yol açan on hastalık arasında yer alır. Aynı çalışmanın 2010 yılındaki tekrarında en fazla yeti yitimine yol açan hastalık grubu olan ruhsal hastalıklar ve madde kullanım bozuklukları grubundaki hastalıklar arasında şizofreni yeti yitimi ağırlığı açısından birinci sıradadır (Whiteford ve ark., 2013).

Şizofreni sıklık değişiminde göç öyküsü, erkek cinsiyet, kentleşme, kışın dünyaya gelme, kannabis kullanımı, gebelik sırasında influenza geçiren annelerden doğan

bebekler hastalık gelişmesinde önemli risk faktörleridir (Kaplan ve Sadock 2009; Tandon ve ark., 2008).

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde daha sık görüldüğüne dair bulgular vardır (Eaton ve ark., 2011). Düşük sosyokültürel düzeydeki toplum kesiminde daha çok stres ve yoksunluk etkenlerinin var olması mu bu oranı yükseltmektedir, yoksa ağır ruhsal bozukluk nedeniyle bu hastalar düşük sosyoekonomik kesimlere mi kaymaktadır henüz bilinmemektedir (kayma varsayımı). Şizofreninin gelişmiş ülkelerde, gelişmemiş ülkelere göre daha kötü prognoz gösterdiği bilinmektedir (Öztürk 2015).

Eskiden cinsiyetler arasında hastalığın sıklığı ve yaygınlığı bakımından önemli fark görülmediği düşünülürken son yıllarda erkeklerde daha sık görüldüğü, erkek/kadın oranının farklı çalışmalarda 0,9 ile 2,4 (ortanca 1,4) olduğu bildirilmektedir (Eaton ve ark., 2011; McGrath ve ark., 2008).

2.2.2. Etiyoloji

Şizofreninin oluş nedenleri henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Etiyoloji üzerindeki görüşler organik ve ruhsal toplumsal olmak üzere iki ana grupta toplanmakla birlikte beynin gelişimsel bir bozukluğu olarak kabul edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011). Geçmişte bütün ruhsal bozuklukların nedeni olarak çevre gösterilmiş, daha sonra vaka kontrol ve aile temelli çalışmalarda genetik ilişkiler bulunmuştur. Gen-çevre yaklaşımı olası ilişkiler için yeni bir umut vermiş ve bağıntının çift yönlü olduğunu vurgulamıştır. Gen-çevre ilişkisi belirli çevresel risklere duyarlılıkta genetik kontrolü ifade etmektedir. Diğer bir deyişle çevresel patojenler bozukluğa neden olmakta ve genler patojenlere duyarlılığı etkilemektedir. Bu nedenle gen-çevre ilişkisi çift yönlüdür: Organizma hem çevreyi etkiler hem de çevreden etkilenir (Schlossberg ve ark., 2010). Hastalığın kesin nedeninin henüz kanıtlanmamış bir beyin bozukluğu olduğu görüşü kesinlik kazansa da, bu bozukluğun ortaya çıkışında ve alevlenmelerde çevresel-ruhsal etkenlerin varlığı küçümsenmemektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011; Yüksel 2006). Etiyolojide rol oynayan faktörleri ise şöyle sıralamak mümkündür;

- Genetik faktörler
- Viral ve immün faktörler
- Endokrin faktörler

- Nörofizyolojik değişiklikler
- Nörokimyasal değişiklikler
- Beyindeki yapısal değişikliklerdir (Köroğlu 2004) .

2.2.3. Belirtiler

Hastaların fiziksel görünüm, konuşma, duygu, düşünce ve davranış alanlarında önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Hastalık belirtileri pozitif ve negatif belirtiler olarak iki grupta toplanmıştır (Kneisl ve ark., 2004; Öztürk ve Uluşahin 2008; Townsend 2002). Pozitif belirtiler; sanrılar, varsanılar, düşünce ve davranış bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Düşünce içeriğinde meydana gelen bozukluklar; sanrılar, algılama bozukluğu (halüsinasyon, illüzyon) gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Hastanın gerçeği değerlendirme yetisi bozulduğu için iç görüsü de bozulmakta ve hastanın tedaviye olan uyumu da etkilenmektedir. Aynı zamanda hastanın konuşma hızında, içeriğinde, ses tonunda, bozulmalar meydana gelmekte hasta kendine özgü bir dil kullanmaktadır. Düşünce içeriğinde meydana gelen bozulma konuşmalarına da yansımakta ve söylediği şey anlayamamaktadır. Bunun yanında hastanın aldığı antipsikotik ilaçlar da konuşma bozuklukları, hastanın ilgi ve dikkatinde azalmalar meydana getirebilmektedir. Negatif belirtiler ise; genel görünümde ilgisizlik, donukluk, çekingenlik, kişisel bakımda yetersizlikler ve dağınıklıklardır. Konuşma ve ilişki kurmada bozukluklar; tek düze ses tonu ve duygularını belli etmeyen iletişim şekli, duygu küntlüğü, soğuk ve ilişki kurma güçlükleri meydana gelmektedir (Kneisl ve ark., 2004; Moller ve Murphy 2001; Öztürk ve Uluşahin 2008; Shives 2008; Şenol 2005; Townsend 2002).

2.2.4. Tedavi

Şizofreni tedavi edilebilir bir bozukluk olup tedavisi, maliyet ve hastalığın topluma etkileri nedeni ile özel önem arz eder. Tedavinin niteliği ve derecesi bireyden bireye ve tedavi tekniklerinin uygulama durumuna göre değişkenlik gösterir. Tedavide belirtileri yatıştırma (semptomatik tedavi) ve hastalığı iyileştirme amaçlanmaktadır (Yıldız 2005; Yüksel 2006). Hastalık öncesi kişilik, tıbbi durum, ruhsal toplumsal stres etkenleri, hastalık öncesi ve hastalık seyri sırasındaki uyum ayrıntılı olarak değerlendirilerek her hastanın tedavi açısından farklı nitelikleri olabileceği temel ilkesi ile ilaç seçimi, doz ayarlaması ve ek olarak kullanılacak diğer yöntemler dikkate alınmalıdır (Yüksel 2006).

Şizofreni hastalığının tedavisinde klorpromazinin bulunmasıyla bir devrim yaşanmış ve hastaların pozitif belirtileri büyük oranda yatışmıştır. Günümüzde hastalığın tedavisinde tipik ve atipik antipsikotikler kullanılmaktadır. Atipik antipsikotikler hastaların belirtilerinin daha iyi yatışmasına ve daha az yan etki oluşmasına neden olmaktadır. Ancak ilaç tedavisi hastaların negatif belirtilerini ortadan kaldırmak için yeterli olmamakta ve etkin bir tedavi yaklaşımı uygulanmadığında yaşam boyu devam etmektedir. Hastaların negatif belirtileri için ülkemizde çok yaygın olmayan psikososyal beceri eğitimleri uygulanmaktadır. İlaç tedavisi ile birlikte psikososyal beceri eğitimleri ile desteklemek, hastanın hem pozitif hem de negatif belirtilerin üstesinden gelmesini sağlamaktadır. Hastalar ilaç tedavisi ile birlikte psikososyal beceri eğitimi ile desteklenmezse tedavi eksik kalmakta, hastalık tekrarlamaktadır ve hastanın yaşam kalitesi azalabilmektedir. Oysa sadece hastalığın farmakolojik tedavisi ile değil, hasta bireye psikososyal beceri eğitimi, aile üyelerine sağlanacak eğitim ve desteklerle hastalığın tekrarlanması önlenecek ve hastaların yaşam kalitesi arttırılacaktır (Kaplan ve Sadock 2004; Öztürk ve Uluşahin 2008; Townsend 2002).

Şizofreni tedavisinde, farmakolojik ve psikososyal tedavi yaklaşımlarının bütünleştirilmesi sinerjik etki göstermektedir. İlaçlara olumlu yanıt veren hastalarda dahi toplumsal ilişkilerde yetersizlik, sınırlılık, yaşam kalitesinde bozulma, bilişsel belirtiler, rezidüel belirtiler, iş performansında düşme ya da işe devam edememe görülmektedir. Şizofreni hastalarının tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak verilen ruhsal eğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapiler, farkındalık kabullenme terapileri gibi psikososyal girişimlerin semptomların iyileşmesine ve işlevselliğin artmasında ve hastaları topluma yeniden kazandırmada etkin olduğu saptanmıştır (Addington ve ark., 2010; Holmberg ve Kane 2014; Davis ve ark., 2015).

2.2.5. Hemşirelik bakımı

Ruh sağlığı hizmetlerinde ana hedef, hastaların özgüvenini ve yaşam kalitesini arttırmaya yardım eden güçlenmeyi sağlamaktır. Hastaların yaşam kalitesini etkileyen anahtar değişkenlerin belirti düzeyi, ruhsal toplumsal müdahale ve güçlenme olduğu belirtilmekte ve hastaların yaşam kalitesinin belirti düzeyi ile negatif, ruhsal toplumsal iyileştirme ve güçlenme ile pozitif yönde önemli düzeyde ilişkili olduğu bildirilmektedir (Chou ve ark., 2012).

Psikiyatri hemşireleri hastalığın doğası gereği şizofreni hastalarıyla günlük uygulamalarında sürekli karşılaşırlar. Hemşirenin birincil hedefi hastalığın belirtilerini yatıştırmak için hemşirelik bakımını uygulama, ikincil hedefi ise tedavinin sürekliliğini sağlama ve yinelemeleri önlemedir. Hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada eklektik yaklaşımların kullanılması bakımın bütüncül ve bireye özgü olabilmesinde verimlilik sağlar (Dülgerler 2014).

Hemşireler şizofreni hastalığını kapsamlı değerlendirmelidir. Çünkü şizofreni bireylerin, işlevsel olarak farklı alanlarında bozulmalara yol açmaktadır. Hemşire için bu alanlardan en önemlileri, bilişsel yetilerde bozulma ve buna bağlı olarak ortaya çıkan dezorganize davranışlardır. Hastanın algıları, duygudurum ve duygulanım, etkinlik düzeyi, beslenmesi, uykusu ve öz-bakım gereksinimi de diğer ilgilendirilmesi gereken alanlardır (Mcfarland ve Thomas 1990). Şizofreni hastası ile ilişki kurmak hasta-hemşire işbirliğinde en önemli evredir. Hasta ile kurulan tedavi edici ilişkide psikiyatri hemşiresinin yoğunlaştığı nokta hasta ve hastanın gereksinimleridir. Hastaya gereksinim duyduğu yardımın verilebilmesi ise onunla kurulacak tedavi edici ilişkinin niteliğine bağlıdır (Dülgerler 2014). Çağdaş hemşirelik çeşitli alanlarda bilgi ve beceriye sahip olmayı gerektirir. Bakım verici, karar verici, koruyucu ve hasta savunucu, yönetici, rehabilite edici, rahatlatıcı ve eğitici rolleri üstlenen çağdaş hemşire tedavi edici iletişim yoluyla hastanın tedavisinde etkin rol alır (Öz 2010). Tedavi edici iletişim çabası göstermeden doğrudan ilaç tedavisi uygulaması hasta üzerinde sonradan onarılması güç izler bırakabileceğinden güven verici ilişki kurularak hastaya yaklaşılmalıdır. Psikotik birey için hemşire ya da tedavi ekibinden beklenen güven duygusunun oluşturulmasıdır. Tedavi ekibinin hasta için her zaman hazır olduğu, diğer bireylerin anlamadığu özel durumlarını dinleyip anlamlandırmaya çalışacakları bildirilmeli ve hasta iyi bir tedavi ilişkisi sonucunda kendisini tedavi ekibinin bir parçası olarak görebilmelidir. Hastada kendisine bir şey yapılan konumundan kendisi için bir şey yapan konumuna geçme duygusu oluşturulabilirse tedavinin sürekliliği için önemli bir adım atılmış olur (Dülgerler 2014).

Hastalığın damgalayıcı etkisi çevrenin hasta bireylere yaklaşımı üzerine olumsuz etki yaparak hastaların çevresini daraltmakta ve hastaların kendilerine olan saygı ve özgüvenini azaltmaktadır. Hastalar tüketici konumdan üretici konuma geçip örgütlenerek toplumsal hareketler içerisinde yer alabilirse ve gizlenmeden şizofreni hastasıyım

diyebilirse damgalanmanın bir önemi kalmayacaktır. Kriz durumunda yardım istenecek ve anlayışla karşılamaları beklenecek olan çevre, yakın çevre olduğundan ailelerin de yalnızlığa itilmelerini önlemek için yakın çevreleriyle hastalık sorununu paylaşmaları önerilebilir. Hasta yakınlarının hastalık hakkındaki bilgilerini yenileyip hastalarına karşı nasıl davranmaları gerektiğini öğretmek, edinilen yanlış bilgileri düzeltmek hemşirelik bakım sanatının en sağlıklı yönüdür (Dülgerler 2014).

Hemşirelerin ruhsal hastalığı olanlara yönelik tutum ve ilişkisini anlama etkili ruh sağlığı hemşireliği bakımı sunmada kritik öneme sahiptir (Hsiao ve ark., 2015). Japonya’da yapılan bir çalışmada psikiyatri hastanelerinde çalışan psikiyatri hemşireleri, toplumda yaşayan şizofreni hasta ve ailelerine ilişkin görüşlerini kötümser olarak, başka bir ifade ile hastanede yatmanın toplumda yaşayıp sosyal dezavantajlara sahip hastaların ayaktan tedavi almasından daha iyi olduğunu ifade etmiştir (Hanzawa ve ark., 2012).

2.3. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk (İki uçlu duygudurum bozukluğu), derin çöküntüden aşırı neşeye doğru olan ya da her ikisini de barındıran ve bu dönemler arasında kişinin sağlıklı duyguduruma dönebildiği (ötimi) duygudurum dalgalanmaları ile karakterize bir beyin hastalığıdır. Bipolar bozukluk yaşam boyu yinleme ve remisyonlarla seyreder (Townsend 2014; Yüksel 2003). Bipolar bozukluk (BB) tekrarlayan ataklarla karakterize kronik psikiyatrik bir hastalıktır (Michalak ve ark., 2008).

2.3.1. Epidemiyoloji

Bipolar bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski %1 olarak kabul edilir. Bipolar bozukluk için sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7.4-30/100.000’dir. Son yıllarda yapılan çalışmalar bipolar bozukluğun yaşam boyu sıklık oranının %5’e kadar yükseldiğini göstermektedir. Bipolar bozuklukların yüksek sosyoekonomik düzeylerde daha sık görüldüğü bildirilmiş, kültürel ve etnik gruplar arasında fark belirlenmiştir (Öztürk ve Uluşahin 2011; Çam ve Engin 2014; Weissman ve ark., 1996). Hastalığın kadın ve erkekte eşit oranda görüldüğü, erkeklerde manik dönemlerin, kadınlarda hızlı döngülülük, karma dönemler, döngü kayması, ilaçlarla tetiklenen manik kayma, tiroid hastalıkları ve migren ek tanılarının ve madde kötüye kullanımının daha sık görüldüğü bilinmektedir (Kennedy 2005).

2.3.2. Etyoloji

Psikolojik ve biyolojik faktörler birbirinden etkilenecek duygudurum bozukluklarına neden olurlar. Özellikle hastalığın başlangıcında olan vakalar dikkatlice incelendiği zaman, depresyon ve mani epizodlarının ortaya çıkışında psikososyal etkenlerin payı olduğu görülür (Öztürk ve Uluşahin 2011; Çam ve Engin 2014). Bipolar bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme olasılığı %8.7 olarak belirlenmiştir. Yapılan ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerindeki eş hastalanma oranını çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Aile çalışmaları anne babadan birinde bipolar bozukluk varsa çocukta bipolar bozukluk gelişme riskinin %28 dolaylarında olduğunu göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011; Ebmeier ve ark., 2006). Bipolar bozukluğu olan kişilerin beyin görüntüleme çalışmaları, dorsalateral prefrontal korteks, ön singulant, amigdala, üst temporal girus ve korpus kallosum gibi beyin özellikle duygudurum durumu ile ilgili bölgelerinde yapısal ve işlevsel anomalilikler göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011, Brambilla ve ark., 2005). Yine bipolar bozuklukta son yıllarda yapılan hipotalamus- hipofiz- böbrek üstü bezi çalışmalarında, kortikotropin salınan hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol yanıtlarında düzensizlikler saptanmıştır. Manik hastalarda CRH ve ACTH yanıtı normal kontrollere göre artmış seviyede bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin 2011; Çam ve Engin 2014).

2.3.3. Belirtiler

Manik Hastaların Belirti ve Bulguları Manik dönem, kabarmış, taşkın ya da çabuk kızılan, olağandışı, ayrı bir duygudurum döneminin süreklilik göstermesi ile tanımlanır (Koroğlu 2009).

- Taşkın, kabarmış ve hiç olmadığı kadar iyi hissetme
- İrritabl, değişken (labil) mizaç hali, düşüncelerin hızlanması,
- Fikir uçuşmaları,
- Benlik saygısında abartılı bir artmanın gözlenmesi,
- Yargılama yeteneğinin bozulması,
- Hezeyan (grandiyöz, mistik, kıskançlık, vb.) ve hallüsinasyonların varlığı,

- Konuşma hızı ve içeriğinde normale göre artış, distraktibilite, enerji düzeyinde aşırı artma, bedensel yakınmalarda azalma ile acı ve ağrı duyumunun ortadan kalkması,
- Uyku ihtiyacının azalması, hiperfaji-iştah artması, cinsel açıdan kontrolsüzleşme,
- İçgörünün kaybolması, çok fazla alkol tüketme ya da ilaç kullanma (Yazıcı 2007; Uğur 2008; Köroğlu 2009; Arteel ve ark., 2011).

Hipomanik hastaların belirti ve bulguları mani belirtilerinin daha hafif yaşandığı dönemdir (Uğur 2008). Psikotik belirtiler yoktur. Fark edilmesi zor bir sendromdur (Colom ve Vieta 2012).

Depresif hastaların belirti ve bulgularında ise üzüntüden çok apati, anksiyeteden çok psikomotor baskılanma ve uykusuzluktan çok aşırı uyku eşlik eder (Colom ve Vieta 2012).

- Kederli, üzüntülü, sıkıntılı ya da boşlukta hissetme, ağlama,
- İritabilite,
- Düşüncenin yavaşlaması, olumsuz düşünceler, intihar düşünceleri, unutkan olmak,
- Neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgi ve isteğin kaybolması,
- Odaklanamama-kitap okumada güçlük,
- Uyku artışı, uykuya dalmakta güçlük, erken uyanmak ve tüm günü yatakta geçirmek,
- Artmış ya da azalmış iştah, belirgin kilo artışı ya da kaybı,
- Enerji yoksunluğu, çoğu zaman yorgun hissetme, günlük rutin işleri yapmada, yetersizlik, kişisel bakımını, temizliğini ihmal etmek,
- Aşırı endişelenme ve tükenmiş hissetme, fiziksel sağlığın bozulması, somatik belirtiler,
- Baş etme güçlükleri (Colom ve Vieta 2006; Markowitz ve Milrod 2007; Swartz ve ark., 2007; Arteel ve ark., 2011).

Karma dönem hastaları belirti ve bulguları ise karma atak manik ve depresif belirtilerin duygudurum kaymalarına, bilişsel ve davranışsal değişikliklere bağlı olarak değişik kombinasyonlarda aynı anda görülmesi ile karakterizedir (Akiskal 2002; Colom ve Vieta 2012).

- Öfke, çabuk sinirlenme,
- Panik nöbetleri,
- Hızlı ve basınçlı konuşma,
- Ajitasyon,
- Büyüklük düşünceleri,
- Uykusuzluk,
- Cinsel istekte artma (Uğur 2008; Arteel ve ark., 2011).

2.3.4.Prognoz

Bozukluğun düzelme ve alevlenmelerle seyreden döngüsel gidişi, bireyi fiziksel, duygusal açıdan etkilemekte, aile fonksiyonlarını, mesleki ve sosyal açıdan uyumunu bozmaktadır (Sierra ve ark., 2005). Bununla birlikte hastaların sadece atak dönemlerinde değil, atak dışındaki dönemlerde de klinik olarak yaşam kalitelerinde belirgin bozulma olduğu belirtilmektedir (Michalak ve ark., 2005). Bipolar bozukluğu olan hastalar duygudurum bozukluğu olmayanlara göre kardiyovasküler, gastrointestinal, solunumsal, ürogenital, infeksiyöz, metabolik, ve spesifik malign durumlar nedeniyle daha erken ölmektedir (Taylor, Macqueen 2006). Mani nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların %25'inde yattığı yıl içerisinde işe dönmenin mümkün olmadığı (Harrow ve ark., 1990) ve yaklaşık %50'sinin evlilik sorunları yaşadığı belirlenmiştir (Dittmann ve ark., 2002).

Bipolar bozuklukta hastanın yaşam tarzının metabolik sendrom gelişimine katkısı olduğuyla ilgili çalışmalar vardır. Bipolar hastalarda olumsuz etki gösteren yaşam tarzı faktörlerine (sigara, alkol kullanımı, kötü beslenme ve egzersiz yokluğu) sık rastlandığı ve bu değişkenlerin metabolik sendrom gelişimini arttırdığı gösterilmiştir (Chengappa ve ark., 2000; Kessler ve ark., 1997; Mokdad ve ark., 2000; Paffenbarger ve ark., 1986). Ayaktan tedavi gören bipolar hastaların yaklaşık %70'i nikotin bağımlısıdır. Bu oran genel popülasyondan belirgin şekilde daha yüksektir. Bipolar bozuklukta alkol ve diğer maddelerin suistimali de çok görülür. Bipolar bozukluğu olan bireylerde yaşam boyu madde bağımlılığı prevalansı %60'ı geçer (Chengappa ve ark., 2000). Kadın ve erkek bipolar bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmada özellikle bir duygudurum epizodu ile hastaneye başvuruyu takiben ilk 10 yıl içinde belirginleşen mortalite riski tespit edilmiştir (Tsuang ve Woolson 1978). Psikososyal değişkenler ve hastanın destek sistemindeki değişikliklerin tıbbi bakıma erişimini ve hastalık süresini oldukça etkilediği

ve bunun sonucunda da hastada metabolik problemler nedeniyle mortalitede artış görüldüğü saptanmıştır (Johnson ve ark., 2000). Bipolar bozukluklu hastalarda remisyon dönemi sonrası en az 12 ay tedavi edilen 50 kişide obezite prevalansı %32, genel popülasyonda ise %19,8 olarak saptanmıştır (Fagiolini ve ark., 2002). Mevcut veriler bipolar bozukluğu olan hastaların obezite ve aşırı kilo için özellikle risk altında olabileceğini düşündürmektedir (Fagiolini ve ark., 2003). Bu bulgular, kilolu olma durumu ve obezitenin bipolar hastalar arasında yaygın olduğunu ve kötü beslenme alışkanlıkları, egzersiz yokluğu ve kilo alımına yol açan psikotrop ajanlara maruz kalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Bipolar hastalarda (n=89) ve sağlıklı kontrollerle (n=445) yapılan kesitsel çalışmada bipolar hastaların genel popülasyona göre hem erkeklerde hem de kadınlarda santral obezitenin sık görüldüğü ve antipsikotiklerle tedavi edilenlerin bu ajanları almayan hastalara göre daha obez olduğu bulunmuştur (McElroy ve ark., 2002). Bipolar hastalarda kilo almanın hastalık seyrini de etkilediği gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluklu obez hastaların daha fazla sayıda yaşam boyu depresif ve manik epizod geçirdikleri, epizodlarının tedaviye zor yanıt verdiği ve depresyonlarının sık olarak nüks ettiği görülmüştür (Fagiolini ve ark., 2003).

2.3.5. Tedavi

Bipolar Bozuklukta tedavinin amaçları; akut dönemleri (mani /hipomani/ depresyon) yatıştırmak, hastalık dönemlerinin tekrarlamasını önlemek ve sadece hastalık dönemlerinde değil ara dönemlerde de hastanın işlevselliğini arttırmak olarak sıralanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Mani dönemi kendine veya çevresine zarar verme olasılığı yüksek davranışlar gösterme, aşırı hareketlilik, sinirlilik, uykusuzluk ve riskli davranışlar gösterme vb. belirtilerle seyrettiği için acil tedavi gerekmektedir. Tedavi önerilerine uymayan, kendisine ya da çevresine zarar verici davranışlar sergileyen, aşırı hareketlilik ve uykusuzluğa ikincil genel sağlığı tehlike altında olan hastalar için yatış gerekmektedir (Aydemir ve ark., 2010).

Bipolar bozukluğun ortalama 17-30 aylık dönemler şeklinde tekrarlayan bir hastalık olması (Angst ve Sellaro, 2000), hastaların tedaviye uyumunun % 18-50 olması sürdürüm

tedavisinin önemini arttırmaktadır. Koruyucu tedaviye atağın tekrarlaması durumunda başlanır. Ancak ilk atağın manik olması, aile öyküsünün olması, atak dönemlerinin ağır geçmesi, yıkıcı sonuçlar doğurması, hastanın sosyal desteğinin zayıf olması, hastalığın ergenlik döneminde ya da 30 yaşından sonra başlaması, cinsiyetinin erkek olması, stresör olmaksızın atak geçirilmesi durumlarında ilk atağını geçirmiş hastalara koruyucu tedavi başlanabilmektedir (Goodwin ve Jamison, 1990). Manik dönemler ağırlıkta ise lityum, valproat monoterapisi, bu tedaviye rağmen atak görülüyorsa lityum/valproat ve İKA (olanzapin, aripiprazol, ketiyapin, asenapin) kombinasyonu tercih edilebilmektedir. Depresif dönemler fazla ise ilk seçenek lamotrijin monoterapisi, dirençli olgularda lityum/valproat ve lamotrijin, ketiyapin ve lityum kombinasyonu tercih edilebilmektedir. (Aydemir ve Uluşahin, 2010). Hastanın oral ilaç alımını kabullenmediği başlangıç döneminde gerektiğinde olanzapin, risperidon, ziprasidon, haloperidol vb. ilaçların kas içi kullanımları gerekebilir (Işık 2013). Ağır katatonik durumlar ve gebelik durumunda ilk seçenek tedavi EKT'dir. Karma özelliklerle giden olgularda ise valproat ve İKA (ketiyapin, olanzapin, asenapin, risperidon) ilk seçenek olarak önerilmektedir (Muralidharan ve ark., 2013).

Günümüzde ilaç tedavisi bipolar bozukluk belirtilerinin kaybolmasında etkili olmakla birlikte relapsların önlenmesi, hastalık yükünün azaltılması ve işlevselliğin geri kazanılmasında yetersiz kalmaktadır (Goldberg ve ark., 1995; Lam ve Wong, 1997). Son yıllarda bu boşluk çeşitli yöntemlerle kapatılmaya çalışılmaktadır. Bipolar bozuklukta relapsları önlemeye yönelik literatürde yer alan başlıca uygulamalar; psiko eğitim, kişilerarası sosyal ritimler terapisi ve aile odaklı terapilerdir. Her bir uygulamanın etkililiğine ilişkin önemli bulgular vardır (Colom ve ark., 2003; Rea ve ark., 2003). Farmakolojik tedavinin etkili olamadığı ilaç tedavisine uyum, hastalığı anlama ve farkında olma, prodromal belirtileri erken tanıma ve başatma becerileri gibi konular psikososyal girişimlerin hedef konularıdır. Psikososyal girişimlerin amacı, ilaç tedavileri ile birlikte kullanılarak bireylerin hastalıklarını yönetebilme, duygudurumu, sosyal ve mesleki işlevselliği ve yaşam kalitesini kontrol etmede aktif katılımlarını sağlamaktır (Beynon ve ark., 2008; Brady ve Sone, 1995).

2.3.6. Hemşirelik bakımı

Birey ve ailenin sağlık sorunu ile başarılı bir şekilde baş edebilmelerini sağlama, hemşirenin sorumluluğudur. Hemşire birey ve aileye sorunlarını tanımlamada ve sorunla

baş edebilmelerinde yardımcı olmalı, yardım kaynaklarını bulmada danışmanlık yapabilmelidir (Buldukoğlu ve Tel, 1992b; Özeltin 1999).

Ruhsal bozukluğu olan hastalarda NANDA-I (Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği), NIC (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması) ve NOC (Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması) sınıflandırmalarını tanımlama amacıyla yapılan bir çalışmada; hemşirelik sürecini uygulamanın psikiyatri hemşirelerinin multidisipliner ekip içerisinde rolünü güçlendirme, kanıta dayalı uygulamaların hayata geçirilmesi, sürekli eğitim programlarının planlanması, bakım kalitesinin iyileştirilmesi, standart bakım planlarının geliştirilmesi ve ekip içerisinde psikiyatri hemşirelerinin çalışmalarının değerini kanıtlamayı desteklediği gösterilmiştir (Escalada ve ark., 2015).

Bipolar bozukluğu olan hastalar için hemşirelik bakımı; birincil, ikincil ve üçüncül önlemlere odaklanır. Birincil önlemin amacı kendine güven, kendine saygı ve kendini gerçekleştirme çabası ile görülen pozitif benlik kavramını geliştirmek, kayıp durumlarında adaptasyonu sağlamak, hastaların bu hedefleri anlamasına yardımcı olmaktır. İkincil önlemin amacı stresörlerin sayısını en aza indirerek hastalık prevalansını azaltmaktır. Üçüncül önlemin amacı ise bipolar bozukluktan kaynaklanan özel yaşam, meslek ve sosyal işlev bozukluklarını azaltmaktır (Johnson 1997).

2.4. Kronik Psikiyatri Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Sorunları

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenler iken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004). Başka bir tanımda sağlıklı yaşam biçimi bir hastalık sonrası yaşam biçimini değiştirmekten öte bireyin sağlığını sürdürmek ve hastalıklardan korunmak amacıyla inandığı ve uyguladığı davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Ertop ve ark., 2012; Bozhüyük ve ark., 2012). Gochman' a göre sağlık davranışını kişinin dini inançlarını, beklentilerini, değer ve yargılarını, algılarını kişisel tavırlarını, duygusal, ruhsal özelliklerini ve alışkanlıklarını da kapsadığını göstermiştir (Gochman 1988). Sağlık davranışı, iki ana temel üzerinde tanımlanır. Olumlu sağlık davranışı kişilerin sağlığını ve başkalarının sağlığını sakınmaya ve geliştirmeye yönelik bilinçli gayretlerini ifade eder. Yeterli yemek içmek, düzenli uyumak, fiziksel aktivite ve egzersiz yapmak,

her yıl en az bir defa sağlık kontrolüne girmek ve diğer insanlarla olumlu iletişim sağlamak olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak verilebilir (Bulduk ve ark., 2015). Günümüzde, fiziksel aktivite, tütün kullanma ve stres gibi yaşam biçimi etmenlerinin sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini değiştirdiği, kanser, kalp hastalığı, yüksek tansiyon ve şeker gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir. Yapılan araştırmalar, sağlık durumunun yaşam biçimi, sağlık hizmeti kullanımı, sağlık yöntemi ile birebir bağlantılı olduğunu tespit etmiştir (Fleming ve Marshall, 2008). 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). 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 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 (2006) 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. 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).

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 rgt 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).

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 niversitesi’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 hastalarinkinden 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 (nc Erişkin Tedavi Paneli) ltlerine 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 (yekin 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., 2009). Kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerde fiziksel sağlık sorunları önemli ve önceliklidir, bu nedenle bu yönde hastaların izlenmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Kronik ruhsal hastalıklarda, tedavinin etkin olabilmesi ve hastalık sürecinin olumlu yönde ilerlemesi, hastaların tedaviye uyumlu olmaları ile doğrudan ilgilidir. Kronik psikiyatrik hastalıklar ise bireylerde bilişsel zararlarla birlikte, yeti yitimine ve sosyal işlevselliklerinde bozulmalara neden olmakta ve kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremedikleri için başkalarına bağımlı olmakta, hastaların iyilik süresi kısaltmakta ve tekrarlı yatışları kaçınılmaz kılmaktadır (Steffen ve ark., 2009). 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). 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). Avusturalya’da yapılan bir çalışmada psikiyatri hastalarının sağlık bakımı almadaki engelleri incelenmiş ve bu engeller arasında yaşam tarzında değişiklik yapmada zorluklar, örneğin sigaranın bırakılması, alkol alımının azaltılması ve hastaların temel sağlık ihtiyaçları için yetersiz bilgiye sahip olmasına yer verilmiştir (Muir-Cochrane 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).

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 yaygın 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).

Sigara, alkol ve madde kullanımı, hareketsizlik, kötü beslenme alışkanlıkları değiştirilebilir yaşam tarzı faktörleridir (Ateş ve Durmaz., 2010). Bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanması için, bu davranışların tamamı konusunda malumat sahibi olmaları ve aldıkları bilgiyi, davranış biçimlerini farklılaştırmak için kullanmaları gerekir. Aksi halde kişiler olumsuz sağlık davranışı sergileyebilirler. Olumsuz sağlık davranışı ise, bireylerin sağlığı için çekingenlik oluşturan eylemlerde bulunmasıdır. Olumsuz sağlık davranışlarına örnek olarak, tütün kullanma, alkol kullanma, düzensiz beslenme verilebilir (Black ve Hawks 2009).

Günümüzde ölüm sebepleri arasında ilk sırada kronik hastalıklarla ilgili hastalıklara bağlı ölümlerin yer aldığı görülmektedir. Her sene yaklaşık olarak 12 milyon kişi cinsel yollarla bulaşan hastalıklara yakalanmakta ve bu hastalıkları %80'i ise 15 ile 29 yaş arasındaki bireylerde görülmektedir (Elizabeth ve ark., 1991; Spradley 1990). Bu kayıtlar göz önüne alındığında, yaşam kalitesinin ve süresinin denetimi büyük bir ölçüde gençlik döneminde tercih edilen yaşam şekline bağlıdır. Bireyleri hastalıklara karşı korumak için düzenli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite yapma, tütün ve alkol tüketmeme, aşırı halsizlik ve stresten sakınma, günde en az 7-8 saat uyuma ve çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi farklı uygulamaları yapar duruma getirmek gerekmektedir (Dickey ve Janick, 2001; Ulusal kalp sağlığı politikası ana ilkeleri 2017).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşamına entegre eden birey, sağlıklı olma halini sürdürebilir ve dahası sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Bu nedenle yaşamın tüm evrelerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışının kazanılması ve sürdürülmesi önem arz etmektedir. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hem yaşam kalitesini hem de yaşam süresini etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ülkelerdeki

ölümlerin % 70-80' inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin ise % 40-50' sinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar olduğunu bildirmektedir. Bu bilgi ışığında sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmenin önemi açıktır (Wing 1995; Şimşek ve ark., 2012; Çelik ve ark., 2009; Karaahmetoğlu ve ark., 2014). Dünya Sağlık Örgütü, "Herkes için sağlık" stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam biçimi iyileştirilmesi, önlenabilir sağlık sorunlarının azaltılması, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi konularının önemini vurgulamaktadır (Yılmazel ve ark., 2013). Kronik psikiyatri hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi üzerinde durulması önemli bir konudur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler olarak belirlenmiştir (Pender ve ark., 2011).

2.4.1 Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bu kavram, bireyin sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi:

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini gösterir (Bottorff ve ark., 1996).

Pender ise sağlık sorumluluğunu bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu ve sağlığına ne düzeyde katıldığı şeklinde ifade etmiştir (Pender, 1987). Herkes İçin Sağlık” anlayışının belirlendiği Alma-Ata, Ottawa ve Jakarta gibi pek çok uluslararası bildirgede sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlıklı toplumlar oluşturmada devlete dűřen sorumluluğunun yanı sıra, gittikçe artan bir şekilde bireysel sorumlulukların önemi vurgulanmaktadır. Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Kiřinin sağlığına ne düzeyde katıldığı, sağlığına verdiği önem ve özeni, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir (Tuđut ve Bekar, 2008; Bozhűyűk ve ark., 2012; Sezer 2012).

Sağlıklı yaşamak bireyin yaşamı boyunca temel amacı ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik sağlığı koruma geliştirme davranışları gösterebilmesi olarak tanımlanmakta olup bireyin sağlık bakım kalitesine etkiler (İlhan ve ark., 2010). Bireyin vűcudunu tanınması, dűzenli kontrollerinin yaptırması, değişiklik hissettiğinde sağlık kurumlarına başvurması, sağlıkla ilgili bilgilerini yenilemesi, ilgili yayınları takip etmesi sağlığına verdiği önemi göstermektedir (Bozhűyűk ve ark., 2012; Kuřdemir 2015). Bireyin sağlığına yönelik sorumluluk dűzeyi; bedenini ve kendini tanınması, sağlığında değişiklikler olduğunda gerekli tedbirleri alması, bir sağlık kuruluşuna gitmesi, dűzenli aralıklarla taramalar yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına dikkat etmesi, sağlıkla ilgili konuları, yayınları takip etmesi, sağlığını izlemesi, kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir (Tűrkol 2012).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık durumu ve sağlık belirleyicilerine ilişkin bilgiyi elde etme anlama ve sağlık davranışına ilişkin olarak değiştirilmiş tutum ve motivasyonların yanı sıra sağlığın korunması ve geliştirilmesi için uygun davranış ve yaşantıların kazanılmasında geliştirilmiş öz yetkinliği içermektedir. Yapılan alışmalar; sağlık okuryazarlığı yűksek bireylerin sağlıklarının daha iyi olduğunu ifade ettiklerini, sağlık bakım maliyetini azalttığını, sağlık bilgisinin arttığını, hastanede yatış sűresini ve sağlık hizmeti kullanım sıklığına azalttığını, tutumların olumlu yönde geliştiğini, motivasyonlarının ve sorun çözme becerilerinin artması sonucu daha yűksek oranda sağlıklı yaşam davranışı geliştirdiklerini göstermiştir (Baker 2006; Aslantekin 2011; şimşek 2013).

2.4.2. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite günlük yaşam içerisinde kas ve eklemleri kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, soluk alıp verme hızını, derinliğini ve kalp atış hızını belirli bir oranda arttıran, farklı boyutlarda yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktiviteler, hafif dereceli aktivite, orta dereceli aktivite ve ağır dereceli aktivite olarak gruplandırılır (Akyol ve ark., 2008; Bulut 2013). Düzenli fiziksel aktivite kardiyovasküler hastalık riskini azaltabilir, metabolizmayı hızlandırarak kilo alımını engelleyebilir. Fiziksel aktivite, bireyin enerji dengesi ve kilo kontrolü sağlanmasında önemli bir yere sahiptir (Can ve ark., 2014).

Egzersiz ile fiziksel aktivite terimleri farklı anlamlar taşırlar. Bunlar arasındaki fark; fiziksel aktivitenin günlük yaptığımız işler, oturma, kalkma, dolaşma, yıkanma, gibi her türlü kas hareketlerini kapsamaması; egzersizin ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi olmasıdır (Akgül 2008). Egzersiz, fiziksel aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilmektedir (Bozhüyük ve ark., 2012). Fiziksel aktivite ve egzersiz; koruyucu sağlık yaklaşımının bir aracı olarak bireyin sağlığını geliştiren, gelişmiş durumunu devam ettiren, stres yaratan olaylara karşı daha sakin kalmayı sağlayan, yorgunluğa ve hastalıklara karşı direncini arttıran hareketlerin toplamıdır. Hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür (Tuğut ve Bekar, 2008; Sezer 2012; Ölçer ve Oskay, 2015).

Fiziksel aktivite, enerji azalması ile sonuçlanan bir vücut hareketi olup güçlü kasların belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas başarımının geliştirilmesi ve kardiyovasküler direncin artırılması olarak tanımlanır (Akyol ve ark., 2008; Tekir 2005). Fiziksel aktivite, insan vücudunda enerjiyi dengeleyen ve kilo denetiminin sağlanmasının en önemli belirleyicilerindendir. Her yıl yaklaşık 3,2 milyon ölüm yetersiz fiziksel aktiviteye yapıldığına bağlanmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite, bütün dünyada meydana gelen ölümlerde sebep olan başlıca risk faktörleri arasında dördüncü sıradadır (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2017).

Fiziksel aktivite düzeyinin yüksek olması insanların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini arttıran, bazı hastalıklara yakalanma olasılığını da azaltan bir unsurdur. Sedanter yaşam tarzına sahip kişilerin ciddi sağlık sorunları yaşama olasılığı 2 kat

artmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite; çocukların ve gençlerin sağlıklı büyüme ve gelişmesi, vücudu hastalıklara karşı koruma, alınan fazla enerjinin doğal bir şekilde harcanıp obezitenin önlenmesi, yağlanma ve yağlanmanın getirdiği organik gerilemenin yavaşlatılması, yetişkinlerin çeşitli kronik hastalıklardan (koroner damar hastalığı, diyabet, kilo kontrolü vb.) korunmasında veya bu hastalıkların tedavisinde, sağlıklı kemik, kas ve eklem yapısının oluşturulması ve devam ettirilmesi, anksiyete ve depresyonun azaltılması, kendini iyi hissetme, iyi olma halinin artırılması, yaşam kalitesinin artırılmasında önemli farklar yaratabilmektedir (Canan ve Ataoğlu, 2010; Bozhüyük ve ark., 2012; Hekim 2015).

Egzersizin dengeli ve düzenli olarak yapılması gerektiği, çok sık yapılmazsa hiç etkin olmayacağı bilinmektedir. Her gün düzenli olarak yapılan fiziksel egzersiz, insan sağlığının daha da iyileştirilmesine katkı sağlar (Tekir 2005).

Ülkemizde hemşirelik alanında, Cumhuriyet Üniversitesi'nde yapılan yüksek lisans bir tez çalışmasında, şizofreni hastalarına uygulanan fiziksel egzersiz programının ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkileri ölçülmüştür. Yapılan bu deneysel çalışmada, şizofreni hastaları 10 haftalık bir egzersiz programına alınmıştır. Bu program sonucunda, şizofreni hastalarının negatif ve pozitif belirtilerde bir azalma olduğu, hastaların özellikle sosyal etkileşimlerinde, fiziksel enerjilerinde ve özgüvenlerinde artış olduğu gözlenmiştir (Açıl 2006).

Fiziksel aktivitenin, kaygı, stres, depresyonun azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkileri olabilmektedir. Fiziksel aktivite depresyon hastalarında kaybolan enerjiyi yeniden kazandırırken, Bipolar manik ataktaki hastada fazla olan enerjiyi dengeli kullanmaya yardımcı olabilmektedir. Fiziksel aktivite ve egzersizler doğru amaçla kullanıldığında her durumda kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireyler için ideal bir uygulamadır. Düzenli fiziksel aktivite, esenlik, fiziksel sağlık, yaşamdan tatmin olmak ve kavramsal işlevlerin iyileşmesi ile uyumludur (Mammen ve Faulkner, 2013).

2.4.3. Beslenme

Beslenme yaşamın sürdürülmesi, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların tedavisi, yaşam kalitesini yükseltmek için bireyin fizyolojik olarak büyümesini ve

gelişmesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan alınması, bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Beslenme bireyin yaşamını sürdürmesi gerekli bir eylemdir. Bununla birlikte sağlıklı, dengeli beslenme biçimi ile de sağlıktan sapma durumu görülebilir (Wing 1995; Carreno ve ark., 2006). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde dengeli ve yeterli beslenmenin etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler (Walker ve ark., 1996). Yeterli ve dengeli beslenme, hayatımızın her döneminde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlıklı beslenme ile sağlıklı nesiller oluşmakta bu da toplum sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Beslenme; sağlıklı yaşamın sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesi için, yaşamı mutlu olarak sürdürebilmek amacıyla besinlerin kullanılmasıdır. Beslenmede amaç, bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivitesi ve içinde bulunduğu fizyolojik duruma göre gereksinimi olan enerji ve besin öğelerini yeterli ve dengeli miktarlarda almasıdır. Bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler (Bozhüyük ve ark., 2012; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016).

Şizofreni hastalarında Obezite normal popülasyondan daha sık görülür. Paranoya, apati ve sosyal izolasyon gibi negatif semptomlar şizofreni hastalarının düzenli beslenmemelerine ve sedanter bir hayat sürmelerine sebep olabilir. Bu hastalarda vücut kompozisyonunda değişiklikler (bel/ kalça oranının artması, visceral yağlanma vb.) gözlenmektedir (Balcıoğlu ve Başer, 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). 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 sekeli olarak 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).

2.4.4. Manevi gelişim

Manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Başka bir tanımda ise, hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki kişisel farkındalıktır. Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada manevi gelişimin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Böyle olmasına karşın sağlık elemanlarının çoğunluğu, bireyin bu yönünü göz ardı etme eğilimi gösterirler. Oysa yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin varoluş mücadelesi, onların kendilerini iyi hissetmelerinin temelini oluşturur. Bu nedenle, tüm sağlık elemanlarının hastaya bütüncül (holistik) bir yaklaşımla bakım vererek, hastanın bu dünyaya gelmiş yegâne bir varlık olduğunu hissetmesi ve keşfetmesini sağlaması, ölümü yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak kabul etmesine yardım etmesi gerekmektedir (Dedeli ve Karadeniz, 2009; Çetinkaya ve ark., 2007).

Bireyin manevi alanı sağlık ve hastalık durumlarında önemlidir. Vücudun bütünlük ve sürekliliği üzerinde fiziksel ya da psikososyal bir tehdit oluştuğunda bireyi destekler ve rahatlatır. Sağlıkta manevi boyut yaşamın anlamı, ölümün kabulü ve üstün bir güçle bireyin ilişkisini açıklamaktadır (Kostak 2007).

Manevi Gelişim bireyin iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır (Bahar ve ark., 2008; Sezer 2012; Aşçı 2013). Bir araştırmada şizofreniden muzdarip hastalarda maneviyatın kişisel boyutunun önemine ışık tuttuğu ve yine bu

araştırma maneviyat ve dindarlığın psikozla mücadeledeki önemini göstermiştir (Danbolt ve ark., 2011; Mohr ve ark., 2006).

2.4.5. Kişiler arası ilişkiler

Pender (1987) bireylerin kişilerarası ilişki sistemini; kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş gibi) bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda kişiler arası ilişkiler kavramı ise en az iki insanın karşılıklı olarak bilgi, duygu, düşünce ve yaşantılarını belirli yollarla paylaştıkları psikososyal süreç olarak tanımlanmıştır. Bunu somutlaştıracak olursak evli çiftin etkileşimi, bireyin çevresiyle etkileşimi şeklindedir. Chen (1999), kişiler arası ilişki desteğini; yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurmak, başkalarına karşı ilgi ve sevgiyi ifade etmek ve onlara karşı içten olmak, kendine yakın kişilere dokunmaktan ve onların dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunlarını yakın arkadaşlar ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak değerlendirmiştir. İnsan davranışlarının büyük çoğunluğu, genelde kişilerarası, özelde de ikili ilişkiler yoluyla şekillenmekte, sürdürülmekte ve değişmektedir. Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "kişilerarası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır. Bireyin iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir (Wilkinson ve Miller, 2007; Bozhüyük ve ark., 2012). Bireyin yaşamı boyunca kendisi ve çevresi ile olan iletişimi kaçınılmazdır. Tüm ilişkiler, bireyin yaşamında bir deneyim ve geleceğe dönük alınacak önlemler açısından birer yol gösterici niteliktedir (Minkler 1999; Hovardaoğlu 1995).

Kronik ruhsal bozukluk teşhisi konulan kronik psikiyatri hastası bireyler, genellikle karışık ve rahatsızlık verici bir hastalık dönemi geçirir. Bazen sanrı, halüsinasyon, sosyal izolasyon gibi semptomları olan bu hastalar tekrar kötüleşme riski altındadır (Gerson ve Rose, 2010; Yıldız 2008; Gülseren 2002; Mueser ve ark., 1992). Hastalık, psikotik belirtiler göstermezken bile, etrafındaki kişilerle iletişim kurmak, ilişkileri sürdürmek gibi hastanın hayatında ve davranışlarında büyük zorluklar yaşamasına neden olmaktadır (Yılmaz 2011; Gümüş 2006b; Gülseren 2002).

2.4.6. Stres yönetimi

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker ve ark., 1996). Stresin ortaya çıkardığı problemler, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve bireyin günlük sorunlar karşısında güçsüz kalmasına neden olmaktadır. Bireyin karşılaştığı durumun stres kaynağı olup olmadığı ve bununla baş etme açısından kendini değerlendirmesinde kişinin benlik saygısı, kişilik yapısı, içinde yaşadığı kültürel değerler, olayın olduğu bağlam, o andaki duygusal durumu, fiziksel özellikleri ve cinsiyeti gibi algısını etkileyen özelliklerin tümü önemli belirleyicilerdir (Türköl 2012). Her insanın stres faktörleri farklı olduğu gibi, strese karşı verilen cevaplar da farklıdır. Stres kontrolü kişiye özgü ve kişinin içindedir. Strese cevap verme şekli de birçok faktöre bağlı olup kişiden kişiye değişebilmektedir. Strese, affektif (huzursuzluk, öfke, üzüntü, gerginlik gibi) kognitif (yoğunlaşma gücü, bellek sorunları, kararsızlık gibi), davranışsal (kaçınma, saldırganlık, alkol-madde tüketimi, aşırı yeme gibi), bedensel tepkiler (çarpıntı, tansiyon artışı, sırt-göğüs ağrısı, kas gerginliği, baş ağrıları gibi) verilir (Özmen ve Önen, 2005; Aşcı 2013).

Şizofreni etyolojisine yönelik çalışmaların çoğu genetik ve çevresel etmenlere yöneliktir ve stresin hastalığın seyrinde temel rol oynadığı çok açıktır (Sadock ve Sadock 2005). Bu konuda yapılan çalışmalar sonucunda gen çevre etkileşiminin psikososyal stresörlerden sonra psikozun başlamasında önemli bir faktör olabileceği belirtilmektedir (Winkel ve ark., 2008). Şizofreni hastalarında insan ilişkilerinde, iş ve topluma ayak uydurmada, aile içi sorumluluklarını yerine getirmedeki zorluklar stres etkeni olabilmektedir. Bu nedenle ilaç ile tedavi zorunlu olmakla birlikte yeterli olmamakta, hasta ve ailesine yönelik olarak destekleyici psikoterapiler ve stres yaratan etkenlere yönelik beceri eğitimleri nüks oranlarını azaltmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2008).

2.5. Öz Bakım Gücü

Hemşirelik kuramcılarının Dorothy Orem'in geliştirdiği öz bakım gücü modelinde bireyin kendi bakım sorumluluğunu alması gerektiği vurgulanmaktadır. Bireyler sağlık sorunlarını çözebilme yeteneğine erişebildikleri ve sunulan hizmetlerden yararlanabildikleri sürece sağlık hizmetleri başarıya ulaşabilecektir (Biol 2000). Orem ilk kez 1959 yılında yayınlanan modelinde öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında

bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirtmiş; bireylerin öz bakım gereksinimlerini, öz bakım yeteneklerini sınırlayan durumları ve öz bakım yetenekleri sınırlı olanlara yardım etme yöntemlerini tanımlamıştır. Orem, hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirme için gerekli olan tüm öz bakım faaliyetlerini ‘tedavi edici öz bakım gereksinimi’ olarak tanımlamıştır. Tedavi edici öz bakım gereksinimleri öz bakım ajanı olarak bireylerin, sağlık ve iyilik durumlarını sürdürmek için karşılamak zorunda oldukları ve gereksinim duydukları faaliyetler dizisidir. Tedavi edici öz bakım gereksinimleri bireyler için pozitif sağlık sonuçları üretir. Bireylerin terapötik öz bakım gereksinimleri hayat boyunca değişim gösterir. Öz bakım gücünün, terapötik öz bakım gereksinimini karşılamada yetersiz kaldığı durumda öz bakım açığı ya da yetersizliği ortaya çıkar. Bu durum öz bakım yetersizliği (açığı) diye adlandırılır (Nahcivan 2004).

Birey, kendi evrensel bakım gereksinimlerini karşılayamadığı zaman sağlık sapmalarında öz bakım ihtiyacı ortaya çıkacaktır. Orem, sağlık sapmalarında öz bakımı ‘yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilen’ olarak tanımlar (Alligod ve Tomey, 2002). Öz bakım insanda düzenleyici bir fonksiyon olup bireyin yaşamının devam etmesi, gelişimi ve bütünlüğünü sürdürmesi için gerekli olan materyallerin kazanımını sağlar. Öz bakım nöroendokrin düzenleme gibi diğer düzenleyici fonksiyonlardan, bireylerin onu kendi işlevsellikleri ve gelişimlerini düzenlemek adına istemli olarak, planlı bir şekilde yapmalarıyla ayrılır. Öz bakım eylemleri sağlığı ve iyi oluşu etkileyen hoş olmayan koşulları önleme, hafifletme, tedavi etmeyi kapsar. Öz bakım kavramındaki "öz"; bir kişinin bütün varlığını anlatır. Öz bakım, bireylerin günlük gelişim ve fonksiyonlarını düzenlemek için gereksinim duydukları kişisel bakımdır. Bu bakıma duyulan gereksinim yaş, gelişimsel evre, sağlık durumu, çevresel faktörler ve tıbbi tedaviden etkilenir. Bir diğer deyişle de bireylerin kendi yaşamları sağlıkları ve iyi oluşlarını sürdürmek adına başlatıp uyguladıkları aktivitelerin tümüne öz bakım denir. Öz bakım etkili şekilde gerçekleştirildiği takdirde bireyin yapısal bütünlüğüne, fonksiyonelliğine ve gelişimine önemli katkı sağlar (Orem 1996). Hasta ve engelli bireyler ise öz bakımlarına ilişkin öğretim ve rehberlik gibi şekillerde yardıma gereksinim duyarlar. Öz bakım; bireyin benlik algısından ve olgunluk düzeyinden, kültürel uygulamalardan, bireyin sahip olduğu sağlık bilgisinin düzeyinden, bireyin aile içindeki konumundan ve aile dışındaki sosyal gruplara (iş yaşamı ve arkadaşlık gibi) üyeliklerinden etkilenir (Orem 1996). Öz bakım kişilerarası ilişkiler ve iletişim yoluyla

öğrenilen, öğrenilebilir bir aktivitedir. Bireyin öz bakımı da içine alan planlı eylemlerinin sorumluluğunu almada gerekli temel yetenekleri ve eğilimleri çocukluktan başlayarak gelişir. Bireyler ne yapacaklarını ve ne yapmayacaklarını yaşam sürecinde yavaş yavaş öğrenirler. Yaşamda yaygın olan durumlarla karşılaştıklarında nasıl bir eylemde bulunmaları gerektiğiyle ilgili davranışsal bir liste geliştirirler. Bireylere çocukluktan başlayarak yiyecek ve su tüketimi, boşaltım, dinlenme ve uyku, kendi başınlık/başkalarıyla etkileşim ve kendi toplumlarında kabul edilebilir normallığe ulaşma konularında kültürel uygulamalara uymaları öğretilmektedir (Orem 1996).

Öz bakım eksikliği; bireyin hijyen, giyim, beslenme ve tuvalet gereksinimini yardım almadan sağlayamamasıdır. Bireyin öz bakım eksikliğinin değerlendirilmesinde kültür ve inanışlar rol oynar. Bireyin öz bakımı otonomiyle de ilişkilidir, bu alana yönelik müdahaleleri birey kendisine saldırı, otonomisine tehdit olarak algılayabilir. Ancak şizofreni gibi psikotik bozukluklarda karar verme yetisi ve daha birçok süreç bozulabildiğinden bireyin desteklenmeye ve bakıma yönlendirilmeye gereksinimi vardır. Bu gereksinimler karşılanırken bireyde tam bağımlılık yaratılmamaya özen gösterilmelidir (Sökmez 1996).

Psikiyatrik hastada özgüven kaybı ve yapamama korkusu öz bakım eksikliğinde rol oynayan bir faktördür. Bu nedenle başta ulaşılabilir basit hedefler belirlenerek bireyin desteklenmesi, eksikliklerini gidermesi konusunda yardımcı olunması gerekmektedir. Öz bakım eksikliğinde hemşire doğrudan yardım etmede, denetlemede ve öğretmede rol oynar. İletişimle ilgili zorluklar, bireyin ihtiyaçları konusunda iletişim kuramaması öz bakımın sürdürülmesine engel olabilmektedir. Bireyler çoğu zaman ihtiyaçlarına yönelik sembolik ya da manasız mesajlar verebilirler. Bu mesajlara duyarlı olmak, gelişime elverişli bir çevre yaratmak ve bireyin kendi bakımında sorumluluk almasını sağlamak da hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Kişisel bakımı engelleyen bir diğer etken de bilgi eksikliğidir. Bu durumda bakımın nasıl yapılacağını öğretmek gerekmektedir. Şizofreni hastalığı olan bireyler önemli derecede öz bakım eksikliğine sahip olabilirler. Özellikle psikotik alevlenmenin olduğu dönemde hijyen ve saç sakal tıraş en fazla hastanın ilgisi dışında kalan alanlardandır. Bireyler sanrı ve varsanılarla aşırı uğraş halinde olduklarından en temel günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede dahi başarısız olurlar (Videbeck 2011). Şizofreni hastalarının sağlık ve öz bakım gücü uygulamaların belirlemek üzere yaptıkları araştırmada, hastaların yarısından fazlasının

tıbbi bir tedavi gerektiren fiziksel rahatsızlığa sahip olduklarını, psikiyatri dışı popülasyonla kıyaslandıklarında, öz bakım ve sağlığı geliştirme aktivitelerini uygulama oranlarının daha düşük olduğunu, en yaygın olumsuz alışkanlıklarının aşırı yeme ve aşırı alkol tüketimi olduğunu belirlemişlerdir (Holmberg ve Kane, 1999).

Kronik ruhsal bozukluklarda yatarak tedavi olma süresi giderek kısalmıştır. Bu durum birçok hasta için dirençli belirtilerin değişmeden kalması, bozukluğun yeniden alevlenmesi ve yineleyen yatışlar gibi istenmeyen durumlara yol açmaktadır (Gerson ve Rose 2012; Loch 2014). Kronik ruhsal bozukluklar içinde en fazla yineleyen yatışları olan grup şizofreni hastalarıdır (Irmiter ve ark., 2007). Yineleyici yatışları olan şizofreni hastalarında öne çıkan bulgu “temel gereksinimleri karşılamada yetersizlik”tir (Sönmez 2008). Şizofreni hastalarının, bedensel hastalığı olan bireylerle karşılaştırıldığında, öz bakım ve sağlığı geliştirme aktivitelerini uygulama oranlarının düşük olduğu bilinmektedir (Çörçem ve Günüşen 2010; Holmberg ve Kane 1999). Şizofreni hastaları için taburcu olma ölçütleri kendi öz bakımını sürdürme, güvenli bir çevrenin varlığı, toplumda karşılaşılabileceği stresörlerle baş etme yollarını bilme ve uygulamadır (Fortinash ve ark., 2008). Bu bilgiler ışığında şizofreni hastalarının taburculuktan sonra öz bakımlarını sürdürmeye ne kadar hazır oldukları sorusu önem kazanmaktadır.

2.6. Kronik Psikiyatri Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Öz bakım Gücünün Geliştirilmesinde Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Kişiliğin işlevi büyümek ve gelişmenin sağlanmasına yöneliktir. Hemşirelik ise kişiliğin en üst düzeyde bu hedefe ulaşmasını sağlayacak motivasyon ve deneyimleri kullanmada bireye yardım ederek, kişiliği geliştirmeyi amaçlar. Her birey içgüdüsel olarak var olan veya sosyal süreçlerle sonradan kazanılmış olan gereksinimlere sahiptir. En çok öne çıkan gereksinimler karşılandığında, onların bireyde yarattığı gerilim, bir sonraki gereksinim ortaya çıkıncaya kadar ortadan kalkar. Hemşirelerin, bireyin yerine bir şeyler yapmaktan daha çok bireyin kendi adına bir şeyler yapmasına yardımcı olması gerekmektedir. Bu amaçla hemşireler bireylere gereksinimlerini karşılayacak uygun koşulları sağlamaları ve kullanmalarında yardımcı olmayı amaçlar (Peplau 1991).

Amerikan Hemşireler Birliği'ne (ANA) göre toplum ruh sağlığı hemşiresinin tanımı, "Toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir (Keltner 1995). Worley'e göre toplum ruh sağlığı hemşiresi, toplumdaki yüksek riskli grubu belirleme ve yeni tedavi modelleri olan danışmanlık, eğitim ve krize müdahale gibi işlevleri de gerçekleştirir (Worley 1998).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi değerlendirme, eşgüdüm, hasta haklarını gözetme, savunma, sevk etme, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, krize müdahale, fiziksel değerlendirme, ilaç uygulamalarının izlenmesi becerileri ve yeteneklerini kazanmış olmalıdır. Toplum ruh sağlığı hemşiresi, bu beceri ve yeteneklerini maddi ve sosyal yardım sağlama (barınma, beslenme sorunlarına yardım), sorunlarla baş etmeye yardım etme (iş bulma, uğraş, kişilerarası ilişkileri ve ev yaşantısını sürdürmeye yardım), psikolojik işlevin yerine getirilmesine yardım etme (hastalıklara özgü davranışları kontrol etmeye yardım), sosyal destek sağlama (akraba ve arkadaşlarıyla ilişkilerini güçlendirmeye yardım), güdülenmeyi destekleme (bireysel ve sosyal rolleri yeniden kazanma ve sürdürmeye destek), sağlığın korunması ve iyilik halinin sürdürülmesi (beslenme, hijyen ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç alımlarının takibi) hedeflerine ulaşmak için kullanır (Buckwalter 1991).

Günümüz ruh sağlığı anlayışı 'bireye göre iyi oluşa' odaklanarak bireylerin buldukları toplumda anlamlı bir yaşam sürmelerine yardım etmeyi hedefler. Hastaneden topluma geçişte etkin bir bakım sunabilmek de başta hemşirelik kuramları olmak üzere mesleksi bakım standartları, hemşirelik etik kodları ve evrensel insan haklarını temel alan derin bir anlayış gerektirir (Buldukoğlu 2015). Orem'e göre bireyler öğrenme ve gelişme potansiyeline sahiptir ve öz bakım öğrenilebilir. Öz bakım etkili şekilde yerine getirildiğinde bireyin bütünlüğü ve gelişimini sürdürmesi sağlanır. Bunu sağlayacak hemşirelik bakımı, rehberlik, fiziksel ve ruhsal destek, gelişimi destekleyici çevre sağlama ve öğretim gibi roller üstlenir (George 2010). Hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapacak öz bakım gücüne sahip olmasını sağlamak aynı zamanda psikiyatri hemşireliği bakım standartlarından biridir (Fortinash ve ark., 2008).

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).

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 (1-12606/hemşirelik yönetmeliği).

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). 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).

Uluslararası 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).

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).

Fiziksel aktivite, risk nleme 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 (Happel ve ark., 2011).

İngiltere’de yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, fiziksel sağlık değerlendirme aracı kullanımının psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını iyileştirip iyileştirmedini 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 değerlişiklik saptanmamıştır (Gartshore 2009).

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 her bir risk faktörü için

anlamli bir Şekilde iyileşme olduğu saptanmıştır (Osborn ve ark., 2010). Őlkemizde hemşirelik alanında, Cumhuriyet Őniversitesi'nde yapılan bir yŐksek lisans çalışmasında ise, Şizofreni hastalarında fiziksel egzersizin ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkileri ۆlۆlmüŐtŐr. 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 ۆzellikle sosyal etkileşimlerinde, fiziksel enerjilerinde ve ۆzgŐvenlerinde artış olduğu gۆzlenmiŐtir. Ayrıca egzersiz sŐresince hastaların sۆzel olarak kendilerini daha iyi ifade etmelerinin sonucu olarak somatizasyon puanlarının belirgin dŐzeyde azaldığı saptanmıştır (Açıl 2006). Sistematik bir literatŐr incelemesi sonucunda da kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığının geliştirilmesinde sağlıklı davranış geliştirmeye yۆnelik girişimlerin olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmaların ortak sonucu olarak psikiyatri hemşireliği uygulamalarında sağlıklı davranışları geliştirmeye yönelik giriŐimlere odaklanmanın psikiyatri hastalarının genel sağlık ve sağlık davranışlarında gelişmelere yol açabileceği sonucuna varılmıştır (Happell ve ark., 2012).

Ruhsal hastalığa sahip bireyler ۆz bakım gereksinimlerini tanımlamada zorluk yaŐayabileceklerinden belli zamanlarda yapılacak tanılama ve eğitim programlarıyla ۆz bakım dŐzeylerinin yŐkseltilmesi gerekmektedir (ifti ve ark., 2015).

Şizofreninin hasta ve ailesinin yaşam kalitesini nasıl ve hangi alanlarda etkilediğinin bilinmesi ile elde edilecek verilerden yararlanarak planlanacak bakımın kronik hastalığa sahip hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yŐkseltmede yardımcı olacağı dŐŐŐnŐlmektedir. Hastane ortamında tıbbi tedavisi tamamlanan hasta, olumlu bir aile çevresine sahip olmaz ve yeterli desteğe alamazsa tedaviyle sağlanan iyileŐmenin yeniden bozulabileceği bilinmektedir. Bu noktada tıbbi ve bakım hizmetini sunan hemşire, birey ve aileyle çalıŐarak, onların kronik hastalıktan etkilenen yaşam tarzını olumlu yönde deĐiŐtirmede ۆnemli rol Őstlenebilmektedir. Hemşirenin bu roller hastalıkla ilgili bilgi gereksinimlerinin karŐılanması, hastalığı yönetme becerilerinin kazandırılması aileye duygusal ve sosyal destek vermek, aile içi ilişkileri kuvvetlendirmek, kriz durumlarını yönetebilmek ve toplum kaynaklarıyla aileyi buluŐturmak olarak ۆzetlenebilir (Norbeck ve ark., 1991; ۆzcan ve Bilgin, 1998). Őlkemizde 2011 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı kapsamında açılan TRSM'lerin gŐnlŐk işleyişi içerisinde yer alan psikososyal beceri eğitimleri, iş ve uğraşı terapileri, bireysel ve grup terapileri, sosyal programlar hastaların

işlevselliğini arttırmış ayrıca hemşirenin koruyucu, danışmanlık ve rehabilite edici rollerini ön plana çıkarmıştır (T.C. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşirelik Yönetmeliği. 2011).

Hemşire, hastaların sorunlarla başa çıkmasında, işlevlerini yerine getirilmesinde, onlara maddi ve sosyal yardım sağlama, sosyal destek sağlamada, güdülenmeyi destekleme, sağlığın korunması ve esenlik halinin sürdürülmesinde hedeflerine ulaşmak için mesleki donanım ve yeteneklerini kullanmaktadır. Psikiyatri hemşireleri hastanın bakım ve tedavi sürecinde hasta ile iletişim içinde olmalarından dolayı hastanın gereksinimlerini değerlendirmede, bu gereksinimlere yönelik programları hazırlamada ve uygulamada anahtar rol oynarlar. Bu doğrultuda, hemşirelerin hastaların ve ailelerinin gereksinimlerini rehabilitasyon çalışmasının bir parçası olarak belirlemeleri ve psikososyal beceri programlarını bu yönlendirme ile geliştirip uygulamalarının, olumlu sonuçlar getireceğine inanılmaktadır (Stuart 2014). Bu süreçte hemşirelerin, sabırlı, aktif ve empatik bir dinleyici olması, bireylerin sorunlarını içtenlikle anlamaya çalışması, özverili olması, iyi niyetli tutum sergilemesi, güven ve saygı ifade etmesi, kişiyi değişim potansiyeli bakımından rahatlatması, öğrenme konusunda cesaretlendirmesi vb. birçok niteliğe sahip olması gerekmektedir (Doğan ve Sabancıoğulları 2011; Bağ 2012). Bu tarz bir yaklaşım, hastaların benlik saygısında ve yaşam kalitesinde artma, negatif belirtilerde azalma ve destek sağlama, motive etmede ve işlevselliğin sürdürmede yardımcı olur (Cowman ve ark., 2001).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma toplum ruh sağlığı merkezlerinde hizmet alan kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Şubat ayı 2018 yılı içinde İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Adatepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Pendik Devlet hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Tuzla Devlet Hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde bulunan kronik psikiyatri hastaları ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pendik Devlet hastanesi ve Tuzla Devlet Hastanesine bağlı TRSM'lere gelen 99 kronik psikiyatri hastası ile yapılmıştır.

3.4. Araştırmada Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

1. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı olmak

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

1. Kişisel Bilgi Formu
2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
3. Öz Bakım Gücü Ölçeği

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur. Hastaların; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kiminle yaşamını sürdürdüğü, ne kadar zamandır hastalığının mevcut olduğu, hastaneye yatış sayısı, TRSM ne devam etme süresi, ilaçların düzenli kullanımı, sağlık kontrollerine gidiş sıklığı, sigara/alkol/madde kullanımı ve sıkıntılı/zor durumda destekçi varlığını içeren 15 soru soruldu. (EK II)

3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Ölçek ilk kez, “Sağlığı Geliştirme Yaşam Stili Ölçüm Aracı” adıyla Peder’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; en düşük puan 9, en yüksek puan 36.

Fiziksel aktivite; en düşük puan 8, en yüksek puan 32.

Beslenme; en düşük puan 9, en yüksek puan 36.

Manevi gelişim; en düşük puan 9, en yüksek puan 36.

Kişilerarası ilişkiler; en düşük puan 9, en yüksek puan 36.

Stres yönetimi; en düşük puan 8, en yüksek puan 32’dir.

ÖLÇEK	MADDELER	Cronbach alpha
SAĞLIK SORUMLULUĞU	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51.	77
FİZİKSEL AKTİVİTE	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46.	79
BESLENME	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50.	68

MANEVİ GELİŞİM	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52.	79
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER	1,7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49.	80
STRES YÖNETİMİ	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47.	64

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. Sağlıklı Yaşam 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). (EK III)

3.5.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve Fleicher tarafından (1979) geliştirilen ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, Nahçıvan tarafından Türk toplumunda adölesanlara 1993 yılında uyarlanmış ve 35 maddeye indirgenmiştir. Ölçekte her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmış, "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla "Beni pek tanımlamıyor" 1 puan, "Fikrim yok" 2 puan, "Beni biraz tanımlıyor" 3 puan ve "Beni çok tanımlıyor" yanıtına 4 puan verilmektedir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3,6,9,13,19,22,26 ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Bu ölçek, öz-bakım gücü kavramı ortaya atıldıktan sonra bu konuda geliştirilen ölçeklerin en sık kullanılanıdır. 35 maddeden oluşan bu ölçek, bireylerin öz-bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını ve kendilerini değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Ölçekte maksimum puan 140'dır. Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden (ÖBGÖ) alınan puanın yüksek olması bireyin öz-bakımını gerçekleştirmede bağımsız ve yeterli olduğunu göstermektedir. Bireyin "0"ya yakın puan alması öz-bakım gücü puanının

düştüğünü, “140”a yakın puan alması durumunda ise öz-bakım gücü puanının yükseldiğini göstermektedir. Nahcivan ölçeğın alpha değerinin 0.89 olarak bulunduğunu belirtmiştir. (EK IV)

3.6. Verilerin Toplanması

Toplum ruh sağığı merkezine gelen kronik psikiyatri hastalarından detaylı bilgi için gönüllü olur formunu okumaları istendi. Gönüllü olur formunu okuduktan sonra, onam alınan kişiler görüşme odasına davet edildi ve soru formlarını doldurmaları için yanız bırakıldı. Bazı hastalar ile ise okumaktan sıkıldıklarını veya anlamada zorlandıklarını ifade etmeleri nedeni ile çalışmanın çoğunluğu yüz yüze sorularak yapıldı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler öncelikle tanımlayıcı özellikler Frekans analizi, sağııklı yaşam biçimi davranışları analizleri için compute variable-tanımlayıcı analiz, öz bakım gücü analizi için compute variable-tanımlayıcı analiz, tanımlayıcı özellikler ile sağııklı yaşam biçimi ve öz bakım gücü arasındaki ilişkisinde ise korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin, ayrıca çalışmanın yapıldığı kurumların bağı olduğu Güney Kamu Hastaneler Birliğinden yazılı kurum izni alındı. Araştırma kriterlerine uyan kronik psikiyatri hastalarından ise bireylere çalışma hakkında açıklayıcı bilgi verilmiş ve araştırmaya katılımın gönüllü olduğu açıklanarak kendilerinden bilgilendirilmiş onam formu için imza alındı.

4.BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamında elde edilen verilerin istatistiksel analizlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1: Kronik psikiyatri hastalarının tanımlayıcı özellikleri dağılımı

Kronik Psikiyatri Hastalarının Özellikleri	Psikiyatri Demografik	Değişkenlerin Kategorileri	Sıklık Dağılımı (N)	Yüzde Dağılımı (%)
Tanı		Şizofreni	68	68,7
		Bipolar Bozukluk	19	19,2
		Şizoaffektif Bozukluk	5	5,1
		Organik Olmayan Psikoz	7	7,1
Cinsiyet		Kadın	34	34,3
		Erkek	65	65,7
Yaş aralığı (Ort. 40,98)		17-30	20	20,2
		31-49	55	55,6
		50-80	24	24,2
Medeni durum		Evli	14	14,1
		Bekar	69	69,7
		Diğer (boşanmış, dul)	16	16,2
Eğitim durumu		Okur-yazar değil	3	3,0
		İlköğretim	49	49,5

	Lise	35	35,4
	Üniversite	12	12,1
Çalışma durumu	Çalışıyor	9	9,1
	Çalışmıyor	88	88,9
Gelir düzeyi	İyi	19	19,2
	Orta	61	61,6
	Kötü	16	16,2
Birlikte yaşanılan üyeler	Yalnız	9	9,1
	Kendi aile ile	63	63,6
	Eş ve çocuklar ile	12	12,1
	Diğer	14	14,1
Hastalık süresi	1-13 Yıl	41	41,4
	14-27 Yıl	33	33,3
	28 ve Üzeri	15	15,2
Hastaneye yatış sayısı	Hiç Yatmayan	9	9,1
	1 – 5 Defa	50	50,5
	6 ve Üzeri	18	18,2
Toplum ruh sağlığı merkezine devam etme süresi	1-12 Ay	43	43,4
	13-24 Ay	21	21,2
	25 ve Üzeri	23	23,2
	Evet	97	98,0

İlaçları düzenli kullanma durumu	Hayır	1	1,0
Sağlık kontrollerine gitme sıklığı	Düzenli	95	96,0
	Düzensiz	3	3,0
Sigara kullanma durumu	Evet	46	46,5
	Hayır	53	53,5
Alkol/madde kullanma durumu	Hayır	91	91,9
	Alkol	7	7,1
Sıkıntılı/zor durumlarda desteklenme durumu	Evet	85	85,9
	Hayır	14	14,1

Tablo 1’de yer alan hastaların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde yarıdan fazlasının %68,7’sinin (n=68) şizofreni olduğu görülmektedir. Katılımcıların %34,3’ü (n=34) kadın, %65’i (n=65) erkektir. Katılımcıların yaş ortalamasının yaklaşık kırk bir olduğu ve çoğunun bekar olduğu %69,7’sini (n=69) görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında yarıya yakınının (%49,5) ilköğretim mezunu olduğu, %35,4’ün (n=35) lise mezunu olduğu, %88,9’unun (n=88) çalışmıyor olduğu görülmektedir. Katılımcıların gelir düzeyi incelendiğinde %61,6’sının (n=61) orta ve %16,2’sinin (n=16) kötü olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların sadece %9,1’inin (n=9) yalnız yaşadığı, Katılımcılara hastalıklarının ne kadar zamandır mevcut olduğu sorulduğunda yaklaşık yarısının 14 yıldan fazladır hasta olduğu, %9,1’inin (n=9) hiç hastaneye yatmadığını, diğerlerinin çoklu yatışları olduğu görülmektedir. Katılımcıların toplum ruh sağlığı merkezine devam etme süreleri %43,4 oranında 1 – 12 ay olduğu; %98’inin (n=97) ilaçlarını düzenli kullandığı; tamamına yakınının %96’sının sağlık kontrollerine gittiği; yaklaşık yarısının sigara içtiği(%46,5) ; %91,9’unun alkol kullanmadığı ve %85,9’u sıkıntılı/zor durumlarda kendisini destekleyen biri olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2: Kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puan dağılımları

Alt Ölçekler	\bar{X}	SS	Min – Max
Sağlık sorumluluğu	20,83	5,182	9 – 36
Fiziksel aktivite	13,69	6,548	8 – 32
Beslenme	19,83	5,184	9 – 36
Manevi gelişim	24,22	4,991	9 – 36
Kişilerarası ilişkiler	24,21	5,982	9 – 36
Stres yönetimi	18,73	4,808	8 – 32

Hastaların sağlıklı yaşam biçimi ölçeğinin alt ölçek puanlarına bakıldığında en yüksek ortalamayı manevi gelişim ve kişilerarası ilişkilerin aldığı görülmektedir. En düşük ortalamanın ise fiziksel aktivite olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Kronik psikiyatri hastalarının öz bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı

Ölçek	\bar{X}	SS	Min – Max
Öz bakım ölçeği	121,98	20,846	0 – 140

Hastaların öz bakım gücü ölçeği puanlarına bakıldığında minimum ve maximum değerler aralığında maksimum değere yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 4: Kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puanları ile öz bakım gücü ölçeği puanları arasındaki ilişki

		Öz Bakım Gücü
Sağlık sorumluluğu	r	,599**
	p	,000
Fiziksel aktivite	r	,309**
	p	,002
Beslenme	r	,460**
	p	,000
Manevi gelişim	r	,579**

	p	,000
Kişilerarası ilişkiler	r	,503**
	p	,000
Stres yönetimi	r	,536**
	p	,000
**p < 0,01		

Sağlık sorumluluğu puanı ile öz bakım gücü puanı arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,599$, $p<0,01$). Fiziksel aktivite puanı ile öz bakım gücü puanı arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,309$, $p<0,01$). Beslenme puanı ile öz bakım gücü puanı arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,460$, $p<0,01$). Manevi gelişim puanı ile öz bakım gücü puanı arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,579$, $p<0,01$). Kişilerarası ilişkiler puanı ile öz bakım gücü puanı arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,503$, $p<0,01$). Stres yönetimi puanı ile öz bakım gücü puanı arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,536$, $p<0,01$).

Tablo 5: Kronik psikiyatri hastalarının tanımlayıcı özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puanları ve öz bakım gücü ölçeği puanları arasındaki ilişki

		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Öz Bakım Gücü
Tanı	r	-,070	-,023	-,059	-,051	,012	-,090	-,201*
	p	,492	,826	,564	,616	,904	,378	,046
Cinsiyet	r	-,049	-,120	-,065	-,079	-,096	,017	-,098
	p	,631	,240	,521	,437	,346	,871	,334
Medeni durum	r	-,070	-,066	-,138	,083	,057	,113	-,050
	p	,491	,517	,174	,412	,573	,264	,626
Eğitim durumu	r	,076	,209*	,036	-,009	-,041	,155	,130
	p	,457	,039	,724	,926	,687	,126	,201
Çalışma durumu	r	-,121	,015	-,112	-,214*	-,059	-,075	-,094
	p	,234	,884	,272	,034	,566	,463	,357
Gelir düzeyi	r	-,262**	-,267**	-,177	-,202*	-,198	-,066	-,085
	p	,010	,009	,085	,048	,053	,525	,408
Birlikte yaşanan üyeler	r	-,152	-,042	-,133	-,219*	-,150	-,173	-,195
	p	,133	,683	,191	,029	,139	,087	,053
İlaçları düzenli kullanma durumu	r	-,096	-,059	-,077	,015	,081	-,059	-,132
	p	,347	,568	,453	,882	,430	,565	,197
Sağlık kontrollerine gitme sıklığı	r	-,076	-,039	-,042	,062	,022	,083	,009
	p	,456	,705	,680	,542	,832	,419	,934
Sigara kullanma durumu	r	,091	,035	,216*	,127	,064	-,125	,270**
	p	,372	,730	,031	,209	,530	,217	,007
Alkol/madde kullanma durumu	r	-,052	-,087	-,128	,060	-,009	,006	,007
	p	,612	,396	,208	,560	,926	,950	,943
Sıkıntılı/zor durumlarda desteklenme durumu	r	-,228*	-,173	-,206*	-,129	-,146	-,171	-,199*
	p	,023	,088	,041	,203	,149	,091	,048
Yaş aralığı	r	,168	-,052	,180	,074	,134	,135	,158
	p	,097	,614	,074	,466	,187	,184	,119

Hastaneye yatış aralığı	r	,060	,157	,076	,097	,112	,187	,087
	p	,605	,172	,513	,401	,334	,104	,452
Toplum ruh sağlığı merkezine devam etme süresi	r	,087	,215*	,067	,052	-,011	,103	,051
	p	,423	,046	,537	,630	,919	,344	,639
Hastaneye yatış sayısı	r	,129	,029	,134	,117	,092	,149	,132
	p	,229	,787	,210	,273	,392	,165	,216
*p<0,05 - **p < 0,01								

Tanı ile öz bakım gücü puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-,201$, $p<0,05$). Çalışma durumu ile manevi gelişim puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-,214$, $p<0,05$). Gelir düzeyi ile sağlık sorumluluğu puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı ($r=-,262$, $p<0,01$), fiziksel aktivite puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı ($r=-,267$, $p<0,01$), manevi gelişim puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı ($r=-,202$, $p<0,05$) ilişki bulunmaktadır. Kiminle yaşadığı ile manevi gelişim puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-,219$, $p<0,05$). Sigara kullanımı ile beslenme puanı arasında zayıf pozitif yönde anlamlı ($r=,216$, $p<0,05$) ve öz bakım gücü puanı arasında zayıf pozitif yönde anlamlı ($r=,270$, $p<0,01$). Zor durumlarda destekleme ile sağlık sorumluluğu puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı ($r=-,228$, $p<0,05$), beslenme puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı ($r=-,206$, $p<0,05$), öz bakım gücü puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı ($r=-,199$, $p<0,05$) ilişki bulunmaktadır. Toplum ruh sağlığına devam etme ile fiziksel aktivite puanı arasında zayıf pozitif yönde anlamlı ($r=,215$, $p<0,05$) ilişki bulunmaktadır.

5. TARTIŞMA

Kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücü arasındaki ilişki durumlarının incelendiği araştırmada, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sosyodemografik ve öz bakım gücü ile ilgili değişkenlere ışık tutulmuş, bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

5.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Dağılımları

Tablo 2’de yer alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde sağlık sorumluluğu puanı ortalaması 20,83 fiziksel aktivite puanı ortalaması 13,69 beslenme puanının ortalaması 19,83 manevi gelişim puanı ortalaması 24,22 kişilerarası ilişkiler puanı ortalaması 24,21 ve stres yönetimi puanı ortalaması 18,73 tür.

Hastaların sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puanları incelendiğinde alt ölçek madde sayıları aynı olan sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puanları arasında en yüksek ortalamanın manevi gelişim puanı en düşük ortalamanın ise beslenme puanı olduğu görülmektedir. Alt ölçek madde sayıları aynı olan fiziksel aktivite puanı ve stres yönetimi puanı arasında ise en düşük ortalamanın fiziksel aktivite puanı olduğu görülmektedir.

Literatürdeki çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi ölçeğinin alt ölçek madde sayıları dikkate alınmadan karşılaştırmalar yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmada hastaların sağlıklı yaşam biçimi alt ölçeği fiziksel aktivite puan ortalaması 13,69 olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde kronik psikiyatri hastalarıyla aynı ölçeğin kullanıldığı tek bir çalışmaya ulaşılmıştır. Kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık durumu ve sağlıklı yaşam davranışlarının incelendiği bu araştırmada fiziksel aktivite puan ortalamasının 13,52 olduğu görülmektedir (Erginer 2016).

Vancampfort ve arkadaşları 2010, 2011, 2012 yıllarında yaptıkları çalışmalarda ise şizofreni hastalarının daha az fiziksel aktivite sergilediklerini, genel nüfusa göre oturma sürelerinin daha fazla olduğu, hareketsiz bir yaşam tarzının artmış beden kitle indeksi

(BKI) ve Metabolik sendrom açısından risk oluşturduğunu vurgulamışlardır. Farnam ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında ise psikiyatri hastalarının fiziksel aktivite düzeylerinin genel nüfustan belirgin bir şekilde düşük olduğu gösterilmiştir. Psikiyatri hastalarında osteoporoz prevalansının artmasında en fazla nedenler arasında da fiziksel aktivite eksikliği bulunmaktadır (Renn ve ark., 2009). Edenfield (2007) çalışmasında, fiziksel aktivite programına alınan her iki uçtaki bipolar hastaların depresyon belirtilerinde azalma olurken, manik belirtilerinde değişiklik olmadığı vurgulanmıştır. Kronik psikiyatri hastalarına planlı ve profesyonel kişilerce uygulatılan fiziksel egzersiz programlarının hastalara hem kilo verdiğini ve beden kitle indekslerinin düşürdüğünü bildirilmiştir (Dodd ve ark., 2011). Böylece antipsikotik ilaçların yan etkisi olan ve beden imajını olumsuz etkileyen kilo alımını da azaltarak, beden kitle indekslerinin düşmesini sağlamaktadır (Rogers ve Pilgrim, 2014). Fiziksel aktivite programlarına katılan kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin, ruhsal olarak kendilerini iyi hissettikleri, ilaç tedavisine ve terapötik müdahalelere daha uyumlu oldukları, anksiyeteyi azalttığı, fiziksel benlik algılarını güçlendirdiği, sosyal işlevselliği artırdığı, gündüz uykuyu azaltıp gece uykusunu daha kaliteli hale getirdiği gibi olumlu sonuçları olduğu saptanmıştır (Cassilhas ve ark., 2015; Loh ve ark., 2015; Ho ve ark., 2016).

Çalışmalarda da görüldüğü üzere kronik psikiyatri hastalarında fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Bireyler farklı nedenlerle fiziksel aktiviteye günlük yaşamlarında yeterli zaman ayıramamaktadırlar. Fiziksel aktivite alışkanlıkları bireylerin içinde bulunduğu çevreden ve kültürel yapıdan etkilenir. Kronik psikiyatri hastaları, sedanter yaşam, kendinden uzaklaşma, sürekli uyku hali gibi hareketsiz yaşam sürebilmektedir. Bu durumda bireylerin daha çok kendine yönelmelerine ve hastalığın etkilerini daha fazla içselleştirmelerine neden olabilmektedir.

Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları incelendiğinde sağlık sorumluluğu puan ortalamasının 20,83 olduğu görülmüştür. Aynı ölçeğin kullanıldığı tek çalışma olan Erginer (2016) in çalışmasında ise sağlık sorumluluğu puan ortalaması $19,81 \pm 3,93$ bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler.

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bu kavram, bireyin sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin sağlığına

ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi; vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi, düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi, sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi, sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi, sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi ve sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini gösterir (Bottorff ve ark., 1996).

Bireylerin ağız ve diş sağlığına yeterli önemi vermemesi aynı zamanda kişisel hijyen uygulamaları ve sağlığı koruma davranışlarının yetersiz oluşu sağlık sorumluluğunun iyi olmadığını ve öz bakımının yetersiz olduğunu göstermektedir.

Şizofreni hastalarında negatif psikotik belirtilerin, bilişsel bozulmanın, antipsikotik ilaçların sedatif etkilerinin ve öz bakımda azalmanın metabolik sendrom için risk oluşturan bir yaşam tarzına yol açtığı vurgulanmaktadır (Schorr ve ark., 2009). Kilian ve arkadaşları (2006) genel nüfus ile psikiyatri hastalarının sağlık davranışlarını karşılaştırmış ve çalışmanın sonucunda kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık sorunlarının bir nedeni olarak kötü sağlık davranışlarının rolü güçlü bir şekilde vurgulanmaktadır.

Literatür incelendiğinde 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). Psikiyatri hastasının katıldığı bir kohort çalışmasında ise fiziksel sağlık kontrolleri sonuçlarında hastaların yüksek oranda obezite, HT, glikoz anormallikleri, hiperlipidemi, kötü beslenme, düşük egzersiz seviyeleri, sigara ve alkol kullanımı olduğu saptanmıştır (Smith ve ark., 2007).

Çalışma sonuçlarında da görüldüğü gibi psikiyatri hastalarında sağlık sorumluluk düzeyinin iyi olmadığı söylenebilir.

Bu çalışmada sağlık sorumluluğu puan ortalamasının daha yüksek bulunması kronik psikiyatri hastalarının büyük çoğunluğunun toplum ruh sağlığı merkezlerine düzenli devam ettikleri, aynı zamanda %98 inin ilaçlarını düzenli kullandıkları, %96 sının sağlık

kontrollerine düzenli sıklıkla gittiği ve %85,9 ununda sıkıntılı/zor durumlarda destekçileri varlığı nedeniyle olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada hastaların sağlıklı yaşam biçimi alt ölçeği beslenme puan ortalaması 19,83 olarak bulunmuştur. Erginer (2016) in çalışmasında ise 22,44 olarak saptanmıştır.

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 (%817), 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). 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 başka çalışmada da, 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).

Londra’da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada hastaların kardiyovasküler risk faktörleri belirlenerek, hastalar bu risklerin iyileştirilmesini hedefleyen hemşire liderliğinde bir müdahale programına dâhil 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).

Şizofreni hastalarında egzersiz eğitiminin faydalarını inceleyen bir çalışma sonucunda hastaların %69'u aşırı kilolu ve %54'ünde abdominal obezite saptanmıştır (Bredin ve ark., 2013).

Bu çalışmada hastaların sağlıklı yaşam biçimi alt ölçeği beslenme puan ortalamasının daha düşük bulunması hastalığın erken yaşta başlaması, beslenme alışkanlıklarının daha erken yaşta kazanılan bir alışkanlık olması ve psikiyatrik hastalıkların beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir. 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.

Bu çalışmada hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde manevi gelişim puan ortalaması 24,22 bulunmuştur. Erginer (2016) in çalışmasında ise 23,31 olarak saptanmıştır.

Taş ve Buldukoğlu'nun (2014) çalışmasında şizofreni hastalığı olan bireylerin benlik kavramı boyutunda katılımcıların kendilerini en çok manevi özelliklerine göre tanımladıkları belirlenmiştir. En çok beğendikleri yönlerinde de ikinci sırada manevi özellikleri yer almaktadır. Literatür incelendiğinde yetişkin bireylerde dindarlık düzeyi yükseldikçe benlik saygısının arttığı yönünde bulgular mevcuttur (Koç 2009; Kımtır 2011). Manevi inançların şizofreni hastalarının yaşamında önemli bir yere sahip olduğu, bireylerin yaşamına anlam ve amaç kattığı bilinmektedir (Mohr 2006; Huguelet 2006). Taş ve Buldukoğlu'nun (2014) araştırma bulgularına göre bireylerin yarıya yakınının dini ve manevi inanç boyutunda hastalıktan olumsuz etkilenme olduğu, bireylerin insanlardan ve dinden soğuduğu görülmektedir. Maneviyat ve dini inançlar hastaların kendilerine bakış açıları ve başkalarıyla etkileşimleri üzerinde pozitif etki eden bir güçtür. Daha iyi sağlık durumuna ulaşma ile dini ve manevi inançlar arasında %60-80 oranında bir bağlantı bulunmaktadır (Varcarolis ve Halter, 2010). Bu nedenle daha iyi ruhsal iyi oluş için bireyin manevi gereksinimlerinin karşılanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bireyin sağlığı için zararlı olmayacak manevi inançları ve dini aktivitelerinin kabullenilmesi ve bunları uygulayabileceği koşulların sağlanması temel hemşirelik girişimlerindedir (Erdemir 2005).

Bu çalışmada manevi gelişim puan ortalamasının daha iyi düzeyde bulunması kronik psikiyatri hastalarının büyük çoğunluğunun aile ile yaşadığı hastaların manevi boyutta yaşamında ailelerinin ve aile desteğinin önemli bir yere sahip olduğu, aynı zamanda %85,9 unun sıkıntılı/zor durumlarında destekçilerinin varlığı nedeniyle olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada hastaların kişilerarası ilişkiler puan ortalaması 24,21 olarak bulunmuştur. Erginer (2016) in çalışmasında ise 22,62 olarak saptanmıştır. Kişilerarası ilişkiler bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Literatürde psikiyatri hastaları dışındaki farklı çalışmalara bakıldığında Yıldırım'ın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada kişilerarası ilişkiler puanı 19.4 ± 3.6 olarak belirlenmiştir (Yıldırım 2005). Yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise 18.20 ± 2.72 bulunmuştur (Polat ve Kahraman, 2013).

Bu çalışmada hastaların toplum ruh sağlığı merkezlerinde günlük işleyişi içerisinde yer alan psikososyal beceri eğitimlerine, iş ve uğraşı terapilerine, bireysel ve grup terapilerine aktif katılımları, aynı zamanda hemşirenin koruyucu, danışmanlık ve rehabilite edici rollerini ön plana çıkarması etkisiyle kişiler arası ilişkiler düzeyi yüksek bulunmuş olabilir.

Bu çalışmada hastaların stres yönetimi puan ortalaması 18.73 olarak bulunmuştur. Erginer (2016) in çalışmasında ise 17,46 olarak saptanmıştır.

Taş ve Buldukoğlu'nun (2014) az bir oranla da olsa bireylerin problemini çözmede "yalan söyleme, kavga etme, unutmama, olurlarına bırakma, alkol alma" gibi etkisiz yöntemler kullandıkları görülmüştür. Benzer şekilde Özcan ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında da şizofreni hastalarının başa çıkma davranışı olarak en fazla dini etkinliklerde bulunduğu, bunun dışında bilişsel kontrol, ilaç tedavisini doktora danışmadan uyarlamak, çevresindekilerle iletişimi arttırmak, müzik dinlemek, televizyon izlemek gibi pasif davranışçı yöntemler ve çay, sigara alkol gibi maddelerin kullanımı görülmektedir. Yani şizofreni hastalığı olan bireyler kendilerine göre çeşitli işlevsel veya işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanmaktadır. Stresle etkili şekilde baş edememe yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Sağbaş 2009).

Çalışmada hastaların stres yönetimi puan ortalamasının daha yüksek olması hastaların problem ve güçlüklerini çözmeye büyük çoğunluğunun eş ve aileden yardım istediği nedeniyledir. Aynı zamanda insan ilişkilerinde, iş ve topluma ayak uydurmada, aile içi sorumluluklarını yerine getirmedeki stres yaratan zorlukları; tedavi, hasta ve ailesine yönelik olarak destekleyici psikoterapiler ve stres yaratan etkenlere yönelik beceri eğitimleri sayesinde stres yönetimini daha iyi sağladıkları düşünülmektedir.

5.2 Araştırmaya Katılan Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Tablo 3’de yer alan bireylerin öz bakım gücü genel puan ortalaması 121,98 olarak belirlenmiş ve hastaların öz bakım gücü ölçeği puanlarına bakıldığında minimum ve maximum değerler aralığında maksimum değere yakın olduğu görülmektedir. Bu sonuç ile kronik psikiyatri hastalarının öz bakım gücünün yüksek olduğunu, öz bakım ihtiyaçlarını belirlemede daha az zorlandıklarını ortaya koymaktadır. Çörçem ve Günüşen (2010) in araştırmasında örneklem grubuna alınan 21 şizofreni hastasının öz bakım gücü genel puan ortalaması 88.42+25.09, Taş ve Buldukoğlu (2014) şizofreni tedavisi almış bireyler üzerindeki çalışmasında ise bireylerin öz bakım gücü genel puan ortalaması 99,32+21.86 olarak tanımlanmıştır. Çiftçi ve arkadaşlarının (2015) 155 psikiyatri hastası üzerinde yaptıkları çalışmasında ise öz bakım gücü düzeyi 79.3 ± 23.2 orta düzey olarak belirlenmiştir.

Literatürde diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin öz bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde; Bakoğlu ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında periton diyalizi yapan hastaların genel öz bakım gücü puan ortalaması 102.96 +20.70, Ünsar ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin 116.58+ 11.12 bulunmuştur. Düzöz ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında tip II diyabetes mellituslu hastaların 90.02+18.17, Uğurlu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise aile ortamında yaşayan yaşlı bireylerin 92.22+16.92 olarak bulunmuştur.

Tüm bu puanlar birlikte incelendiğinde çalışmadaki ölçek toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu, araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının öz bakım ihtiyaçlarını daha kolay karşılayabildikleri sonucuna varılmıştır. Bunun nedeninin hastaların yarısından fazlasının aile ile yaşamını sürdürdüğü, öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada

destekçilerinin varlığı, toplum ruh sağlığı merkezlerine düzenli devam etmeleri ve düzenli eğitimlere katılımları olarak düşünülmektedir.

5.3 Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puanları ile Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 4’de katılımcıların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ile öz bakım gücü arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Literatür incelendiğinde kronik psikiyatri hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücünün ilişkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışma ile bireylerde sağlıklı yaşam biçiminin davranışlarının yüksek olması aynı zamanda öz bakım gücünün de yüksek olması sonucuna varılmıştır.

Hemşirelik, bireylerin ve toplumun kendi gereksinimlerini karşılayacak uygun koşulları sağlamaları ve kullanmalarına yardımcı olmayı amaçlar (Peplau 1991). Bireyin öz bakımını destekleyerek otonomi kazanmasını sağlamak da etkili hemşirelik bakımının temel ilkelerindedir. Bireyin bilişsel ve fiziksel fonksiyonların tümündeki öz bakım beceri düzeyi hastaneye tekrarlı yatışları etkileyen bir faktördür (Cutler 2003). Öz bakım etkili şekilde gerçekleştirildiği takdirde bireyin yapısal bütünlüğüne, fonksiyonelliğine ve gelişimine önemli katkı sağlar (Orem 1996). Bireyin sahip olduğu öz bakım gücü de bakım gereksinimlerini karşılayabilme durumuyla yakından ilişkilidir. Bu nedenle, kronik psikiyatri hastalarının öz bakım gücünün değerlendirilmesi, onların topluma katılımını sağlamada ve bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerinde kaçınılmaz bir şekilde önem kazanmaktadır.

Hastaların öz bakımını etkileyen sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi boyutlarındaki gereksinimlerinin farkında olunması ve bu davranışların edinilmesinde hastaya destek sağlanması öz bakım gücünde de olumlu gelişmeler sağlayacaktır.

5.4 Araştırmaya Katılan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Puanları ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Bu çalışmada tanı ile öz bakım gücü puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sigara kullanımı ile öz bakım gücü puanı arasında zayıf pozitif yönde anlamlı ilişki, Zor durumlarda destekleme ile öz bakım gücü puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Çörçem ve Günüşen 'in (2010) çalışmasında ise değişkenlerden yaş, eğitim durumu, hastalık süresi ile öz bakım gücü puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sadece ekonomik durum ve öz bakım gücü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların ekonomik düzeyi arttıkça öz bakım gücü puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastalarının yaşları ile öz bakım gücü puanı ve SYBDÖ II alt boyutları puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çörçem ve Günüşen 'in (2010) çalışmasında da şizofreni hastalarının yaşları ile öz bakım gücü düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürdeki benzer çalışmalarda da yaş ve öz bakım gücü puan ortalaması arasında fark bulunamamıştır (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Bakoğlu ve ark., 2009.; Düzöz ve ark., 2009). Ancak yaş arttıkça öz bakım gücü puan ortalamasının arttığı çalışmalar da bulunmaktadır (Nart 2013). Erginer (2016) in araştırmasında hastaların yaşları ile fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. 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 ölçeğin sağlık sorumluluk, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumu ve eğitim durumu ile SYBDÖ II alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Erginer (2016) in araştırmasında da hastaların medeni durumu ve eğitim durumu ile ölçeğin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmamıştır.

Bu çalışmada hastaların çalışma durumları ile öz bakım gücü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Taş ve Buldukoğlu'nun (2014) çalışmasında işsiz bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının diğerlerine göre düşük

olduğu görülmektedir. Çalışma durumlarına göre bireylerin öz bakım gücü puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamakla birlikte, çalışan bireylerin öz bakım gücü puan ortalaması çalışmayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Sonuçlar işsiz ve çalışmayan bireylerin öz bakım gücü düzeyinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Uğurlu'nun (2011) araştırması bir işte çalışmanın, şizofreni hastalarının mesleki ve sosyal işlevsellik düzeylerini olumlu etkilediğini, çalışan şizofreni hastalarında yaşam niteliğinin çalışmayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumları ile SYBDÖ II alt boyutlarından manevi gelişim puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Erginer (2016) in araştırmasında hastaların çalışma durumu ile ölçeğin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Bu çalışmada hastaların gelir düzeyleri ile öz bakım gücü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Taş ve Buldukoğlu'nun (2014) alışmasında maddi durumlarına göre bireylerin öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz olmakla birlikte maddi durumunu orta düzeyde algılayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalaması, düşük ve yüksek olarak algılayanlara göre yüksek bulunmuştur. rem ve Günüşen 'in (2010) araştırmasında hastaların ekonomik düzeyi arttıa öz bakım gücü puan ortalamalarının arttığı, diğer değişkenler ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Benzer çalışmalarda ise istatistik olarak anlamlı olmasa da maddi durum algısı yüksek olan bireylerin öz bakım gücü düzeyleri de yüksek bulunmuştur (zer 2001; Arslan ve Sener, 2009).

Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyleri ile SYBDÖ II alt boyutlarından sağlık sorumluluğu puanı, fiziksel aktivite puanı ve manevi gelişim puanı ile zayıf negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Erginer in (2016) araştırmasında hastaların gelir gider durumu ile SYBDÖ II alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Bu çalışmada hastaların kiminle yaşadığı ile SYBDÖ II nin sadece manevi gelişim alt boyutuyla istatistiksel olarak zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Erginer in (2016) araştırmasında ise hastaların kiminle yaşadığı ile SYBDÖ II alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların kiminle yaşadığı ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. Taş ve Buldukoğlu'nun (2014) çalışmasında da birlikte yaşadığı kişilere göre bireylerin öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamakla birlikte eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin öz bakım gücü gruba göre yüksek olarak bulunmuştur. Düzöz ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ailesiyle birlikte yaşayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalaması yalnız yaşayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca "evli olmanın bireyin öz bakım gücü düzeyini anlamlı ölçüde yükselttiği" bulgusu, "eş ve çocuklarıyla yaşayanların öz bakım gücünün de daha yüksek olduğu" bulgusunu açıklamaktadır. Çiftçi ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da geniş ailelerde yaşayan hastaların öz bakım gücü seviyeleri; daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışma sonucunda öz bakım ile ilişkili değişkenlerin hastalığın tanısı, sigara kullanımı, sıkıntılı durumda destekleyen birinin varlığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada öz bakım ile ilişkili olmayan değişkenler ise hastaların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, yaşı, çalışma durumu, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı, ilaçları düzenli kullanımı, sağlık kontrollerine gidiş sıklığı, alkol madde kullanımı, hastaneye yatış aralığı, TRSM ine devam etme süresi ve hastaneye yatış sayısı olduğu görülmüştür.

Hastaların büyük çoğunluğunun aile ile yaşaması ve sıkıntılı/zor durumda destekleyen birinin varlığının öz bakım gücü seviyesinin yüksek olmasını etkilediği düşünülmektedir. Sıkıntılı durumlarda destek alanların almayanlara göre sağlık sorumluluğu puanının da daha fazla olduğu görülmektedir.

Çalışmada sigara kullanmayan hastaların sigara kullananlara göre fiziksel aktivite puanlarının daha fazla olduğu, aynı zamanda sıkıntılı durumlarda destek alanların almayanlara göre fiziksel aktivite puanlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Bireylerde sigara kullanımının zararlı etkilerinin fiziksel aktivite gücünü engellediği düşünülmektedir.

Çalışmada sıkıntılı durumlarda destek alanların almayanlara göre stres yönetiminin daha fazla olduğu görülmektedir. Hastaları destekleyen birinin varlığı onların manevi güçlerini artırmasını ve stres yönetimini daha başarılı yapabilmelerini sağlamaktadır.

Eğitim düzeyi açısından bakıldığında kişilerarası ilişkiler boyutunda lise eğitim düzeyine sahip olanlarda kişilerarası ilişkileri puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezine devam etme süresi açısından bakıldığında ise sağlık sorumluluğu boyutunda 28 – 40 ay devam edenlerin sağlık sorumluluğunun puanının daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. TRSM ye devam etme süresinin artması kişilerarası ilişkilerin artmasına ve sosyalleşmeye katkı verici olduğu söylenebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmaya katılan hastaların yarıdan fazlasının %68,7'sinin şizofreni olduğu görülmektedir. Hastaların %34,3'ü kadın, %65'i erkektir. Yaş ortalamasının yaklaşık kırk bir olduğu ve çoğunun bekâr olduğu (%69,7) görülmektedir. Eğitim durumuna bakıldığında yarıya yakınının (%49,5) ilköğretim mezunu olduğu, %35,4'ün lise mezunu olduğu, %88,9'unun çalışmıyor olduğu görülmektedir.
2. Gelir düzeyi incelendiğinde %61,6'sının orta ve %16,2'sinin kötü olduğu belirlenmiştir. Hastaların sadece %9,1'inin (n=9) yalnız yaşadığı, hastalıklarının ne kadar zamandır mevcut olduğu sorulduğunda yaklaşık yarısının 14 yıldan fazladır hasta olduğu, %9,1'inin hiç hastaneye yatmadığını, diğerlerinin çoklu yatışları olduğu görülmektedir.
3. Toplum ruh sağlığı merkezine devam etme süreleri %43,4 oranında 1 – 12 ay olduğu; %98'inin ilaçlarını düzenli kullandığı; tamamına yakınının %96'sının sağlık kontrollerine gittiği; yaklaşık yarısının sigara içtiği(%46,5) ; %91,9'unun alkol kullanmadığı ve %85,9'u sıkıntılı/zor durumlarda kendisini destekleyen biri olduğunu belirtmiştir.
4. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği puanları incelendiğinde alt ölçek madde sayıları aynı olan sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler arasında en yüksek ortalamanın manevi gelişim en düşük ortalamanın ise beslenme olduğu görülmektedir. Alt ölçek madde sayıları aynı olan fiziksel aktivite ve stres yönetimi arasında ise en düşük ortalamanın fiziksel aktivite olduğu görülmektedir.
5. Hastaların Öz Bakım Ölçeği puan ortalaması 121,98 bulunmuştur.
6. Sağlık sorumluluğu ile öz bakım gücü puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,599$, $p<0,01$). Fiziksel aktivite ile öz bakım gücü puanı arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,309$, $p<0,01$). Beslenme ile öz bakım gücü puanı arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,460$, $p<0,01$). Manevi gelişim ile öz bakım gücü puanı

arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,579$, $p<0,01$). Kişilerarası ilişkiler ile öz bakım gücü puanı arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,503$, $p<0,01$). Stres yönetimi ile öz bakım gücü puanı arasında orta pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,536$, $p<0,01$).

7. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz bakım gücü puanı arasında ilişkiye bakıldığında, tanı ile öz bakım gücü puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çalışma durumu ile manevi gelişim puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Gelir düzeyi ile sağlık sorumluluğu puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı, fiziksel aktivite puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı, manevi gelişim puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.
8. Kiminle yaşadığı ile manevi gelişim puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sigara kullanımı ile beslenme arasında zayıf pozitif yönde anlamlı ve öz bakım gücü arasında zayıf pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Zor durumlarda destekleme ile sağlık sorumluluğu puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı, beslenme puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı, öz bakım gücü puanı arasında zayıf negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Toplum ruh sağlığına devam etme ile fiziksel aktivite puanı arasında zayıf pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

6.2. Öneriler

1. Kronik Psikiyatri hastalarının fiziksel aktivite düzeyi düşüktür. Tüm psikiyatri hastalarına yönelik özelleşmiş sistematik, planlı ve sürekli olan fiziksel aktivite programları geliştirilmeli ve hastalara yönelik bu programlar uygulanmalıdır.
2. Çalışmada hastaların sağlıklı yaşam biçimi alt ölçeği beslenme düzeyi düşük bulunmuştur. Kronik psikiyatri hastalarında yanlış beslenme şekillerinin yaygınlaşması ve artış gösteren obezite bulguları nedeniyle yeterli ve etkin

beslenme eğitim programlarının düzenlenmesi, iletişim araçları kullanılarak ya da yüz yüze görüşmeler ile faaliyete geçilmesi gerekmektedir.

3. Hastaların yaklaşık yarısının sigara içtiği stresle baş etmede sigaranın da çözüm olarak kullanıldığı düşünülmektedir. Hastaların işlevsel olmayan baş etmelerinin yerine işlevsel olanları getirmede danışmanlığa ve yardıma gereksinimleri olduğu ayrıca sorun çözme terapisi ve benzeri hemşirelik müdahaleleriyle psikiyatri hastalarının baş etme düzeylerinin güçlendirilmesi önerilir.
4. Çalışmada kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yetersiz olduğu görülmektedir. Kronik psikiyatri hastalarının sağlığının korunması ve iyilik halinin sürdürülmesi için doğru destek ve eğitim ile olumlu sonuçlar oluşturabileceği saptanmıştır. Psikiyatri hemşireliği mesleğinde sağlıklı davranış müdahaleleri üzerine odaklanmanın psikiyatri hastalarının genel sağlık ve sağlık davranışlarında gelişmelere yol açabileceği ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları ile hastaların yaşam kalitelerinin yükselmesi sağlanacaktır.
5. Kronik psikiyatri hastalarında sağlıklı yaşam biçiminin davranışlarının yüksek olması aynı zamanda öz bakım gücünün de yüksek olmasına bağlıdır. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hayata entegre edebilmeleri için Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin ve hemşirelik müdahalelerinin öneminin büyük olduğu ve hastalara yönelik eğitimlerin artırılması önerilir.
6. Kronik psikiyatri hastalarında belirli aralıklarla sağlıklı yaşam biçimi ile öz bakım gücü ilişkisini inceleyen taramalar yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

ABED H What factors affect the lifestyle choices of people with schizophrenia? *Mental Health Review Journal*, 15, 21-27. doi: 10.5042/mhrj.2010.0368.

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

ADDİNGTON J, PİSKULİC D, MARSHALL C Psychosocial treatments for schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 2010, 19: 260-263.

AKGÜL N Sivas il merkezi birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, Sivas, 2008; 14-49.

AKİSKAL H.S. (2002) İki uçlu bozuklukların sınıflandırılması, tanısı ve sınırları: gözden geçirme. İçinde Maj, M. Akiskal, H.S. Lopez-Ibor, J. Sartorius, N. İki Uçlu Bozukluk. Çev. E.T. Oral (Eds). İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı, 1-52.

AKYOL A, BİLGİÇ P, ERSOY G. Fiziksel Aktivite, Beslenme Ve Sağlıklı Yaşam. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.

ALLİGOD MR, TOMEY AM. *Nursing Theory Utilization & Application*, 3th. Ed. USA. Mosby Year Books, 2002

ALLİSON DB & CASEY DE (2001) Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry* 62(Suppl 7), 22–31.

ANGST J, SELLARO R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry*. 2000;48(6):445-57.

ANLAR L. Sivas'ta bir psikiyatri kliniğinden taburcu olan hastaların ruhsal durumları, işlevsellik düzeyleri ve ilgili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10: 293-300

ARSLAN C, CEVİZ 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 H. , SENER DK. (2009). Stigma, Spiritüalite Ve Konfor Kavramlarının Meleis'in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanati Dergisi*, Cilt:2, Sayı: I

ARSLAN M, ATMACA A, AYVAZ G, BAŞKAL N, BEYHAN Z, BOLU E. ve ark. (2009). Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği metabolik sendrom çalışma grubu. *Metabolik Sendrom Kılavuzu*, 7-13. Erişim tarihi: 28.05. 2013

ARSLANTAŞ H, ADANA F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3:251-77.

ARSLANTAŞ H, SEVİNÇOK L, UYGUR B, BALCI V, ADANA F. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), 3-10. 2009

ARTEEL P, GOIKOLEA JM, GISMONDI R, LOZE JY, HUNTER M, ÇAKIR S ve ark. (2011). *Bipolar Bozuklukla Yaşamayı Öğrenmek Yardımcı Rehber*. İstanbul: Bristol-Myers Squibb Company and Otsuka Pharmaceutical Europe, Ltd.

ARSLANTEKİN F. (2011). Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler (Tip II Diyabetli Hasta Örneği). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı Yetişkin Eğitimi Programı, Doktora Tezi, Ankara.

AŞCI Ö. (2013). Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

ATEŞ M.A. & DURMAZ O. (2010). Şizofreni ve metabolik sendrom. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı, 3(2): 67-73).

AYDEMİR Ö, ERGÜN H, SOYGÜR H, KESEBİR S ve ark. Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: Kesitsel bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(3):205-212.

AYDEMİR Ö, ULUŞAHİN A, AKDENİZ F. İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu. 1. Baskı Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010:43-62.

AYDIN A, EKER SS, CANGÜR Ş, SARANDÖL A ve ark. The Association of the Level of Caregiver Burden with the Sociodemographic Variables and the Characteristics of the Disorder in Schizophrenic Patients. *Archives of Neuropsychiatry* 2009; 46 Supplement: 10-4.

BABACAN GÜMÜŞ A. Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2006;1:2334.

BAG B. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4: 465-485.

ÇİFTÇİ B, YILDIRIM N, ŞAHİN ALTUN Ö, AVŞAR G What Level of Self-Care Agency in Mental health patient *Archives of Psychiatric Nursing* 29(2015) 372-376

BAHAR Z, BEŞER A, GÖRDES N, ERSİN F, KISSAL A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 12 (1):1-13

BAKER DW. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med*, 21(8):878-883

BAKOĞLU E, ŞEKERCİ K, YAMAN S, ÇEVİK M.(2009). Periton Diyalizli Hastalarda Öz-bakım Gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:4 Sayı: 1 1

BAKOĞLU E. , YETKİN A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 4.1: 41-9.

BALCIOĞLU İ, BAŞER SZ, Obezitenin psikiyatrik yönü. *Sempozyum Dizisi*. 2008; 341-348.

BARLAS G. *Maltepe üniversitesi hemşirelik bilim ve sanatı.Derg2010*; sempozyum özel sayı: 312-317

BEEBE LH, TIAN L, MORRIS N, GOODWIN A, ALLEN SS, KULDAU J. Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 2005; 26: 661-676.

BENJAMIN J, SADOCK VAS. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Benjamin J. Sadock VAS, editor 2007.

BERREN MR, HILL KR, MERIKLE E, GONZALEZ N, SANTIAGO J. Serious mental illness and mortality rates. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45: 604–605.

BEYNON S, SOARES-WEISER K, WOOLACOTT N, DUFFY S, GEDDES JR. Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008; 192:5-11.

BİROL L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım,2000

BLACK MJ, HAWKS JH. *Medikal-Surgical Nursing, Usa: Saunders, Elsevier Publishing, 2009.*

BLYTHE J, WHITE J. (2012). Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 193–201.

BOND G, DRAKE RE. *Community-Based Treatment of Schizophrenia and Other Severe mental Disorders. Medscape General Medicine. 2001; 3(1).*

BONFIOLI E, BERTI, GROSS C, MURARO F, BURTI L. (2012). Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry*, 12-78.

BOTTORFF JL, JOHNSON JL, RATNER PA, HAYDUK LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nurs Res* 1996; 45(1): 30-36.

BOZHÜYÜK A, ÖZCAN S, KURDAK H, AKPINAR E, SAATÇI E, BOZDEMİR N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2012, 6 (1): 13-21.

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

BRADY KT, SONE SC. The relationship between substance abuse and mood disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56:19-24.

BRAMBİLLA P, GLAHN DC, BALESTRIERI M, SOARES JC. Magnetic resonance findings in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America. 2005; 28 (2): 443-67*

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 Psychiatry* 2000; 177: 212-217.

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.

BUCKWALTER KC. *Community mental health and home care. GK McFarland, MD Thomas (eds), Psychiatric Mental Health Nursing, Philadelphia, JB Lippincott, 1991, s.893-901.*

BULDUK S, YURT S, DİNÇER Y, ARDIÇ E. Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 5(1): 28-34,Düzce, 2015*

BULDUKOĞLU K, TEL H (b). Psikotik bozuklukların neden olduğu sosyal ve ekonomik kayıplar. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi: 24-26 Haziran 1992-Sivas: (s.581-586). Sivas.

BULDUKOĞLU K. Values in Psychiatric Care. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics* 2015;1:9-15.

BULUT S. "Sağlıkta Sosyal Belirleyici: Fiziksel Aktivite", *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2013, 70(4): 205-214.

CAN S, ARSLAN E, ERSÖZ G. "Güncel Bakış Açısı ile Fiziksel Aktivite", Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi, 2014, 12 (1): 1-10.

CANAN F, ATAĞLU A. (2010). Anksiyete, Depresyon ve Problem Çözme Becerisi Algısı Üzerine Düzenli Sporun Etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 11:38-43.

CARRENO J, VYHMEİSTER G, GRAU L, IVANOVIC DA. "Health promotion programme in Adventist and non-Adventist women based on Pender's model: A pilot study", *Public Health*, 2006, 120: 346-355.

CASSILHAS RC, ATTUX C, CORDEIRO Q, GADELHA A L, TELLES BA, BRESSAN RA et al. (2015) A 20-week program of resistance or concurrent exercise improves symptoms of schizophrenia: results of a blind, randomized controlled trial. *Rev Bras Psiquiatr*, 37:271-279.

CERİT C, ÖZTEN E, YILDIZ M (2008). Şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (2): 124-132.

CHEN M. The Effectiveness Of Health Promotion Counseling To Family Caregivers. *Public Health Nurs* 16(2):125-132. 1999.

CHENGAPPA KN, LEVINE J, GERSHON S. Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. *Bipolar Disord* 2000; 2(3):191-195

CHOU KR, SHIH YW, CHANG C, CHOU YY, HU WH, CHEN JS ve diğerleri. (2012). Psychosocial Rehabilitation Activities, Empowerment, and Quality of Community-Based Life For People With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26:285-94.

COLLINS E, TRANTER S, IRVINE F. (2011). The physical health of the seriously mentally ill: an overview of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19 (7): 638-646.)

COLOM F, VIETA E, MARTINEZ-ARAN A, REINARES M, GOIKOLEA JM, BENABARRE A et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:402-407

COLOM F, VIETA E. (2006). Clinical diagnostic and therapeutic aspects of bipolar disorder. *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.

COLOM F, VIETA E. (2012). Bipolar Bozukluğun Klinik, Tanısal ve Terapötik Yönleri. *Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı*. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

COWMAN S, FARRELLY M, GILHEANY P. An examination of the role and function of psychiatric nurses in clinical practice in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 34: 745-753.

CROSSE CA meaningful day: integrating psychosocial rehabilitation into community treatment of schizophrenia. *Medical Journal of Australia* 2003; 178: S76-S78.

ÇAM O, ENGİN E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 2014: 367-447.

ÇELİK C, ÖZDEMİR B, ÇAYCI T, APARCI M, ÖZMENLER KN, ÖZGEN F, ÖZŞAHİN. "Anger level and anger expression in essential hypertension", *Gulhane Medical Journal*, 2009, 51(3): 158-161.

ÇETİNKAYA B, ALTUNDAĞ S, AZAK A. Spirütel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 8(1): 47-50.

Çok sektörlü sağlık sorumluluğunu geliştirme programı (2013 – 2023). http://cevresagligi.thsk.saglik.gov.tr/dosya/Dokumanlar/CSSSGP-TR_ozet-ISBN.pdf Erişim Tarihi: 18.01.2015

ÇÖRÇEM P, PARTLAK GÜNÜŞEN N. Şizofreni hastalarının öz-bakım gücü ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (24-26 Haziran 2010) Özet Kitabı. Samsun: 2010. s.176-7.

DANBOLT L, MOLLER P, LIEN L, HESTAD K. (2011). The personal significance of religiousness and spirituality in patients with schizophrenia. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 21, 145-158

DAVIS LW, LYSAKER PH, KRISTELLER JL, SALYERS MP, KOVACH AC, WOLLER S. Effect of mindfulness on vocational rehabilitation outcomes in stable phase schizophrenia. *Psychological Services*, 2015, 12: 303-312.

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: 52-7

DEDELİ Ö, KARADENİZ G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spirütel modelin birleştirilmesi. *Ağrı* 2009; 21(2): 45-53.

DICKEY RA, JANICK JJ. Lifestyle Modifications İn The Prevention And Treatment Of Hypertension, *Endorc Pract*; 7:392-399, 2001.

DITTMANN S, BIEDERMANN NC, GRUNZE H. The Stanley Foundation Bipolar Network: results of the naturalistic follow-up study after 2,5 years of follow-up in the German centres. *Neuropsychobiology* 2002; 46(1):2-9

DODD KJ, DUFFY S, STEWART JA, IMPEY J, TAYLOR N (2011) A small group aerobic exercise programme that reduces body weight is feasible in adults with severe chronic schizophrenia: a pilot study. *Disabil Rehabil*, 33:1222-1229.

DOĞAN O, DOĞAN S, TEL H ve ark. (2002) şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(2): 69-74.

DOĞAN O, DOĞAN S, TEL H ve ark. (2002) Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 133-139.

DOĞAN S, SABANCIOĞULLARI S. Koruyucu psikiyatri ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi Özel Sayı*, 2011, 4: 94-100.

DURMAZ H, OKANLI A. Investigation of the effect of self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Archives of psychiatric nursing*. 2014; 28 (4): 290-4.

DÜLGERLER Ş (2014). "Şizofrenik Bozukluklar". Çam, O. ve Engin, E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: Bakım Sanatı S:413-445. istanbul TIP Kitabevi.

- DÜZÖZGT, ÇATALKAYA D, UYSAL DD. (2009). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26(4), 210-213
- EATON WW ve ark. In: M.T. TSAUNG MT, P.B. Jones, editor. Textbook of Psychiatric Epidemiology: Wiley-Blackwell; 2011. p. 263-87
- EBMEIER KP, DONAGHEY C, STEELE JD. Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*. 2006; 367 (9505): 153-67.
- EDENFIELD TM (2007) Exercise and mood: exploring the role of exercise in regulating stress reactivity in bipolar disorder (Doctoral dissertation). Maine, University of Maine.
- EDWARD K. RASMUSSEN B, MUNRO L. (2010). Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24 (1): 46–53.)
- ELIZABETH K, TANER W. Assesment Of A Health-PromotÇve Lifestyle. *Nursing Clinics Of North Amerika*, 26(4), 845-854, 1991.
- ELMSLLIE JL, MANN JI, SILVERSTONE JT et al. Determinants of overweight and obesity in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62: 486–491
- EMİROĞLU B, KARADAYI G, AYDEMİR Ö, ÜÇOK A. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği: Güvenirlik ve Geçerlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46 Özel Sayı 15-24.
- ERDEMİR F. (2005) Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi
- ERGİNER KD (2016) Kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık durumu ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi
- ERTOP NG, YILMAZ A, ERDEM Y. “Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimleri”, *KÜ Tıp Fak Dergisi*, 2012, 14 (2): 1-7.
- ESCALADA HERNANDEZ P, MUNOZ-HERMOSO P, GONZALEZ FRAILE, E, SANTOS B, GONZALEZ VARGAS JA, FERIA RAPOSO I ve diğerleri. (2015). A Retrospective Study of Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions for Patients With Mental Disorders. *Applied Nursing Research*.28(2):92-8.
- ESMEK M. Psikiyatri servisinde yatan şizofren hastaların sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi] Konya: Selçuk Üniversitesini Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
- FAGIOLINI A, FRANK E, HOUCK PR. Prevalence of obesity and weight change during treatment in patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:528-533
- FAGIOLINI A, KUPFER DJ, HOUCK P. Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder. *Am J of Psychiatry* 2003; 160:112-7
- FARNAM CR, ZIPPLE AM, TYRRELL W, CHITTIINANDA P. Health status and risk factors of people with severe and persistent mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing* 1999; 37: 16–21.
- FAULKNER G, BIDDLE S. , Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: a review of literature. *Journal of Mental Health* 1999; 8: 441–457.

FİDANER H, ELBİ H, FİDANER C ve ark: Yaşam kalitesinin ölçülmesi, *WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF, 3P Dergisi* 7(Ek 2):3-66,1999.

FILIK R, SIPOS A, KEHOE PG, BURNS T, COOPER SJ, STEVENS H, LAUGHARNE R, YOUNG G, PERRINGTON S, McKENDRICK J, STEPHENSON D, HARRISON G (2006) The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113, 298–305.)

FLEISCHHACKER WW, RABINOWITZ J, KEMMLER G et al. Perceived Functioning, Well-Being and Psychiatric Symptoms in Patients With Stable Schizophrenia Treated With Long-Acting Risperidone for 1 Year. *Br. J. Psychiatry* 2005; 187:131-6.

FLEMING P, MARSHALL G. Lifestyle interventions in primary care. Systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 8; Volume:54:1706-1713. 2008

FORTINASH KM, HOLODAY WORRET PA. *Psychiatric Mental Health Nursing*. 4th ed. Missouri: Elsevier; 2008.

GAITE L, VAZQUEZ BARQUARE JL, BORA C ve ark. (2002) Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psych Scand*, 105(4):283-292.

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.

GEORGE JB. *Nursing Theories*. 6th ed. New Jersey: Pearson; 2010.

GERSON LD, ROSE LE. Needs of Persons with Serious Mental illness Following Discharge from inpatient Treatment: Patient and Family Wiews. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2010; 26(4): 261-271

GERSON LD, ROSE LE. Needs of persons with serious mental illness following discharge from inpatient treatment: patient and family views. *Arch Psychiatr Nurs* 2012;26:261–71.

GOCHMAN DS. *Neath Behavior Emerging Research Perspectives*. New York: Plenum Pres.1988.

GOLDBERG JF, HARROW M, GROSSMAN LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995; 52:379-384

GOODWIN F, JAMISON KR: *Manic-Depressive Illness*. New York, Oxford Univ Press; 1990.

SARISOY G, BÖKE Ö, ÖZTÜRK A, AKKAYA D, PAZVANTOĞLU O, ŞAHİN A R; Şizofreni Hastalarında Metabolik Sendrom Sıklığının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi Düşünen Adam *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2013;26:267-275

GRAY R, HARDY S, ANDERSON K.H. (2009). Psysical health and severe mental illness: if we don't do something about it, who will? *International Journal of Mental Health Nursing*, 18 (5): 299-300.

GÜLEÇ C, KÖROĞLU E, ŞENOL S. *Psikiyatri Temel Kitabı: Hekimler Yayın Birliği*; 2007.

GÜLSEREN L, COŞKUN S, GÜLSEREN Ş ve ark. (1999 a) Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *3 P Dergisi*, 7:23-32.

GÜLSEREN L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13(2): 143–151

HANZAWA SN, NOSAKI A, YATABE K, NAGAI Y, TANAKA G, NAKANE H. ve diğeri. (2012). Study of Understanding the Internalized Stigma of Schizophrenia in Psychiatric Nurses in Japan. *pcn_2307 Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66: 113–120.

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, 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.

HAPPELL B, PLATANIA-PHUNG C, SCOTT D. (2011). Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (5): 310-318).

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. (2012). Mental and physical health comorbidity: Political imperatives and practice implications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 289-298.)

HARROW M, GOLDBER JF, GROSSMAN LS. Outcome in manic disorders: a naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:665-671

HEKİM M. (2015). Tip II Diyabet, Hipertansiyon ve Obezitenin Önlenmesinde Fiziksel Aktivitenin Önemi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(8):1081-1086.

HO RT, FONG TC, WAN AH, AU-YEUNG FS, WONG CP, NG WY et al. (2016) A randomized controlled trial on the psychophysiological effects of physical exercise and Tai-chi in patients with chronic schizophrenia. *Schizophr Res*, 171:42-49.

HOGARTY GE, FLESHER S, ULRICH R (2004) Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia Effects of a 2-Year Randomized Trial on Cognition and Behavior *Arch Gen Psychiatry*, 61:866-876.

HOLMBERG SK, KANE C. Health and self-care practices of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2014, 50: 827-829.

HOLMBERG SK, KANE C. (1999). Health and Self Care Practices of Person with Schizophrenia. *Psychiatric Services* 827-829. <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3516/827.pdf>
Erişim Tarihi: 17.01.2014

HOVARDAOĞLU S. Kişiler arası ilişkiler ve davranış bozuklukları. *Kriz Dergisi* Cilt:3 Sayı:1-2:7-12. 1995.

HSIAO CY, Lu HL, TSAI YF. (2015). Factors Influencing Mental Health Nurses' Attitudes Towards People With Mental Illness. *International Journal of Mental Health Nursing*. 24(3):272-80.

<http://docplayer.biz.tr/658434-Ulusal-kalp-sagligi-politikasi-ana-ilkeleri.html> (erişim tarihi: 15.03.2017).

HUGUELET P, MOHR S, BORRAS L, GILLIERON C, BRANDT P. (2006). Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric services* 57,366-372.

IRMITER C, McCARTHY JF, BARRY KL, SOLIMAN S et al. Reinstitutionalization following psychiatric discharge among VA patients with serious mental illness: a national longitudinal study. *Psychiatr Q* 2007;78:279–86.

IŞIK E. İki uçlu bozuklukta psikofarmakolojik tedavinin gerekçeleri, genel tedavi ilkeleri ve uygulama biçimleri. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(5):S23-S5.

İLHAN N, BATMAZ M, AKHAN LU. “Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(3): 34-44.

JESTEJ DV, GLADSSJO A, LINDAMER LA, LACRO JP. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22: 413–430.

JOHNSON SL, MEYER B, WINETT C. Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *J Affect Disord* 2000; 58:79-86

Johnson, B.S. (1997). *Psychiatric Mental Health Nursing Adaptation and Growth*. (4nd ed). Newyork: Lippincott,553-563.

KAPLAN HI, SADOCK BJ. (2009). *Klinik Psikiyatri El Kitabı*. Dördüncü Baskı. Öncü Basımevi. Ankara.

KAPLAN HI, SADOCK BJ (2004). *Klinik Psikiyatri*. (Çev. Ed. E. Abay). İstanbul: Nobel Tıp kitap Evi.

KARAAHMETOĞLU GU, SOĞUKSU S, SOFTA HK. “Hemşirelik 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2014, 2(2): 26-42.

KARANCI N (1995) Caregivers of Turkish schizophrenic patients: casual attributions, burdens and attitudes to help from the health professionals. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 30:261-268.

KAYA MC, VIRIT O, ALTINDAĞ A, SELEK S, BÜLBÜL F, BULUT M. (2009). Şizofrenide metabolik sendrom sıklığı, metabolik sendromun özellikleri ve kullanılan antipsikotiklerle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 (1): 13-18

KELTNER LN. *Introduction to Psychiatric Nursing*. LN Keltner, LH Schwecke, CE Bostrom (eds), Philadelphia, Mosby-Year Book, 1995, s.3-15.

KENNEDY N, BOYDELL J, KALIDINDI S, FEARON P, JONES PB, VAN Os J, et al. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35year period in Camberwell, England. *American Journal of Psychiatry*. 2005. 162(2):257-62

KESSLER RC, RUBINOW DR, HOLMES C. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med* 1997; 27:1079-1089

KIMTER N (2011) Üniversiteli Gençlerde Dindarlık İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 2(2):39-60

KILLIAN R, BECKER T, KRUGER K, SCHMID S, FRASCH K. (2006). Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 114 (4): 242-248.)

KNEISL CR, WILSON HS, TRIGOBOFF E. (2004). *Contemporary psychiatric mental health nursing*. New Jersey: Pearson Education Inc.

KOÇ (2009). Dindarlık İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki: Yetişkinler Üzerine Ampirik Bir Araştırma. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* Cilt: 18, sayı: 1 S. 473-493

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

KORANYI EK. Morbidity and rate of undiagnosed physical illness in a psychiatric clinic population. *Archives of General Psychiatry* 1979; 36: 414–419.

KOSTAK MA. “Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2: 105-115.

KÖROĞLU E. PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri: Hekimler yayın birliği; 2004

KÖROĞLU E. (2009). Bipolar bozukluklar. Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları. Ankara: HYB Basım Yayın, 101-137.

KUMSAR AK, PAKYÜZ SÇ. Metabolik sendromlu kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015;12 (1): 1924.

KUŞDEMİR CD. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi (Tez). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2015.

KÜÇÜKBERBER N, ÖZDİLLİ K, YORULMAZ H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2011; 11: 619-626.

LAM D, WONG G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol Med* 1997; 27;1091-100.

LOCH AA. Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychol Res Behav Manag* 2014;7:137–45.

LOH SY, ABDULLAH A, BAKAR AKA, JAAFAR NRN (2015). Structured walking and chronic institutionalized schizophrenia inmates: a pilot RCT study on quality of life. *Glob J Health Sci*, 8:238-248.

LORIG K, RITTER P, STEWART A, SOBEL D, BROWN B, BANDURA A. Et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care*. 2001;39(11):1217-23.9

ÖZTÜRK MO. AU. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara2015. P. 189-244.

MACKIN P, WATKINSON HM, YOUNG AH. (2005). Prevalence of obesity, glucose homeostasis disorders and metabolic syndrome in psychiatric patients taking typical or atypical antipsychotic drugs: a crosssectional study. *Diabetologia*, 48 (2): 215–221

MAGNUSSON A, HOGBERG T,LUTZEN K, SEVERINSSON E (2004) Swedish mental health nurses' responsibility in supervised community care of persons with long-term mental illness. *Nursing and Health Sciences* 6, 19-27.

MALHOTRA S, McELROY SL. Medical management of obesity associated with mental disorders. *J Clin Psychiatry*. 2002; 4: 24-32.

MAMMEN G, FAULKNER G (2013) Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med*, 45:649-657)

MARKOWITZ JC, MILROD B. (2007). Duygudurum bozuklukları: intrapsişik ve kişilerarası yönü. İçinde Sadock, B.J., Sadock, V.A. Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. (8nd ed.). Çev. H. Aydın, A. Bozkurt (Eds.). Ankara: Güneş Kitabevi, 1603-1610.

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 literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 2012; 21 (3): 274-288.

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.

MCDUGALL S. The effect of nutritional education on the shopping and eating habits of a small group of chronic schizophrenic patients living in the community. *British Journal of Occupational Therapy* 1992; 55: 62-68.

MCELROY SL, FRYE MA, SUPPES T. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:207-213

MCFARLAND GK, THOMAS MD (1990). Clients with major psychiatric disorders and the nursing process. *Psychiatric mental health nursing application of the nursing process*, J.B. Lippincot Company, page: 548-551.

MCGRATH J, SAHA S, CHANT D, WELHAM J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*. 2008;30:67-76.

MEDALIA A, HANNI D, GANS SW (2000) Treating problem-solving deficits on an acute care psychiatric inpatient unit. *Psychiatry Research*, 97:79-88.

MICHALAK EE, MURRAY G, YOUNG AH, LAM RW. Burden of bipolar depression: Impact of disorder and medications on quality of life. *CNS Drugs* 2008;22:389-406.

MICHALAK EE, YATHAM LN, LAM RW. Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health Qual Life* 2005;3:72.

MINKLER M. Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior* Vol. 26 (1):121-140, 1999.

MITCHELL AJ, VANCAMPFORT D, SWEER K, VAN WINKEL R, YU W, DE HERT M. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders- a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2013; 39:306-318.

MOHR S, BRANDT PY, BORRAS L, GILLIERON C, HUGUELET P. (2006). Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 163,1952-1959.

MOKDAD AH, MARKS JS, STROUP DF. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA* 2004; 291:1238-1245

MOLLER MD, MURPHY MF. (2001). Neurobiological responses and schizophrenia and psychotic disorders.

MUESER KT, BELLACK AS, WADE JH, SAYERS S, ROSENTHAL CK. An Assessment of the Educational Needs of Chronic Psychiatric Patients and their Relatives. *British Journal of Psychiatry*. 1992; 160: 674-680.

MUIR-COCHRANE E. (2006). Medical comorbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (4): 447-452.

MURALIDHARAN K, ALİ M, SILVEIRAS LE, BOND DJ, FOUNTOULAKIS KN, LAM RW, et al. Efficacy of second generation antipsychotics in treating acute mixed episodes in bipolar disorder: a meta-analysis of placebo-controlled trials. *Journal of affective disorders*. 2013;150(2):408-14.

NACAR M, BAYKAN Z, ÇETİNKAYA F, ARSLANTAŞ 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.

NAHCİVAN NO. Turkish language equivalent of the exercise of self care agency scale. *Western Journal of Nursing and Health*, 2004, 47(3): 311-320.

NAHCİVAN NO. (2004). A Turkish Language Equivalence of the Exercise of Self-Care Agency Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824

NART A. (2013). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Mobilize Olan Hastalarda Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

VERHAEGHE N, MAESENEER JD, MAES L, HEERINGEN CV, ANNEMANS L. Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1569–1578

NORBECK JS, CHAFTEZ L, SKODOL-WILSON H, WEISS SJ. Social support needs of family caregivers of psychiatric patients from three age groups. *Nurs Res*. 1991;40:208-13.

NORMAN RMG, MALLA AK, McLEAN T ve ark. (2000) The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 102:303-309.)

OCAKÇI A. Sağlıkın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. Erişim: (<http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>) Erişim tarihi: 01.11.2009.

OFLAZ F. Psikiyatrik hastaların eşlerinin psikososyal güçlükleri ve stresle baş etme yollarının incelenmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi] Ankara: GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1995.

OHLSEN RI, PEACOCK G, SMITH S. (2005). Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12 (5): 614-619).

OREM D.(1996). *Nursing Concept of Practice*,5. Edition, Mosby Year Book.

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.

OWENS L (2006) The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors i n Older Adults. A dissertation presented for the doctor of philosophy decree The University of Memphi

- ÖLÇER Z, OSKAY U. (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2(2):85-92.
- ÖYEKÇİN DG. (2009). Bir grup şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastasında metabolik sendrom sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (1): 26-33.)
- ÖZ F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2.Baskı, Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti. Ankara
- ÖZALTIN G. Psikiyatri hemşireliğinde hasta ve hasta aileleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1999; 3(1):1-7.
- ÖZCAN ME, GÜRGEN F, TÜRKEŞ C. Şizofrenili Hastalarda Başa Çıkma Davranışları. *Düşünen Adam Dergisi* 1999;12:35–40.
- ÖZCAN NK, BİLGİN H. Psikiyatrik Evde Bakım. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul: 1998. s. 207-12.
- ÖZCÜLER T (2004) şizofrenik bozukluğu olan hastalarda Özkıyım girişimi ve düşüncelerinin değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı. Uzmanlık tezi.
- ÖZER M. (2001). Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ÖZLÜ A, YILDIZ M, AKER T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:3842.
- ÖZMEN M, ÖNEN B. (2005). Stresle Başa Çıkma Yolları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, 47:171-18
- ÖZTÜRK MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2011; 242-428.
- ÖZTÜRK O, Uluşahin A. “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I”. Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara, 2008; 306-8.
- ÖZTÜRK O. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 4.Baskı: Feryal Matbaası, Ankara, 2004:217-281.
- PADMAVATI R, McCREADIE RG, TIRUPATI S. Low prevalence of obesity and metabolic syndrome in never-treated chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 2010; 121:199-202.
- PAFFENBARGES RS, HYDE RT, WING AL. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni *N Engl J Med* 1986; 314:605-613
- PAGE C, RICARD N. (1995). A comparative study on the self-care needs as perceived by women treated for depression *Canadian Journal of Nursing Research*, 27, 87–109.
- PALLAVA A, CHADDA RK, SOOD M, LAKSHMY R. Metabolic syndrome in schizophrenia: a comparative study of antipsychotic-free/ naïve and antipsychotic-treated patients from India. *Nord J Psychiatry* 2012; 66:215-221.
- PARSONS B, ALLISON DB, LOEBEL A, WILLIAMS K, GILLER E, ROMANO S, SIU C (2009) Weight effects associated with antipsychotics: a comprehensive database analysis. *Schizophrenia Research* 110, 103–110.

PATEL JK, BUCKLEY PF, WOOLSON S, HAMER RM, McEVOY JP, PERKINS DO, LIEBERMAN JA; CAFE Investigators. Metabolic profiles of second-generation antipsychotics in early psychosis: findings from the CAFE study. *Schizophr Res* 2009; 111:9-16.

PELHAM TW, CAMPAGNA PD, RITVO PG, BIRNIE WA. The effects of exercise therapy on clients in a psychiatric rehabilitation program. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16: 75–84.

PENDER N, BARKAUSKAS V. Health Promotion and Disease prevention Toward Exelence in Nursing Practice and Edu cation. *Nursing Outlook*; 40(3),278-290, 1992

PENDER NJ, MURDAUGH CL, PARSON MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6th Edition, Pearson, Boston, 2011.

PENDER NJ. Health promotion in nursing practice. Second Edition, USA, 1987.

PEPLAU H.E.(1991). Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. Springer Publishing Company.

POLAT Ü, KAHRAMAN B,B (2013) Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Firat Tıp Derg/Firat Med J* 2013; 18(4): 213-218

REA MM, TOMPSON M, MIKLOWITZ DJ, GOLDSTEIN MJ, HWANG S, MINTZ J. Family focused treatment vs individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2003;71, 482–492.

RENN JH, YANG NP, CHUEH CM, LIN CY, LAN TH, CHOU P. Bone mass in schizophrenia and normal populations across different decades of life. *BMC Musculoskelet Disord* 2009; 10:1.

RICHARDSON CR, FAULKNER G, McDEVITT J, SKRINAR GS, HUTCHINSON DS, PIETTE JD (2005) Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 56, 324–33

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

ROGERS A, PILGRIM D (2014) A Sociology of Mental Health and Illness, 5th edition. Berkshire, Open University Press.

RYAN MCM, THAKORE JH. Physical consequences of schizophrenia and its treatment: the metabolic syndrome. *Life Sciences* 2002; 71: 239–257.

SADOCK BJ, SADOCK VA. “Kaplan&Sadock’s Compherensive Textbook of Psychiatri”. (çev ed.) AYDIN H, BOZKURT A. Cilt 3. 8. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2005; 2188-9.

SAGBAŞ Ö. (2009). Ruhsal Bozukluklarda stresle baş etme ve yaşam kalitesi, Yüksek Lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

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.

SAUNDERS JC. (2003) Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs*, 24, 175-98.

SCHENK PA, LIPPINCOTT RC, BENNETT C, STEIGMAN PJ. Improving knowledge about mental illness through family-led education: the journey of hope. *Psychiatr Serv* 2008; 59:49-56

SCHLOSSBERG KMD, MASSLER AMD, ZALSMAN G. (2010). Environmental Risk Factors for Psychopathology, *Isr Journal. Psychiatry Relat Sci*. Vol. 47 - No 2. 139-43

SCHMIDT H. Personal responsibility for health developments under the german healthcare reform 2007. *European Journal of Health Law*. 2007;14(3):241-250.

SCHORR SG, SLOOFF CJ, BRUGGEMAN R, TAXIS K.: Prevalence of metabolic syndrome in patients with psychotic disorders in the Netherlands. *J Clin Psychopharmacol*. 2009 Aug;29(4):399-402.

SEZER A. (2012). Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

SHIVES REBRACA L. (2008). Basic concepts of psychiatric-mental health nursing (7. Bs.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

SIERRA P, LIVIANOS L, ROJO L. Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord* 2005;7:159-65.

SIMONELLI-MUNOZ A.J, FORTEA M.I, SALORIO P, GALLEGOGOMEZ J.I, SANCHEZ-BAUTISTA S, BALANZA S. (2012). Dietary habits of patients with schizophrenia: A self-reported questionnaire survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21 (3): 220– 228.)

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.

SMITH S, YEOMANS D, BUSHE CJP, ERIKSSON C et al. A well-being programme in severe mental illness. Baseline findings in a UK cohort. *International Journal of Clinical Practice* 2007; 61 (12): 1971-1978.

SÖKMEZ T. (1996). Psikiyatri Hemşireliği İçin Pratik Notlar.

SÖNMEZ EU. Şizofreni Hastalarında Dönerkapı Fenomeni Değişkenlerinin İncelenmesi. [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.

SPRADLEY B.W. Community Health Nursing: Concepts And Practice. England: Division Of Scott Prosmann And Company, 1990.

STEFFENS S, KÖSTERS M, BECKER T, PUSCHNER B. Review: Discharge Planning in Mental Health Care: A Systematic Review of Their Literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009; 120: 1–9.

STEINBROOK R. Healthcare reform in Massachusetts a work in progress. *N Engl J Med*. 2006;18;354(20):2095-8.

STRAKER D, CORREL CU, KRAMER-GINSBERG E, ABDULHAMİD N. Cost-effective screening for the metabolic syndrome in patientstreated with second-generation antipsychotic medications. American Journal of Psychiatry 2005; 162 (6): 1217-1

STUART GW. Principles and practice of psychiatric nursing. Elsevier Health Sciences, 2014(s402-437) USA: Mosby Inc

SWARTZ HA, FRANK E, KUPFFER DJ. (2007). Bipolar bozuklukta psikoterapi. İçinde Stein, D.J, Kupfer, D.J, Schatzberg, A.F. Duygudurum Bozuklukları. Çev. E.T. Oral (Eds). İstanbul: Sigma Publishing, 405-421.

ŞAHİN E, İLNEM C, YILDIRIM EA, GÜVENÇ C ve ark. İki uçlu mizaç bozukluğu olgularında aile yüklenmesi üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2002;15:196-204.

ŞENOL S. (2005). Erken Başlangıçlı Şizofreni. CANDANSAYAR S. (Ed.). Neden Nasıl Şizofreni. (Sy: 35-62) Ankara: Şen Matbaa.

ŞİMŞEK Ö, ÖZTOPRAK D, İKİZOĞLU E, SAFALI F, YAVUZ Ö, ONUR Ö, TEKEL Ş, ÇİFTÇİ Ş. “Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, 26(3): 151-157.

ŞİMŞEK Z (2013). Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3):343-358.

ŞİMŞEKOĞLU N, MAYDA AS. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 6 (1):19-29.

GÜNEŞ D. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sosyal işlevselliğin Objektif ve Subjektif Değerlendirmesi. Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul 2010

T.C. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı: 6114, 17.02.2011.

TANDON R, KESHAUAN MS, NASRALLAH HA. (2008). Schizophrenia, “Just the Facts” What We Know in 2008. 2. Epidemiology and Etiology. Schizophrenia Research,102; 1-18.

TANRIVERDİ D, EKİNCİ M. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. International journal of nursing practice. 2012; 18 (3): 281-8.

TAŞ S, BULDUKOĞLU K. Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz bakım gücü ve bakım gereksinimleri. *Psikiyatri hemşireliği dergisi J Psychiatric Nurs* 2018;9(1):11-22

TAYLOR V, MACQUEEN G, Associations between bipolar disorder and metabolic syndrome: A review. J Clin Psychiatry 2006; 67:1034-1041

TAYLOR S, RENPENNING K. (2011). Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice. New York: Springer Publishing Company

TEKİR Ö. Hipertansiyon Hastalarına Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi.(Danışman: Prof.Dr. Nimet Ovayolu),Gaziantep, 2005.

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

TOWNSEND M.C. (2002). Essentials of psychiatric mental health nursing (2.Bs.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

TOWNSEND MC. Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidencebased practice: FA Davis; 2014.

TSUANG MT, WOOLSON RF. Excess mortality in schizophrenia and affective disorders: do suicides and accidental deaths solely account for this excess Arch Gen Psychiatry 1978; 35:1181-1185

TUĞUT N, BEKAR M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (3):17-26.

Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi.(http://beslenme.gov.tr/content/files/fa/yetiskinlerde_fizikselaktivite.pdf). 03.05.2017

TÜRKOL E. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Ruhsal Sağlık Durumu. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Malatya

UĞUR M. (2008). Atipik antipsikotik ilaçlar ve psikozlu hastalarda ortaya çıkan metabolik sendrom. Sempozyum Dizisi, 66: 51-59

UĞUR M (2008). Duygudurum Bozuklukları. İçinde M. Uğur, İ. Balcıoğlu, N. Kocabaşoğlu (Eds.). Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İstanbul: Cemre Ofset, 59-84.

UĞURLU N (2011). Şizofreni Tanısı Konan Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Uye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

UĞURLU N, BOLAT M, ERDEM S. (2010) Yaşlılarda Öz-bakım Gücünü Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. I (2):56-62

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

ÜNALAN D, ÖZTOP DB, ELMALI 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.

ÜNSAR S, DİNDAR İ, ZAFER R, KUMAŞOĞLU Ç. (2006). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen etmenler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1:71-80

VAN WINKEL R, STEFANIS NC, MYIN-GERMEYS I. Psychosocial Stress and Psychosis. A Review of the Neurobiological Mechanisms and the Evidence for Gene-Stress Interaction. *Schizophrenia Bulletin* 2008 Nov;34(6):1095-105.

VANCAMPFORT D1, KNAPEN J, PROBST M, SCHEEWE T, REMANS S, DE HERT M. A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2012 May;125(5):352-62.

VANCAMPFORT D1, KNAPEN J, PROBST M, VAN WINKEL R, DECKX S, MAURISSEN K, PEUSKENS J, DE HERT M. Considering a frame of reference for physical activity research related to the cardiometabolic risk profile in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2010 May 30;177(3):271-9.

VANCAMPFORT D1, SWEER K, PROBST M, MAURISSEN K, KNAPEN J, MINGUET P, DE HERT M. Association of the metabolic syndrome with physical activity performance in patients with schizophrenia. *Diabetes Metab.* 2011 Sep;37(4):318-23.

VARCAROLIS E.M, HALTER M.J.(2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Missouri

VELLIGAN DI, BOW-THOMAS C, MAHURIN RK et al. Do Specific Neurocognitive Deficits Predict Specific Domains of Community Function in Schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2000;188: 518-24.

VELLIGAN D.L, KERN R.S, GOLD J.M. (2006). Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 474-485. doi:10.1093/schbul/sbj071).

VIDEBECK S. L. (2011). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Wolters Kluwer Health- Lippincott Williams& Wilkins.

WALKER SN, HILL-POLERECKY DM. Psychometric evaluation of HPLP II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.

WALLACE B, TENNANT C. Nutrition and obesity in the chronic mentally ill. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32: 82–85.

WEISER P, BECKER T, LOSERT C, ALPTEKİN K, BERTI L, BURTI L. ve ark. (2009). European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods. *BMC Public Health*, 9:315.)

WEISSMAN MM, BLAND RC, CANINO GJ, FARAVELLI C, GREENWALD S, HWU H-G, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*. 1996; 276 (4): 293-9.

WHITEFORD HA, DEGENHARDT L, REHM J, BAXTER AJ, FERRARI AJ, ERSKINE HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.

WILKINSON S.A, MILLER Y. D. (2007). Improving health behaviours during pregnancy: A new direction for the pregnancy handheld record. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(6):464–467.

WING RR. “Changing diet and exercise behaviors in individuals at risk for weight gain”, *Obesity Research*, 1995, 3(2): 277-282.

WORLEY NK. *Community psychiatric nursing care*. G Stuart, MT Laraia (eds), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, South Carolina, 1998, s.716-733.

YANIK M. Bakırköy Kronik Ruhsal Hasta Rehabilitasyon Formu ‘nun Yapılandırılması= Structuring of the Bakırköy Rehabilitation Form for Patient with Chronic Mental Illness. 2010.

YAZICI O. (2007). Bipolar-1- ve bipolar-2- bozuklukları. İçinde E. Koroğlu, C. Güleç (Eds.). *Psikiyatri Temel Kitabı*. (2nd ed.). Ankara: HYB Basım Yayın, 265-279.

YEH L-L, HWU H-G, CHEN C-H, CHEN C-H, et al. Factors related to perceived needs of primary caregivers of patients with schizophrenia. *Elsevier & Formosan Medical Association. J Formos Med Assoc*, 2008; 107 (8): 644-652.

YILDIRIM N. (2005) Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi

YILDIZ M. Psikiyatrik Tedavide Ruhsal ve Toplumsal Yaklaşım Gereksinimleri. E. Işık, E. Taner, U. Işık (Eds.). Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara: Golden Print Matbaası.2008: 743-750.

YILDIZ M. (2005). Şizofreni; Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. Okuyan Us Yayınları, İstanbul.

YILMAZ S. Şizofreni Tanılı Hasta ve Ailelerin Eğitim Gereksinimleri (Doktora Tezi) İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, 2011.

YILMAZEL G, ÇETİNKAYA F, NAÇAR M. “Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirme Davranışları”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013, 12(3): 261270.

YÜLSEL N. Psikofarmakoloji: Çizgi Tıp; 2003.

YÜKSEL N. (2006). Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı. MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı. Ankara.

ZAYBAK A, FADİLOĞLU Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004; 20 (1):77-95.



8. EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Kronik psikiyatri hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücü arasındaki ilişki

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu 'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Kronik psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık problemlerinin nedenleri arasında sağlıklı yaşam biçimi önemli bir faktördür. Sağlıklı yaşam tarzı seçimlerine katılmak için motivasyona yönelmek anahtar olabilir. Motivasyon, öz bakım gücünün temel yeteneklerinden ve güç bileşenlerinden biridir. TRSM işleyişinin etkinliğini değerlendirmek ya da hizmet planlayabilmek için hastaların mevcut biyopsikososyal durumlarının bilinmesine gereksinim vardır.

Bu gereksinim dikkate alınarak kronik psikiyatri hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken üç adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Diğer iki form ise standardize ölçeklerdir. Bu ölçekler sizin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarınızı ve öz bakım gücünüzü sorgulamaktadır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Araştırmacı Esra GERÇİK

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		



EK II: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu araştırma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öz bakım gücü ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Esra Gerçik

1. Cinsiyetiniz nedir?

Kadın Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

3. Medeni durumunuz nedir?

Evli Bekâr Diğer (boşanmış, dul)

4. Eğitim durumunuz nedir?

Okur-yazar Değil İlköğretim Lise Üniversite

5. Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyor Çalışmıyor

6. Gelir düzeyiniz nedir?

İyi Orta Kötü

7. Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnız Kendi aile ile Eş ve çocuklar ile Diğerleri...

8. Ne kadar zamandır hastalığınız mevcut? “.....yıl.....ay”

9. Hastaneye yatış sayınız nedir?

10. Toplum ruh sağlığı merkezine devam etme süreniz nedir?

11. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

Evet Hayır İlaç kullanmıyorum

12. Sağlık kontrollerinize ne sıklıkla gidersiniz?

düzenli düzensiz

13. Sigara kullanır mısınız?

Evet Hayır

14. Alkol/Madde kullanır mısınız?

Hayır alkol madde alkol ve madde

15. Sıkıntılı/zor durumlarda sizi destekleyen birileri var mı? Evet Hayır

EK III: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette Őu anki yaŐam tarzınız ve aŐıŐkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütŕfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her aŐıŐkanlıĐınızın sıklığını uygun seĀeneĐi daire iĀine alarak belirtiniz. HiĀ bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, dűzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		HiĀbir Zaman	Bazen	Sık sık	Dűzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endiŐelerimi ve sorunlarımı tartıŐıřım				
2	Sıvı ve katı yaĐı, kolesterolű dűŐuk bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık değerlisine, vűcudumdaki olaĐandıŐı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Dűzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yűnde deĐiŐtiĐimi ve geliŐtiĐimi hissederim				
7	İnsanları baŐarıları iĀin takdir ederim				
8	Őekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az ű kez 20 dakika ve/veya daha uzun sűreli egzersiz yaparım (hızlı yűrűyűŐ, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gűn rahatlamak iĀin zaman ayırırım				
12	YaŐamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu iliŐkiler sűrdűrűrűm				

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 işler 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 IV: ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Bazı ifadeleri yanıtlamak zor gelirse, karar verebilmek için en yakın gelen şikkı işaretleyiniz. Duygularınızı en güzel ifade eden açıklamaların karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim Yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.					
2. Kendimi beğeniyorum.					
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye sahip değilim.					
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapma gerektiğini biliyorum.					
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım					
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7. Kendime bakamadığım zaman yardım ararım.					
8. Yeni projeler başlatmaktan hoşlanırım.					

9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12. Dengeli beslenirim.					
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.					
15. Sağlığımın çok iyi düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17. Kararlarımı sonuna kadar uygularım.					
18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19. Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.					
20. Kendimle dostum.					
21. Kendime iyi bakarım.					
22. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfî bir durumdur.					
23. Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25. Yaşam bir zevktir.					

26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28. Yıllar geçtikçe daha sağlıklı olmak için gerekli şeylerin farkına vardım.					
29. Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30. Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyarım.					
31. Bazen hastalandığımda rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.					
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 / 258

17/10/2017

Prof.Dr.Besti ÜSTÜN
(Esra GERÇİK)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 17/10/2017 tarihinde 10 No.lu toplantısında “**Kronik Psikiyatri Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

- Adı Soyadı** : Esra GERÇİK
- Doğum Yeri ve Tarihi** : 21.01.1989 Seydişehir
- Yabancı Dili** : İngilizce
- İletişim** : esra_gercik89@hotmail.com
- Eğitim Durumu**
- Lise** : Mahmut Esat Anadolu Lisesi Seydişehir 2007
- Lisans** : Celal Bayar Üniversitesi SYO Manisa 2007-2011
- Yüksek Lisans** : Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği
- Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl** : Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi
2011/09-2011/10
- Sultanbeyli Devlet Hastanesi 2013