



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



ŞİZOFRENİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE UYGULANAN FİZİKSEL AKTİVİTE PROGRAMININ YAŞAM KALİTESİ VE İYİLEŞME SÜRECİNE ETKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Serenay EROĞLU METİNER

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim

Dalı

İzmir
2021

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**ŞİZOFRENİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE
UYGULANAN FİZİKSEL AKTİVİTE PROGRAMININ
YAŞAM KALİTESİ VE İYİLEŞME SÜRECİNE ETKİSİ**

Serenay EROĞLU METİNER

Danışman
Doç.Dr.Şeyda Dülgerler

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim
Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı**

İzmir
2021

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

Adı Soyadı

İmza

**Başkan : Doç.Dr. Şeyda
(Danışman)**

DÜLGERLER

Üye : Doç.Dr. Özgür

ÖZKAYA

Üye : Doç.Dr. Serap

ÖZER

Üye : Doç.Dr. Sevgi

NEHİR

Üye : Dr.Öğr. Üyesi. Dr. Serap

YILDIRIM

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 26.02.2021

Önsöz

Ruh sağlığı alanında olmak önce kendimle,benliğimle çıktığım bir yolculuktu,bu yolculukta ulaşmak istediğim yer ise bu alanda var olma sebebim olan,tanı konmuş, biricik olduklarından bir haber olan hastalarımıdı.Onlara ulaşmak istiyordum,zordu biliyordum ama yine de umutluydum.Lisans dönemimde henüz bu bilim yolculuğuna çıkmamışken onlarla bir arada olmaktan,onların tedavi sürecine katkı sağlayıcı girişimler yapıyor olmaktan mutluydum.Bu çalışma ile onlara ulaşmak için bir fırsat yakalamıştım.Bu fırsatı en iyi şekilde değerlendirmek için gerekli olan tüm süreci yönetmeye hazırdım.Bu çalışmayı, çıktığım yolculuğu tamamlamak amacıyla yani biricik olan hastalarımın yaşamlarına dokunmak için tasarlamış bulunuyorum.Her insan kaliteli bir yaşamı hakeder.Umarım onlarda biricik ve eşsiz olduklarına dair farkındalık oluşturabilmişimdir. Her insan biriciktir, yakınlarımıza, çevremize bunu hissettirebilmemiz dileğiyle...

İzmir, 24.03.2021

Serenay EROĞLU METİNER

Özet

Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylere Uygulanan Fiziksel Aktivite Programının Yaşam Kalitesi ve İyileşme Sürecine Etkisi

Giriş: Şizofrenik bozukluğu olan bireylere yönelik sunulan psikososyal hizmetler arasında önemli bir yer tutan fiziksel aktivite programlarının psikiyatri hemşireleri tarafından oluşturulması, sistematik olarak uygulanması çok önemlidir. Bu programların hastalara sağlıklı yaşam davranışı kazandırma ve sürdürmede önemli bir hemşirelik girişimi olduğu düşünülmektedir.

Amaç: Bu araştırmanın amacı şizofrenik bozukluğu olan bireylere yönelik olarak uygulanan fiziksel aktivite programının yaşam kalitesi ve iyileşme süreci üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Ön test ve son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımda planlanan araştırma, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastane'sine bağlı Çukurova ve Sarıçam Toplum Ruh Sağlığı Merkezler'inde 18 Şubat 2020-20 Mart 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Çukurova Toplum Ruh Sağlığı Merkez'i (482) ve Sarıçam Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (191)'ne kayıtlı toplam 673 şizofreni tanılı birey, örneklemini ise G power analizi sonucu belirlenen girişim (29) ve kontrol (29) grubu olmak üzere araştırmaya katılmayı kabul eden 58 şizofreni tanılı birey oluşturmuştur. Veriler kişisel bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQL-BREF-TR) ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verileri SPSS 25.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı ve yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma, Independent Samples T-test, Paired Samples T test dağılımın normal olmadığı durumlarda Mann Whitney U testi ve Wilcoxon Signed Ranks Test Uygulanmıştır.

Bulgular: Girişim grubu hastaların % 34,5'i kadındır, % 10,3'ü evlidir, %44,8'i ilkokul mezunudur, %62,1'nin gelir gidere denktir, % 55,2'si de ailesi ile beraber yaşamaktadır. Girişim grubunun yaş ortalaması ise $42,41 \pm 11,14$ olup, %44,8'i düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. Daha önce fiziksel aktivite programına katılanların oranı ise % 44,8'dir. Kontrol grubu hastaların % 55,2'si kadındır, %20,7'si evlidir, %44,8'i ilkokul mezunu, %27,6'sı gelir-gidere denktir, % 44,8'i ailesi ile beraber yaşamaktadır. Kontrol grubu hastaların yaş ortalaması $41,51 \pm 11,53$ olup, % 44,8'i

düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. WHOQL ön test ölçümlerinde fiziksel sağlık durumu ($t=4,999$ $p<0,05$), psikolojik durum ($t=3,483$ $p<0,05$) ve çevre ($t: 3,942$ $p<0,05$) alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. WHOQL son test ölçümlerinde ise tüm alt boyutlarda girişim ve kontrol grubu hastaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Girişim ve kontrol grubu hastaların ön test İDÖ puan ortalamaları $78,27\pm16,92$ olurken; girişim grubunda $84,82\pm16,82$ kontrol grubunda $71,72\pm14,54$ puan olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında ön test İDÖ puanları arasında farklılık mevcuttur ($t=3,173$ $p<0,05$). Girişim grubu hastaların İDÖ ön test puan ortalaması kontrol grubu İDÖ ön test puan ortalamasına göre daha yüksektir. Girişim ve kontrol grubu hastaların İDÖ son test puan ortalamaları $82,44\pm16,46$ olur iken; girişim grubunda $91,20\pm13,66$ kontrol grubunda $73,68\pm14,65$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arası son test İDÖ puanları açısından anlamlı farklılık mevcuttur ($t=4,760$ $p<0,05$).

Girişim grubu İDÖ son test puan ortalaması kontrol grubu İDÖ son test puan ortalamasına göre daha yüksektir.

Sonuç: Şizofrenik bozukluğu olan bireylere uygulanan fiziksel aktivite programının yaşam kalitesi ve iyileşme süreci üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler; Şizofreni, hemşirelik, fiziksel aktivite, yaşam kalitesi, iyileşme

Abstract

The Effect Of The Physical Activity Program Applied To Individuals With Schizophrenia Disorder On The Quality Of Life And The Recovery Process

Introduction: Physical activity has an important place among the psychosocial services provided for individuals with schizophrenic disorders. It is very important that these programs are created by psychiatric nurses and implemented systematically. These programs are thought to be an important nursing initiative in providing and maintaining healthy living behaviors.

Objective: The aim of the study, which was planned in a semi-experimental design with pretest-posttest control group, is to examine the effect of physical activity program applied to individuals with schizophrenic disorder on quality of life and recovery process.

Methods: The study was conducted between 18 February and 20 March 2020 at Çukurova and Sarıçam Community Mental Health Centers affiliated to Adana Dr.Ekrem Tok Mental Health and Diseases Hospital. The population of the study was 673 individuals with a diagnosis of schizophrenia registered in Çukurova Community Mental Health Center (482) and Sarıçam Community Mental Health Center (191), and the sample was determined as a result of G power analysis, 29 of which were intervention and 29 control group participated in the study. It formed 58 individuals diagnosed with Schizophrenia. Data were collected using introductory information form, Quality of Life Short Form (WHOQL-BREF-TR), Recovery Assessment Scale (RAS). Research data were analyzed in SPSS 25.0 package program. In the analysis of the data, number and percentage distributions, mean and standard deviation, Independent Samples T-test, Paired Samples T test, Mann Whitney U test and Wilcoxon Signed Ranks Test were applied when the distribution was not normal.

Results: The patients of the intervention group were women 38.5%, 33.3% married, 44.8% primary school graduated, 62.1% are equal to income and outgoings, 55.2% lived with their families. The average age of the intervention group is 42.41 ± 11.14

and 44.8% of them do regular physical activity. The rate of those who participated in a physical activity program before is 44.8%. The patients of the control group, 61.5% were women, 66.7% married, 44.8% primary school graduated, 27.6% equivalent to income and outgoings, and 44.8% lived with their families. The average age of the control group patients is 41.51 ± 11.53 and 44.8% of them do regular physical activity. In the WHOQL pre-test measurements, there is a significant difference in sub-dimensions of physical health state ($t = 4.999$ $p < 0.05$), psychological state ($t = 3.483$ $p < 0.05$) and environment ($t: 3.942$ $p < 0.05$). In the WHOQL post-test measurements, there is a significant difference between patients in the intervention and control groups in all sub-dimensions.

While the mean pretest RAS scores of the intervention and control groups were 78.27 ± 16.92 ; It was determined as 84.82 ± 16.82 points in the intervention group and 71.72 ± 14.54 points in the control group. There is a difference between the groups in pretest RAS scores ($t = 3.173$ $p < 0.05$). RAS pre-test mean score of intervention group patients is higher than control group RAS pre-test mean score. While the mean RAS post-test score of the intervention and control group patients was 82.44 ± 16.46 ; It was determined as 91.20 ± 13.66 in the intervention group and 73.68 ± 14.65 in the control group. There is a significant difference between the groups in terms of post-test RAS scores ($t = 4.760$ $p < 0.05$).

Intervention group RAS post-test mean score is higher than control group RAS post-test mean score.

Conclusion: It was concluded that the physical activity program applied to individuals with schizophrenia disorder has positive effects on their quality of life and recovery process.

Keywords; Schizophrenia, nursing, physical activity, quality of life, recovery

İçindekiler

Önsöz	IV
Özet	V
Abstract	VII
İçindekiler	IX
Tablolar Dizini	XIII
Şekiller Dizini	XIV
Kısaltma Listesi.....	XV
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.3. Araştırmanın Varsayımları.....	4
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.5. Araştırmanın Amacı.....	5
GENEL BİLGİLER	6
2.1. Şizofrenik Bozukluk.....	6
2.1.1. Sıklık ve Yaygınlık	7
2.1.2. Etiyoloji.....	7
2.1.2.1. Psikososyal etmenler	7
2.1.2.2. Kalıtsal Faktörler	8
2.1.2.3. Nörobiyolojik Faktörler	9
2.1.2.4. Çevresel Faktörler	9
2.1.3. Belirtiler	10
2.1.4. Tedavi.....	10
2.1.5. Hemşirelik Bakımı	11
2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı	12
2.3. Şizofrenik Bozukluk ve Yaşam Kalitesi	12
2.4. Ruhsal Hastalıklar Açısından İyileşme Kavramı	13
2.5. Şizofrenik Bozukluk ve İyileşme Kavramı	14
2.6. Fiziksel Aktivite Kavramı	15
2.7. Fiziksel Aktivite Türleri.....	15
2.7.1. Dinamik ve Statik Germe-Esneme Hareketleri.....	15
2.7.1.1. Statik Esneme (Static Stretching):	16

2.7.1.2. Dinamik Esneme (Dynamic Stretching) :	16
2.8. Fiziksel Aktivitenin Yaşam Kalitesi ve İyileşme Sürecine Katkısı	16
GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	19
Bağımlı Değişken.....	19
Bağımsız Değişken.....	19
3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	19
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)	19
3.5.2. Dünya Sağlık örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQL-BREF-TR) (Ek-2).....	20
3.5.3. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) (Ek-3)	21
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	21
3.7. Süre ve Olanaklar	22
3.8. Etik Açıklamalar	23
3.9. Veri Toplama Araçlarının ve FAP'nın Uygulanması	24
3.9.1. Fiziksel Aktivite Programı (FAP) Uygulaması.....	26
3.10. SEANSLAR İLE İLGİLİ AÇIKLAMALAR	30
3.10.1. Isınma Oyunları (Warming-up, Energizer)	30
3.10.2. Seans Hedefleri	30
BULGULAR.....	31
4.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi	31
4.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarının İncelenmesi.....	33
4.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi	34
4.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımının İncelenmesi	36

4.5. Girişim Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test) ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi.....	37
4.6. Kontrol Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test) ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi.....	39
TARTIŞMA	41
5.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalara İlişkin Sosyodemografik Bilgilerin İncelenmesi	41
5.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarının İncelenmesi.....	43
5.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQL BREF-TR) Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	46
5.4 İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	50
5.5. Girişim Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test) ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	52
5.6. Kontrol Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test) ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	53
SONUÇ VE ÖNERİLER	54
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	55
KAYNAKLAR	56
EKLER.....	63
EK I.Etik Kurul Onay Belgesi	63
EK II. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	65
EK III.Olgu Rapor Formu	66
EK III.Olgu Rapor Formu	67
EK IV.ÖLÇEK İZİNLERİ	68
EK V. Kurum İzinleri.....	70

EK VI.TANITICI BİLGİ FORMU	71
EK VII.DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KISA FORMU WHOQOL-BREF-TR	72
EK VIII.İYİLEŞME DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	76
Teşekkür.....	82
Özgeçmiş.....	83



Tablolar Dizini

Tablo 1.WHOQL Ölçek Puanlaması.....	20
Tablo 2.Araştırmanın Veri Analizi Süreci İstatistik Yöntem Dökümü.....	22
Tablo 3. Araştırma Takvimi.....	22
Tablo 4. Karvonen Kalp Atım Hızı Formülüne Göre Girişim Grubu Nabızları.....	27
Tablo 5.FAP Seansları	29
Tablo 6. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	31
Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	33
Tablo 8: Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQL BREF-TR) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 9. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	36
Tablo 10.Girişim Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test) ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	37
Tablo 11.Kontrol Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test) ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	39

Şekiller Dizini

Şekil 1.FAP ŞEMA	25
------------------------	----



Kısaltma Listesi

İDÖ	: İyileşme Değerlendirme Ölçeği
WHOQL-BREF-TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Kısa Formu
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
DSÖ	: Dünya Sağlık örgütü
FAP	: Fiziksel Aktivite Programı
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth
MET	: Metabolik Eşdeğer
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

Şizofrenik bozukluk, genç yaşlarda kendini gösteren, bireyler arası farklı seyreden, kişinin kendi algılama ve yorumlama yeteneğine yabancılaştığı, sınırlarını kendisinin belirlediği içe kapanma dünyasında yaşadığı, duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklara neden olan, mevcut yetilerin yıkımına sebep olan, pozitif ve negatif belirtiler gösteren bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Dülgerler, 2014).

Şizofrenik bozukluk bireyler arası farklılık göstermekle beraber etiolojisinde rol oynayan faktörler bilim dünyasında henüz netlik kazanmamıştır. Günümüzde sıklıkla genetik faktörler, çevresel faktörler ve nörobiyolojik faktörler gibi farklı etkenlerin rol aldığı düşünülmektedir. Şizofrenik bozuklukta tedavi bu farklı etiolojilerden yola çıkılarak sürdürülmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin tedavisi hastane temelli hizmetler çerçevesinde semptomlar üzerinde odaklanmış olmasına rağmen, günümüzde bu tedavi psikososyal yaklaşımları, bireyin ailesini ve toplumu da içine alacak şekilde daha kapsamlı hale gelmiştir. İlaç tedavisi ile birlikte rehabilite edici tedaviler, yalnızca ilaç tedavisine göre pek çok açıdan üstündür (Davis ve ark, 1991). Bu tedaviler; bireylerde atakların önlenmesi, iyileşmede sürekliliğin sağlanması, hastalığın neden olduğu yeti yitiminin en aza indirilmesi, yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumunun artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Ulusoy ve ark, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ‘yaşam kalitesini’ bireylerin kendi amaçlarını, hayattan beklentilerini, standartlarını, kültürlerini ve ilgi alanlarını algılayış biçimleri olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi yaşam şartlarını göz önüne alarak elde ettiğimiz bireysel doyumun düzeyini etkileyen, bozukluklara ve günlük yaşam aktivitelerine verilen bireysel tepkileri gösteren bir kavram şeklinde tanımlanmaktadır (Akdeniz ve Aydemir, 1999).

Yaşam kalitesi kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin iyileşme süreci ile doğrudan ilişkilidir (Çam ve Aydoğmuş, 2016). Ruhsal hastalıkla yaşayan bireyler için iyileşme, hastalık sürecini yönetme ve kaliteli yaşamayı başarma olarak ifade edilebilir. İlaç tedavisi, bireylerin ve çevrelerinin güvenliğini sağlayarak, hastalık

belirtilerini kontrol altına alarak ve yaşam kalitesini düzenleyerek iyileşmeyi desteklemektedir (Kidd ve ark, 2014).

İyileşme, kişinin tutumları, değerleri, hisleri, hedefleri, becerileri ve rollerindeki bireysel, eşsiz değişim süreci ve hastalığın meydana getirdiği yeti yitimlerine rağmen hayatı doyum verici, umutlu, katkı sağlayarak ve hayata bir anlam katarak yaşamının yoludur. İyileşme, eşsiz olanı keşfetme ve eşsizliği bir araya getirerek kendini bulma, parçalardan bütünü kurma süreci, bir yaşam biçimidir (Çam ve Yalçiner, 2018). İyileşme tek başına ele alınamayacak kadar uzun ve bireysel bir süreçtir. Kronik ruhsal bozukluk ile yaşayan bireylerin daha iyi bir yaşam sürmek için gösterdiği çabaların gelişme sürecidir (Güler ve Gürkan, 2017).

Liberman (2008) öznel iyileşmeyi, iyileşme yolunda etkili olan bir çok unsuru birlikte ele alarak tanımlamıştır. İyileşme yolundaki bu unsurlar; umut ve iyimser olma, iç-görü ve kararlı olma, güçlenme, manevi güç, sorumluluk, kendine yardım ve sosyal destektir. Bu unsurların her biri öznel iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır (Güler ve Gürkan, 2017).

Şizofrenik bozuklukta ise iyileşme sürecine katkı sağlayan en önemli kavramın yeterli sosyal destek olduğunu görmekteyiz. Çünkü sosyal destek tedaviyi olumlu yönde etkilemekte, hastalık sürecine uyumu kolaylaştırmakta ve sosyal izolasyonu azaltabilmektedir (Kelleci ve Ata, 2011). Sosyal destek sonucu ortaya çıkan saygınlık, moral artışı ve yaşamdan duyulan memnuniyet, stres verici olaylarla baş etmeye olumlu katkılarda bulunmaktadır. Sosyal desteğin profesyonel kişilerce sağlanması psikososyal tedavilerle mümkün olabilmektedir. Kaewprom ve arkadaşları (2011) psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada hemşirelerin şizofreni hastalarının iyileşmesini bir takım unsurları göz önüne alarak takip etmeleri gerektiğini vurgulamışlardır. Bu unsurlar semptomların azalması, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme ve psikososyal fonksiyonların yerine getirilmesidir (Kaewprom ve ark, 2011).

Psikiyatri hemşireliği diğer alanlardan farklı olarak güçlü gözlem yeteneği gerektiren ve bireylerin kendileri ile olan yolculuğunda onlara eşlik eden bir uzmanlık alanıdır. Bireylerin yaşam yolculuğunda onları koşulsuz destekleyen, duygularını ifade etmeleri için onları cesaretlendiren, yaşamlarını daha yaşanabilir kılmak için çalışmalar yürüten bir uzmanlık alanıdır. Psikiyatri hemşireleri bilgi birikimleri ve standart uygulamalar

doğrultusunda bireye özgü tedavi planlamada öncüdürler. Psikososyal rehabilitasyon programlarını her meslek grubu gibi yakından takip eder ve bireye uygun olan yaklaşımı uygular (Yılmaz ve Özcan, 2016).

Bu yaklaşımlar arasında psikoeğitimler, sosyal beceri eğitimleri, aile ve grup terapileri, akran desteği, mesleki destek programları, bilişsel rehabilitasyon, sosyal destek programları, vaka yönetimi, bilişsel davranışçı terapi, fiziksel aktivite, müzik tedavisi ve gevşeme eğitimleri bulunmaktadır (Chien ve ark, 2013; Yıldız ve ark, 2009; Ulusoy ve ark, 2015). Bu yaklaşımlar şizofreni tanısı konmuş bireylerin psikososyal tedavilerinde sıklıkla kullanılmaktadır.

Konu ile ilgili yapılan alanyazın taramasında ruhsal hastalık tanısı konmuş bireylere yönelik planlı ve sürekli uygulanan fiziksel aktivite programlarının sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Hastalara yönelik bu nitelikteki programların geliştirilerek uygulanması gerektiği önerilmektedir. Ülkemizde çoğunlukla hareketsiz bir yaşam süren ve tedavi sürecinde sadece ilaç tedavisi uygulanan birçok şizofreni hastası mevcuttur. Bu nedenle şizofrenik bozukluğu olan bireylere yönelik özelleşmiş fiziksel aktivite programı (FAP) geliştirmek ve uygulamalarda kullanmak bir gereksinim haline gelmiştir.

Alanyazında, şizofreni tanısı konmuş bireylerin tedavisinde, FAP'larının daha çok hastalık semptomlarının değişimi ve sosyal işlevsellik üzerine etkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmıştır (Gökçen, 2019).

Ayrıca her çalışmada uygulanan FAP farklı temellere dayandırılmıştır (Lök ve Lök, 2016; Çelebi, 2016). Yaşam kalitesi kavramını ve iyileşme sürecini değerlendiren ve FAP'larını içerisinde müzik-oyun vb etkinliklerinde olduğu standart paket halinde sunan herhangi bir çalışma olmadığı görülmüştür.

Şizofrenik bozukluğu olan bireylere yönelik sunulan psikososyal hizmetler arasında önemli bir yer tutan FAP'larının psikiyatri hemşireleri tarafından oluşturulması, sistematik ve düzenli olarak uygulanması çok önemlidir. Bu programların hastalara sağlıklı yaşam davranışı kazandırma ve sürdürmede önemli bir hemşirelik girişimi olduğu düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Fiziksel aktivite programı sonrası girişim grubundaki bireylerin yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları ve iyileşme değerlendirme ölçeği puan ortalamaları fiziksel aktivite öncesine göre daha yüksektir.

H2: Fiziksel aktivite programı sonrası girişim grubundaki bireylerin daha yüksektir.

H3: Fiziksel aktivite programı sonrası girişim grubu ile kontrol grubundaki bireylerin yaşam kalitesi ölçeği ön test-son test puan farkları arasında girişim grubu lehine anlamlı fark vardır.

H4: Fiziksel aktivite programı sonrası girişim ve kontrol grubundaki bireylerin ön test-son test iyileşme değerlendirme ölçeği ön test-son test puan farkları arasında girişim grubu lehine anlamlı farklılık vardır.

1.3. Araştırmanın Varsayımları

Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler, bozukluğun beraberinde getirdiği yeti yitimi ve eşlik eden diğer hastalıklar nedeni ile topluma uyum sorunu yaşamaktadır. Psikiyatrik hastalıklara karşı gösterilen toplumsal algıda göz önüne alındığında bireylerin sosyalleşmeleri dolayısı ile istendik iyileşme göstermeleri mümkün olamamaktadır.

Hastane temelli yaklaşımdan uzaklaşılarak toplum temelli yaklaşımların uygulama sürecinde olduğu bu günlerde psikiyatri hastaları için sosyalleşme alanı sağlayan toplum ruh sağlığı merkezlerinde tedavi süreçlerine katkı sağlayıcı birçok psikososyal tedavi yer almaktadır. Bu psikososyal tedavilerden biri olan fiziksel aktivitelerin kolay uygulanabilir olduğu bir çok çalışmada kanıtlanmıştır.

Toplum Ruh Sağlığı merkez (TRSM)'lerinde psikososyal tedavi planının öncüsü olan psikiyatri hemşirelerinin fiziksel aktiviteleri planlama ve uygulamada önemli rolü olduğu varsayılmıştır.

TRSM hasta profili gözönüne alındığında merkezde bu uygulamalara şizofrenik bozukluk ile takip edilen bireylerin daha çok katılım göstereceği varsayılmıştır.

Hastalığın seyrine bağlı olarak kullandıkları ilaçların yoğunluğu nedeniyle hareket kısıtlılığının şizofreni hastalarında daha çok görüldüğü varsayılmıştır. Dünya Sağlık

Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQL-BREF-TR) ‘nun FAP sonrası yaşam kalitesini belirleme açısından uygun bir ölçek olduğu varsayılmıştır. İyileşme Değerlendirme Ölçeği’nin (İDÖ) bireylerin FAP sonrası iyileşme düzeylerinin belirlenmesi açısından uygun bir ölçek olduğu varsayılmıştır. Planlanan girişim sonrası bireylerin yaşam kalitesinin artacağı ve iyileşme süreçlerinin olumlu etkileneceği varsayılmıştır.

Araştırmacının mesleki deneyimi ve fiziksel aktivite uygulamalarına ilişkin aldığı eğitimle girişimleri uygulayabilecek düzeyde olduğu varsayılmıştır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Çukurova ve Sarıçam Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde uygulanmış olması, araştırma sonuçlarının sadece örneklem üzerine genellenebilir olması, dışlama kriterlerindeki bireylerin uygulama dışında bırakılmak zorunda kalması, araştırma takviminin değişmesi (araştırma basamaklarının planlanan sürelerden daha uzun gerçekleşmesi), girişim ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçek puanlarının girişim öncesi farklı çıkması araştırmanın sınırlılıkları arasında gösterilebilir.

1.5. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı şizofrenik bozukluğu olan bireylere uygulanan fiziksel aktivite programının yaşam kalitesi ve iyileşme sürecine etkisini incelemektir.

GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofrenik Bozukluk

Şizofrenik bozukluğun çok eski tarihlerde varlığını kanıtlayan yazılı belgeler mevcuttur. Bu belgeler bozukluğun kliniğini ve belirtilerini o dönemin şartlarına göre yorumlamaktadır. M.Ö. 1400'lü yıllardan günümüze ulaşmış olan Hint Veda yazılı metinlerinde, ciddi belirtiler gösteren şizofreni hastalarından bahsedilmektedir. O dönemlerde kıyafetsiz dolaşan, kendine bakımı son derece azalmış, yaşam amaçları olmayan ya da dinle aşırı şekilde meşgul olan, kendisini kutsanmış seçilmiş zanneden ve birileri tarafından zehirlenmekten korkan kişilerden söz edilmiştir (Soygür, Alptekin, Atbaşoğlu ve Herken, 2007; Kocal, Karakuş ve Sert, 2017). Fransız Philippe Pinel düşünme yeteğinin bozulması (demans) olarak, Alman Ruh Hekimi Emil Kraepelin 'dementia praecox, heberfreni ve katatoni' adını verdiği semptomlarla seyreden bir bozukluk olarak tanımlamıştır. İsviçreli Hekim Bluer ise 'schisme' kelimesinden yola çıkarak bu bozukluğun bir akıl yarılmaması olduğunu, yunanca 'akıl bölünmesi' anlamına gelen 'şizofreni' kavramından bahsetmiştir. Alman hekim Kurt Schneider'ın 'birincil ve ikincil' belirtilerle yaşam boyu süren bir bozukluk olarak tanımlaması ile günümüze gelmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Güncel veriler ışığında şizofrenik bozukluk, genç yaşlarda kendini gösteren, bireyler arası farklı seyreden, kişinin kendi algılama ve yorumlama yeteneğine yabancılaştığı, sınırlarını kendisinin belirlediği içe kapanma dünyasında yaşadığı, duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklara neden olan, mevcut yetilerin yıkımına sebep olan, pozitif ve negatif belirtiler gösteren bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanabilir (Dülgerler, 2014).

Genel olarak nöksler ve remisyonlarla seyreden, hastalığın uzun dönem gidiş ve sonlanışını değerlendirebilmenin güç olduğu, toplumsal uyumu, hastaneye yatışı ve süresi, algı süreçleri, öz-kıyım eğilimleri, şiddet içeren davranışları ve genel sağlık durumu gibi kavramların dikkatle değerlendirmesi gereken ağır ruhsal bir bozukluktur (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017).

2.1.1. Sıklık ve Yaygınlık

Şizofrenik bozukluğun dünya prevalansı ile ilgili veriler incelendiğinde, en düşük prevalans oranı Gana’da (%0,06), en yüksek ise İsveç’te (% 1,7) bulunmuştur. DSÖ verilerine göre şizofreni sıklığı Avrupa ve Asya’da % 0,85 olarak iletilmiştir. Tüm çalışmalar göz önüne alındığında şizofrenik bozukluklar için bir yıllık prevalans oranı % 0.5 olarak kabul edilir (Şizofreni Dernekleri Federasyonu, 2010). Türkiye’de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak belirlenmiştir (Binbay ve ark, 2011). Yaş değişkenine baktığımızda hastalık orta veya geç yetişkinlik döneminde ortaya çıkmasına karşın, belirtileri ergenlikte veya erken yetişkinlikte görülmeye başlar (Townsend,2013/2016). Toplumda şizofreninin yaşam boyu yayılımı erkeklerde 1000 kişide 11,6 iken, kadınlarda 1000 kişide 6,5’dir (Binbay, Ulaş, Elbi ve Alptekin, 2011). Yapılan birçok çalışmada erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda ortaya çıktığı, görülme sıklığının ise kadın ve erkeklerde eşit olduğu ortaya konmuştur. Medeni durumlar incelendiğinde bekar olan bireylerde hastalığın görülme sıklığı daha fazladır (Sadock ve Sadock, 2009).

2.1.2. Etiyoloji

2.1.2.1. Psikososyal etmenler

Klasik psikanalizmde şizofreni doğuştan gelen bir ego yetersizliği (bebek ve anne arasındaki uyumun bir şekilde bozulması)’dır. Bunun sonucunda dış dünyaya yatırılmış olması beklenen kateksisin selfe (özbenlik) dönmesi vardır (Baskak, Atbaşoğlu, Can Saka, 2009; akt Gabbard, 1994). Libido gelişmesi narsistik düzeyde saplanır kalır. Libido nesnelerden çekilerek (bu bir regresyon olarak nitelendirilebilir) özbenliğe aktarılır. Cinsel enerjinin dinamik belirtisi olan libido, normalde çocukluğun ilk evrelerinde çocuğun kendisine, kendi benliğine tutunur (birincil narsizm). Çocuk büyüdükçe ve çevreyle olan ilişki çemberi genişledikçe libidosu çevredeki nesnelere aktarılır (ikincil narsizm). Çevredeki nesnelere yatırılan ilgi ve sevgi nesne libidosu olarak adlandırılır. Şizofrenide ise nesne libidosu geriye çekilir ve bireyin dış dünya ile ilişkisi kesilir (Öztürk, 2004, s.231). Kişilerarası modellere gelindiğinde ise şizofreni etiyojisinde ‘double bind’ (ikili çıkmaz) varsayımı rol almaktadır. Buna göre çocuk, aile içerisinde uzun yıllar çelişkili tepkiler ile karşılaşmakta, bu tepkilere nasıl davranacağını ayırt edememektedir. Bu tepkilere kendine özgü acayip bir anlayış biçimi geliştirir ve ya tepkilere hiç cevap vermez hale gelir (Öztürk, 2004, s.232).

Öztürk'ün aktardığına göre Lidz, şizofrenik bozukluğa sahip bireylerde aile içi iletişimi ve anne-baba özelliklerinde bir takım farklılıklar olduğunu ifade etmiştir. Bu sonuçlara göre anne babadan biri çok aşırı baskın ve saldırgan öbürü de ileri derecede bağımlı, edilgendir. Anne ve baba arasında doyumlu ve destekleyici bir ilişki yoktur. Kişiler bu doyum ve destek için çocuğa yönelir (Öztürk, 2004, s.232). Günümüzde psikanalitik yaklaşım ve kişilerarası modeller şizofreni etiyolojisinin belirlenmesinde doğrudan rol almasa da öne sürülen bu görüşler bugün şizofreni sağaltımında aileyi de içine alacak şekilde planlanmaktadır.

2.1.2.2. Kalıtımsal Faktörler

Aile araştırmaları: Herhangi bir hastalık birinci derece yakınlarında, ikinci derece yakınlarından ve toplumdakinden daha sık görülüyorsa bunun kalıtımsal olduğu düşünülür (Öztürk, 2004). Ayrıca akrabalık ilişkisi sadece hastalık oluşması için değil hastalık yapan bazı gen ve beyin morfolojisi değişikliklerinin kalıtımı için de geçerli görünmektedir (Ulaş, Taşlıca ve Alptekin, 2008). Ebeveynlerden biri hasta ise çocuklarda hastalık riski %12,5-13,8 aralığındadır. İkiside hasta ise bu oran %35-46 arasındadır. Anne baba sağlam çocuklardan biri şizofreni tanısı almış ise diğer çocukların hasta olma durumu %6,7-8,2 arasındadır (Öztürk, 2004, s.220).

İkiz Araştırmaları: Psikiyatrik hastalıkların etiyolojisinde önemli rol oynayan biyolojik ve genetik faktörler incelendiğinde üvey kardeşlerde şizofreni olma olasılığı %1,8 iken öz kardeşlerde bu oran %14'tür. Çift yumurta ikizlerinde %14 iken tek yumurta ikizlerinde %86'dır (King ve Johnson, çev: Şahin, 2015).

Evlat Edinme Araştırmaları: Evlat edinme çalışmaları 20. yüzyıl ile sınırlıdır.

20. yy'dan sonra evlat edinme ile ilgili kanıta dayalı çalışmalara rastlanmamıştır. Tienari, Wynne, Moring ve arkadaşlarının 2000 yılında yapmış olduğu evlat edinme çalışmaları sonucuna göre biyolojik annesi şizofreni olan evlat edinilmiş 167 bireyin şizofreni tanısı olma oranı %8,1'dir. Şizofreni tanılı bir ebeveyni olmayan 197 kontrol katılımcısı için ise bu oran %2,3'tür (Aktaran: Şahin, 2015 anormal psikoloji).

Moleküler Genetik Araştırmalar: Şizofreni hastalarında ve yakınlarında daha sık görülen, ama hastalığa özgü olmayan klinik ve fizyolojik özellikler şizofrenik bozukluk endofenotipleri olarak kabul edilir. AB, Rh antijenleri ve insan lökosit antijenleri (Human Leukocyte Antigen-HLA) ve 'Polimeraz Zincir Reaksiyonları (Polymerase Chain Reaction-PCR) gibi DNA belirteçleri kullanılmaya başlanmıştır. Araştırmalarda incelenen ilk reseptör dopamin D2'dir. Şizofreni tedavisinde

kullanılan ilaçlarında dopamin d2 reseptörü ile ilişkisi olduğu kanıtlanınca bu reseptör şizofreni etiolojisinde yerini almıştır (Kokurcan, 2014).

2.1.2.3. Nörobiyolojik Faktörler

Dopamin varsayımına göre şizofrenik bozukluk tedavisinde kullanılan antipsikotiklerin DA2 reseptörlerine bağlanması ile bozukluk ile dopamin arasında bir ilişki olduğu varsayılmıştır (Eren, 2006). Varsayımın özü mezolimbik, mezokortikal ya da nigrostriatal dopaminerjik nöronlarda artıştır (Öztürk, 2004, s.226).

Mezolimbik yol üzerindeki aşırı dopaminerjik aktivite oluşması şizofrenide pozitif semptomlara yol açabilir ve bu fenomen; sinaptik alanda dopamin seviyesinin daha fazla artmasına ve dopamin reseptörlerinin birikmesine neden olur (Kuncara ve ark, 2019). Antipsikotikler bu artışı bloke etmeye çalışır ve pozitif belirtilerin (sanrı, varsanı, düşünce bozukluğu, düzensiz davranışlar) azalmasına yardımcı olur (Öztürk, 2004, s.228). Şizofrenik bozukluğa sahip olan bireylerin beyinleri ve beyin omirilik sıvılarında nöradrenalinlerin artmış olduğu ve bu yollarda dopaminerjik salınımın çoğaldığı ifade edilmiştir. Serotonin varsayımı ise 1962'de Wolley'in beyinde serotonin artışının şizofreni belirtilerinin şiddetlendireceği fikrini ortaya atmasından sonra konuşulmaya başlanmıştır (Yavaşçı ve Akkaya, 2012).

Metiserjid ve sinanserin gibi serotonin antagonistlerindeki psikotik bulguları şiddetlendirdiği ifade edilmiştir. Öztürk (2004) 'ün aktardığına göre yapılan ölüm ardı araştırmalarda şizofrenik bireylerde glutamerjik etkinliklerde bir sınırlılık olduğu görülmüştür (Özdemir ve Güzel Özdemir, 2016).

2.1.2.4. Çevresel Faktörler

Kalabalık ev ortamında yaşamak, yetersiz beslenme, prenatal bakım eksikliği, stresli durumlarda bireyin başedebilecek yeterli kaynağının olmaması şizofrenik bozukluğun nedenleri arasında gösterilebilir. Bir başka çevresel faktör ise stresli yaşam olaylarıdır. Stresin doğrudan şizofreniye sebep olduğuna dair kanıtlar yoktur ancak hastalığın şiddetine ve gidişatına etkisinin olduğu öne sürülmektedir. Yoğun stresin psikotik epizodu başlatabileceği ifade edilmiştir. Stresli yaşam olayları şizofrenik belirtilerin ağırlaşması ve relapsların artmasına neden olabilir (Townsend, 2014).

2.1.3. Belirtiler

Şizofrenik bozukluk, düşünce ve algı bozuklukları, motor anomaliler, bilişsel bozulmalar, avolüsyon ve apati, kısıtlanmış duygusal dışa vurum ve iletişimde güçlükleri kapsayan belirtileri içerir.

Pozitif belirtiler; işlevlerde çarpıklık olarak bilinen sanrı, halüsinasyonlar, konuşmada bozukluk (enkoherans, klang çağrışım, bloklar, neolojizm, ekolali, perseverasyon) ve davranış problemlerini içermektedir.

Negatif belirtiler ise; işlevlerin azalması ya da tamamen kaybı şeklinde duygusal tepkilerde azalma, aloji, toplumsal geri çekilme şeklinde kendini göstermektedir (Çetin, 2015).

2.1.4. Tedavi

Şizofreni pozitif, negatif ve bilişsel semptomlarla karakterize bir hastalık olarak tanımlanmakta, tedavisi de pozitif-negatif semptomları ve bilişsel süreçleri göz önüne alarak planlanmaktadır. Birinci kuşak antipsikotiklerin 1952 yılında psikoz tedavisinde kullanılmaya başlanması üzerine farmakolojik tedavinin ilk adımları atılmıştır. Fakat o dönemlerde birinci kuşak antipsikotiklerin sebep olduğu ekstrapiramidal semptomlar (EPS) bir çok şizofreni hastasının (yataklı kurumlarda tedavi edildikten sonra) evlerinde izole olmasına neden olmuş, toplumsal yaşama katılımını önemli ölçüde azaltmıştır (Çetin, 2015). 2000'li yıllarda ise ikinci kuşak antipsikotiklerin (İKA) kullanılmaya başlaması ile şizofreni tanılı bireylerde başlarda EPS'nin daha az görüldüğü saptanmış, bireylerin sosyal yaşama uyumu sağlanılmaya çalışılmıştır. Ancak İKA'ların uzun süre kullanımı sonucu EPS'ların arttığı hatta metabolik olarak bir çok yan etkilerin olduğu öne sürülmüştür. Bu dönemden itibaren tedavide bireysellik benimsenmiş, bireye özgü tedavi planlamaları yapılmaya çalışılmış, özellikle bireylerde kilo takibi, beslenme düzeni ve egzersiz gibi uygulamalar ile ilaç yan etkileri kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Sosyal uyumu arttırmak üzere İKA kullanımı yanında psikososyal tedaviler de kullanılmaya başlanmıştır (Çetin, 2015). Ruh sağlığı alanında tedavi hastane temelli yaklaşım ve toplum temelli yaklaşım olmak üzere 2 temel modelle şekillenmektedir. Türkiye'de 2000'li yılların ortasında başlayan bireylerin sağaltım sürecinde büyük rol oynayan, toplum temelli modelin bel kemiğini toplum ruh sağlığı merkezleri oluşturmaktadır (Arslan Delice ve ark, 2014). Merkezler hastalıkla mücadelede bir çok birey için

önemli merkezler haline gelmiştir. Farmakolojik tedaviye eşlik eden psikososyal yaklaşımların uygulama alanları olan TRSM'ler bireylerin tedavi sürecine katkı sağlamaktadır (Alataş ve ark, 2009).

Şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavinin önemli olduğu bugün açıktır, psikososyal tedavi ise bu tedavinin tamamlayıcısıdır. Psikososyal tedaviler bireylerin rehospitalizasyonlarını önemli ölçüde azaltmaktadır (Çetin, 2015).

2.1.5. Hemşirelik Bakımı

Şizofrenik Bozukluk yönetiminde amaç tekrarlayıcı yatışları önlemek,yeti yitimlerini azaltmak, ilaç uyumunu sağlamak bununla beraber tedaviye uyumu arttırmak, ilaç ve yan etkileriyle ilgili bilgilendirmeler yapmak, hastane sonrası hayata uyum eğitimleri planlamak, hasta ve ailesine psikososyal destek tercihleri sunmaktır (Kum, 2000;Aktaş,Baysan Arabacı ve Dülgerler,2020). Hemşirelik kuramcıları psikiyatri hemşirelerine rehber olacak nitelikte birçok bakım planı ortaya koymuşlardır. Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında kullanılması önerilen bu bakım planlarının farklı ilkeleri ve uygulama süreçleri bulunmaktadır. Bu uygulama süreçlerini, hasta bireyin herşeyden önce insan olduğu üzerinde duran, gözlem ve iletişim kavramlarına odaklanan Travelbe İnsan İnsana İlişkiler Modelinde;hasta ve hemşire iletişimi üzerinde duran Peplau Kişilerarası İlişkiler Modelinde ve üst düzey bilinçlilik geliştirilerek, kendini iyileştirme kapasitesini arttırabilir görüşü ile yola çıkan Watsons İnsan Bakım Modeli'nde görmekteyiz (Babacan Gümüş, 2014; Aktaş, Baysan Arabacı, Dülgerler, 2020). Birçok çalışmada şizofrenik bozukluğu olan bireylerin hemşirelik bakımında Peplau ve Watsons İnsan Bakım Modelinin kullanılması önerilmektedir. TRSM'lerde ise psikososyal müdahaleleri kapsayan İyileşme Odaklı Bakım yaklaşımının kullanılması önerilmektedir (Bağ, 2018).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'de psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin bakımında kullanılması önerilen bir başka modeldir. Model davranışın gerçekleştirilmesini etkileyen faktörleri ve sonuca giderken izlenmesi gereken yolu göstermektedir. Bu modelle psikiyatri hemşireleri bireylerin geçmiş deneyimlerini davranışlarına özgü yarar engel algısı gibi faktörleri inceleyerek sağlıklı yaşam davranışı edinmelerine yardımcı olur (Akkurt Yalçıntürk, 2018).

2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramını inceleyen en erken kaynaklar olması yönü ile Aristo ve Platon'un görüşlerini incelemek kavramı temellendirmek açısından önemlidir. Kelime anlamı 'iyi bir ruh tarafından kutsanmış olmak', 'iyi bir ruh tarafından yönetilmek' olan eudaimonia Platon ve Aristoteles'in 'iyi yaşam', 'mutlu yaşam', yüksek yaşam' olarak nitelendirdiği bir kavram olmuştur (Edisan ve Kadioğlu, 2013). Eudaimonia, yunancada eu (iyi) ön eki ile kullanılan ve şimdilerde çok konuşulan mutluluk kavramı ile aynı anlamı taşımaktadır. Mutluluk ise sağlıklı olma, iş ve sosyal hayattaki başarı ile gelmekte, iyi bir yaşamın temelini oluşturmaktadır (Salihoğlu, 2019). Platon'un görüşü "yaşama yıllar katmak değil, yıllara yaşam katmak" görüşü ile paraleldir. Platon yaşam süresinden çok o yaşamı nasıl geçirdiği ve ya nasıl geçireceği ile ilgilenmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin ne kadar yaşacağından çok yaşamlarını nasıl sürdürdüğü işine, hayatına nasıl devam ettiği daha önemlidir (Edisan ve Kadioğlu, 2013). Aristo ise insan davranışlarının temel amacı imkanları doğrultusunda iyiye ulaşmak, yüksek refah seviyesinde bir yaşam sürmektir (Edisan ve Kadioğlu, 2013). Yaşam kalitesi kavramı 1939'da Thorndike tarafından sosyal çevrenin insan hayatına yansımaları olarak tanımlanmıştır (Öksüz ve Malhan, 2005). Burtchard ise bireylerin yaşamdan doyum alması iyi bir sosyal çevre ve iyi bir ekonomik hayat olarak tanımlamıştır. Long, yaşam kalitesini yaşam şartları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal, toplumsal etkilerine verilen reaksiyon olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi için tüm tanımlarda ortak olan ise insan faktörü ve onun öznel değerlendirmesidir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Yapılan tanımlamalara dayanarak yaşam kalitesi unsurları; cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek, yaşanılan ev ve özellikleri, sağlık, eğitim, gelir, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri olarak sınıflandırılabilir. (Özmete, 2010; Torlak ve Yavuzçehre, 2008; Tüzün ve Eker, 2003).

2.3. Şizofrenik Bozukluk ve Yaşam Kalitesi

Şizofrenik bozukluk ile yaşayan hastalar, hastalığa bağlı yaşanan sorunların en aza indirilmesi, pozitif-negatif belirtiler ile etkili baş edebilme ve sosyal destek alabildiklerinde toplum içinde daha kaliteli bir yaşam sürebileceklerdir (DSÖ, 2001).

Şizofrenik bozuklukta yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve çevresel etmenler gibi bileşenleri içerir (Soygür, 2003). Bu bileşenler gözününe alınarak yaşam kalitesi ile ilgili bir çok model öne sürülmüştür. Bigelow ve arkadaşları 1991’de Ruh sağlığı hizmetleri sunumunun değerlendirilmesinde bir sonuç ölçütü (outcome) olarak yaşam niteliği modelini, Lehman ve arkadaşlarının 1982’de öne sürdüğü ağır ve yaşam boyu devam eden ruhsal bozukluğu olan hastaların yaşam niteliği için genel bir model, Skantze ve Malm’ın 1994’de Yatkınlık-Stres-Başetme-yaşam niteliği modelini, son olarak Awad ve arkadaşlarının 1997’de antipsikotik ilaç tedavisi devam eden şizofreni hastaları için uyumlandırılmış bir yaşam niteliği modeli (Çok boyutlu sirküler model)’nin öne sürmüşlerdir (Soygür, 2003). İçgörü azlığı, benlik saygısı düşüklüğü, depresyonun şiddetli ve aile içi çatışmanın fazla olması hastalarda yaşam kalitesini düşürmektedir (Tüzer ve ark, 2009).

Özetle, şizofrenik bozuklukta yaşam kalitesi bir çok bileşen içerir ve bu bileşenler öznel olarak ele alınmalıdır.

2.4. Ruhsal Hastalıklar Açısından İyileşme Kavramı

İyileşme kavramı ruh sağlığı alanında çalışan her meslek grubu için farklı bir anlam ifade etmektedir. Meslek grupları için farklı anlamlar ifade ettiği gibi bireyler içinde farklı anlam ifade etmektedir. Dolayısı ile her bireyin yaşam kalitesi göstergesi farklı olarak ele alınmaktadır. Bir çok bilim insanı iyileşme için farklı tanımlamalar yapmıştır. Bunlardan en sık karşımıza çıkan Anthony (1993) tanımıdır. Bu tanıma göre iyileşme tutumlar, değerler, duygular, amaçlar ve rollerdeki kişisel değişim sürecidir. İyileşme öznel, kronik psikiyatrik bozukluğa sahip her birey için iyileşme farklı anlamlar taşımaktadır (Davidson, 2010). İyileşme kavramının genel bir tanımı ve iyileşmeyi ölçen herhangi bir araçta yoktur (Çam ve Aydoğdu Durmuş, 2016).

Tıpta birincil tedavi belirti ve bulguları azaltmaktır. Tıbbi modele göre iyileşme ise belirti ve bulguları kontrol altında tutmak ya da bulguları azaltmak, beraberinde işlevselliğin geri kazanılması yer alır (State Goverment Victoria, 2011). Tıbbi modelin benimsediği görüş genellikle nesnel iyileşmedir. Buna göre iyileşme bireyin iki yıl boyunca aralıksız olarak nesnel iyileşme kriterlerini sağlaması gerekmektedir (Liberman, 2011). Nesnel iyileşmede ‘hastalığın yaşam boyu sürmesi’ sebebiyle tam olarak iyileşmeden söz edilemez. Öznel iyileşme ise bireyin kendi içerisinde çıktığı bir yolculuktur, hastalığın getirdiği yetiyitimine rağmen yaşamdan doyum alabilme

becerisi, umut edebilme, hedef belirleyebilme, kendini aşma, bir yaşam amacının olması, sorunlarla başetme becerisi geliştirebilme, bir yaşam motivasyonu üretebilme yeteneğidir (Anhony, 1993; Deegen, 1988; Liberman, 2008). Abraham Low'un 1937'de kurduğu 'Recovery' grubu iyileşmeyi yalnızca öznel iyileşme olarak ele almış; düşünce süreçlerini değiştirmeye, otonomiye geliştirmeye ve yeniden üretken bir yaşam tarzı benimsemeye odaklanmıştır. Kişinin ancak kendi başarılarının veya başarısızlıklarının sorumluluğunu üstlenmesi durumunda bir üst seviyede sağlığa ulaşabileceğini ileri sürer (Şenocak ve ark, 2019). Hemşirelik bakış açısı ile iyileşme ise ruhsal bozukluk tanısı aldıktan sonraki dönemde bireyin belirtiler ile baş etme becerisi geliştirmesi, gerekli ise hospitalizasyon, farmakolojik tedavi alması ve ilaç yan etkilerini yönetebilmesi, bozukluğun getirdiği kayıpları tekrar kazanmaya çalışması, sosyal ilişkilerini yeniden yapılandırması, yaşam amacını yenilmesi ve bağımsız rollerini üstlenmesidir (Çam ve Uğuryol, 2019). Tüm tanımlamalardan sonra iyileşme, tıbbi olarak nesnel, hemşirelik bakımı olarak ise öznel bir kavram olarak ele alınabilir. Hemşireler her bireyin biricik ve eşsiz olduğunu bilir ve iyileşme sürecini yönetmede öznel iyileşme odaklı girişimler planlar.

2.5. Şizofrenik Bozukluk ve İyileşme Kavramı

Şizofrenik Bozukluk süregelen ve yetiyoitiminin eşlik ettiğı kronik ruhsal bir bozukluk olmasına rağmen uzun dönem izlem çalışmalarının bulgularına göre bireylerin hastalıkla beraber yaşamayı öğrendikleri ve belirli ölçülerde iyileşme gösterdikleri ortaya çıkmıştır (Zipursky ve ark., 2013). Şizofrenik bozuklukta iyileşme ile ilgili bir çok tanım karşımıza çıkmaktadır. Ancak iyileşme, birey, bireyin yakınları ve ruh sağlığı profesyonelleri için farklı anlamlar ifade etmekte ve hastalıktan etkilenen herkes için farklı iyileşme hedefleri içermektedir (İpçi, 2019). Son yıllarda yapılan çalışmalarda şizofrenik bozuklukta iyileşmenin, nesnel iyileşme ve öznel iyileşme olarak ele alındığı görölmektedir. Nesnel iyileşme, ruh sağlığı profesyonellerinin bir çoğı tarafından ele alınan iyileşmedir. Hastalığın çekirdek yapısı ile ilgilenir, şizofrenik bozukluk ile yaşayan bireylerin pozitif-negatif sendrom ölçeğinden ve kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeğinden düşük bir puan alması sonucu değerlendirilir.

Tolgersan' a göre belirtilerin klinik anlamda düşük düzeyde olması, en az beş yıldır hastane yatışının olmaması, ilaç kullanmaya gereksinim duymama ya da düşük dozda kullanma, normal düzeyde ruhsal-toplumsal işlevselliğe sahip olma iyileşme kriterleri arasındadır (Tolgersan, 1999). Tam ya da yarı zamanlı bir işte çalışmak, bakım veren

desteğine gerek duymaksızın bağımsız bir hayat sürdürebilmek, devlet tarafından sağlanan engelli aylığına/yardımlarına tamamen bağımlı olmamak, arkadaşlık ilişkileri geliştirebilmek ve arkadaşları ile haftada en az bir kez görüşmek şeklindedir. İyileşmenin gerçekleşmesinden bahsedebilmek için yukarıdaki ölçütlerin en az iki yıl sürmesi gerekmektedir (Lieberman, 2002)

2.6. Fiziksel Aktivite Kavramı

DSÖ, fiziksel aktiviteyi, enerji harcamasını gerektiren iskelet kasları tarafından üretilen herhangi bir vücut hareketi olarak tanımlar. Fiziksel aktivite, boş zamanları, yerlere gidip gelmek için ulaşım için veya bir kişinin işinin bir parçası olarak dahil olmak üzere tüm hareketleri ifade eder. Fiziksel aktivite; iskelet kaslarının istemli kasılması sonucu enerji açığa çıkmasıdır (Türkeli, 2019). Hem orta hem de şiddetli fiziksel aktivite sağlığı iyileştirir. Fiziksel aktivite günlük yaşamın vazgeçilmez unsurudur. Aışverişe gitmek, ev işleri, kısa yürüyüşler, aletli-aletsiz düzenli spor aktiviteleri örnek verilebilir (Güldür ve ark., 2020). Son yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının en başında gelen fiziksel aktivite sedanter yaşama karşı mücadele vermektedir. Ayrıca birey temelli aktivite yaklaşımlarının tercih edilmesi ön plana çıkmaktadır. Bu yaklaşımları kullanırken, fiziksel aktivitenin bireysel bir eylem olduğu kadar toplumsal bir eylem olduğu unutulmamalıdır. Çünkü sedanter yaşam sonucu oluşan tüm sistemik hastalıklar aslında birer toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Güldür ve ark, 2020 ; Özkan, 2018; Ekici, 2016).

2.7. Fiziksel Aktivite Türleri

Yürüyüş-koşu, dayanıklılık egzersizleri, kuvvet egzersizleri, denge egzersizleri, esneme egzersizleridir. Çalışmamızda fazla efor gerektirmeyen hafif/orta şiddetli esneme hareketleri kullanılmıştır.

2.7.1. Dinamik ve Statik Germe-Esneme Hareketleri

Egzersiz ve hareket etmenin, stresten korunmak açısından oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır. Teröpatik egzersizler olarak nitelendirebileceğimiz bu egzersizlerin önemli bir kısmını ise esneme egzersizleri oluşturmaktadır. Genellikle antrenman öncesi (pozitif performans) ve sonrası (çabuk toparlanma) kullanılan esneme hareketlerinin güne zinde başlamaya yardımcı olduğu, depresif semptomları azalttığı görülmüştür (Doğan, 2004; Polat ve arkadaşları, 2019)

2.7.1.1. Statik Esneme (Static Stretching):

Bir kası mümkün olduğu en geniş açıda gererek belli bir süre o şekilde tutulduğu germe yöntemidir. Statik germe yönteminin uygulama süreleri ile ilgili olarak farklı görüşler vardır ancak genel olarak statik germe uygulamalarının kasın gerimi ve gevşetilmesi arasında en az 20 sn olması gerektiği önerilir (Tütüncü, 2017). En fazla uygulanan esneme yöntemidir; çünkü amacı, bedeni iyi fiziksel biçimde tutmaktır. Statik esneme, yeni başlayanlar ve gün içinde fiziksel olarak fazla aktif olmayan bireyler için uygundur. Temel esneme hareketlerine ve kas kasılmalarına dayanır. Bu egzersizler, zamana yayarak yavaş uygulanır, derindeki (postural) kasları hissetmeye yardım eder. Esnekliğinizin farkına varırken tüm bedeninizi çalıştırmanıza olanak tanır (Delavier, Clémenceau, Gundill, 2011). Kaslar, kıvrırma/esnetme, germe, bükme pozisyonları yardımıyla uzarlar. Bunlar, yavaşça yapılmalıdır, zıt (antagonistic) kasların uyarılması engellenmelidir. Bir esneme pozisyonunda rahat olduğunuzda kas fiberlerinizi iyice gevşetmek, uzatmak ve oksijenle doldurmak için o pozisyonda 15-20 saniye kalınmalıdır (Delavier, Clémenceau, Gundill, 2011). Esneme, hiçbir risk içermeyen hassas bir egzersizdir. Bireylerin dikkatini öz benliğe vermeye davet eder (Delavier, Clémenceau, Gundill, 2011).

2.7.1.2. Dinamik Esneme (Dynamic Stretching) :

Bir germe pozisyonunda kasın eklem hareket sınır derecesine kadar uzatılması ve birbirini takip eden seri tekrarlarla kasılma ve gevşemenin gerçekleştirildiği germe yöntemidir ve eklem hareketinin direnci olarak tanımlanır (Tütüncü, 2017). Bu esneme, genellikle atletik training programlarında önerilir. Enerji ve kuvveti artırır. Genel olarak kas ve tendonların elastikiyeti üzerine odaklanır. Belli bir hızda yapılan sallanma hareketlerine dayanır. Teknik, kol ya da bacakları kontrollü bir şekilde, sıçrama ya da sarsıntı olmaksızın ve belli bir doğrultuda sallamaktan oluşur (Delavier, Clémenceau, Gundill, 2011).

2.8. Fiziksel Aktivitenin Yaşam Kalitesi ve İyileşme Sürecine Katkısı

Özellikle, fiziksel aktivite kalp hastalığı, diabetes mellitus, osteoporoz, yüksek tansiyon, obezite ve metabolik hastalık tablosu riskini azaltır; aerobik kapasite, kas ve kemik gücü, esneklik, insülin duyarlılığı ve lipid profilleri dâhil olmak üzere sağlık ve zindeliğin diğer yönlerini iyileştirir; stres, kaygı ve depresyonu azaltır (Warburton ve

ark.,2006; Yıldırım ve ark, 2015). Fiziksel aktivite, anksiyete ve depresyon gibi durumları önleyerek ve azaltarak ruh sağlığını iyileştirebilir. Ayrıca refahın diğeryönlerini oluşturan fiziksel sağlık durumu ve sosyal işlevsellik gibi unsurları olumlu yönde etkiler (Kohl ve Cook, 2013).



GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma şizofrenik bozukluğu olan bireylere uygulanan fiziksel aktivite programının yaşam kalitesi ve iyileşme sürecine etkisini inceleyen ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımda bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine bağlı Çukurova ve Sarıçam Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde 18 Şubat-20 Mart 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Adana Dr.Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hastanesi 1984 yılında kurulmuş, Adana ve çevresindeki illere hizmet vermekte olan bir dal hastanesidir.

Bu dal hastanesi, poliklinik hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, çocuk ergen ruh sağlığı hizmetleri, yoğun bakım hizmeti, radyoloji, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (AMATEM), Çocuk ve Ergen Madde Kullanım Bozukluğu Tedavi Merkezi (ÇEMATEM), Çukurova ve Sarıçam TRSM olmak üzere bünyesinde birçok birim bulundurmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çukurova Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (482) ve Sarıçam Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (191)'ne kayıtlı şizofrenik bozukluk tanısı konmuş toplam 673 birey oluşturmuştur. Örneklem alınacak hasta sayısına G power programı ile örneklem gücü hesaplanarak karar verilmiştir. Güç belirli bir örneklem değerinden sonra sabitlendiği için literatürde bu değerin en az kabul edilebilir değeri 0.80 olarak belirtilmektedir (Prajapati, Dunne ve Armstrong, 2010). Örneklem grubu girişim ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. G power programı ile yapılan ile güç analizinde % 80 güçle örneklem 29 girişim ve 29 kontrol grubu olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 58 hasta örneklemi oluşturmuştur. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların bazı bağımsız değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu) yönünden birbirine yakın dağılım göstermelerine dikkat edilmiştir.

Örnekleme Dahil Olma Kriterleri;

- DSM-V tanı kriterlerini karşılayan 18-65 yaş arası şizofreni tanılı bireyler,
- Akut Psikotik Semptomları olmayan bireyler,
- Mental Retardasyonu olmayan bireyler,
- Kronik Kalp Hastalığı bulunmayan bireyler,
- Ortopedik sınırlılığı olmayan bireyler

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, Dünya Sağlık örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQL) ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişken

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş,cinsiyet,eğitim,medeni durum,gelir,birlikte yaşadığı kişiler,fiziksel aktivite yapma durumları ve uygulanan fiziksel aktivite programıdır.

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından ilgili alanyazın doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQL-BREF-TR) ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) olmak üzere üç tür soru formu ile toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından ilgili alanyazın doğrultusunda (Acil ve ark.,2008; Bebe ve ark., 2013) hazırlanan tanıtıcı bilgi formu bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, günlük yaşam aktiviteleri, düzenli fiziksel aktivite yapıp yapmadığı, daha önce fiziksel aktivite programlarına dâhil olup olmadığı gibi bilgileri içeren ve 11 sorudan oluşan bir formdur.

3.5.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQL-BREF-TR) (Ek-2)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980’den başlayarak yaşam kalitesi ölçme ve değerlendirme çalışmaları yapmaktadır. Bu amaçla bireylerin iyilik halini ölçen kültürler arası farklılıkları gözetererek oluşturulmuş geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeği geliştirmiştir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucunda 100 maddelik WHOQOL-100 ve bunlardan seçilen 26 maddeden oluşan WHOQOL BRIEF-TR oluşturulmuştur. WHOQOL-BRIEF-TR’nin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Fidaner ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. WHOQOL-BRIEF-TR, birisi genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki madde ile birlikte toplam 26 maddeyi kapsamaktadır. Türkçe geçerlik çalışmaları sırasında bir ulusal madde eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BRIEF-TR 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5’li likert tipinde ve ucu kapalı maddelerden oluşmaktadır. Bedensel sağlık alanı, ruhsal sağlık alanı, sosyal alan ve çevresel alan olmak üzere dört alt boyutu vardır. Ölçek kendini değerlendirme amaçlıdır. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve boyut maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini ifade eder. Ölçek puanlaması tabloda belirtildiği gibidir. Ölçeğin Cronbach Alfa sayısı değerleri bedensel alanda 0,83, ruhsal alanda 0,66, sosyal alanda 0,53, çevre alanında 0,73 bulunmuştur. Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1.WHOQL Ölçek Puanlaması

Alt Parametre	Oluşturan sorular	Bu şekilde elde edilen skorlar “ham” skordur. Yüzdelik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül;
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı	
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı	
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı	
Sosyal ilişkiler	20,21,22. Soruların toplamı	
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı	

Eşitlik 1

(hastanın ham skoru) - (o alt parametreye ait olabilecek en düşük skor)

X 100

o alt parametrenin skor aralığı

3.5.3. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) (Ek-3)

Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Recovery Assessment Scale-RAS) ruhsal hastalığa sahip bireylerin iyileşme süreçlerini öznel olarak değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır.

Giffort ve ark (1999) tarafından 41 madde olarak geliştirmiştir. Corrigan ve ark (2004) tarafından 24 madde olarak düzenlemiştir (Güler ve Gürkan, 2017)

Türkçe geçerlik ve güvenirliği ise 2017 yılında Güler ve Gürkan tarafından yapılmıştır. Ölçek "1=Kesinlikle Katılmıyorum", "2=Katılmıyorum", "3=Emin Değilim", "4=Katılıyorum", "5=Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde 5'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçekte yer alan sorular tek tek puanlanarak değerlendirilebildiği gibi toplam puan üzerinden de değerlendirme yapılabilmektedir.

Ölçekten elde edilen toplam puanın yüksek olması iyileşmenin yüksek olduğunu göstermektedir. Uluslararası alanda ruhsal hastalık tanısı alan bireylere hizmet veren meslek grupları tarafından (ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, psikiyatrist, psikolog, psikoterapist vs.) tanımlayıcı-ilişkisel ve deneysel çalışmalarda kullanılmıştır. Deneysel tipteki araştırmalarda güncel kanıta dayalı iyileşme odaklı bakım ve uygulama (ilaç kullanımı, hastalık süreci, girişken toplumsal tedavi vs.) sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Güler ve Gürkan İDÖ (2017) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısını 0,90 olarak bulmuştur. Çalışmamızda ise İDÖ Cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak hesaplanmıştır.

Güvenirlilik test sonuçları incelendiğinde çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ve iyileşme değerlendirme ölçeklerinin “yüksek güvenilir” ($>.80$) olduğu anlaşılmaktadır.

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Verilerin analizi Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) 25.0 paket programı ile yapılmıştır. Analiz sürecinde kullanılan istatistiksel yöntemlere ait döküm Tablo.2 de detaylı şekilde sunulmuştur. Sürekli sayısal değişkenler ortanca ve minimum-maksimum değerler, kategorik değişkenler ise sayı değerleri ile ifade edilmiştir. Sürekli sayısal değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı grup sayılarının otuzun altında olması nedeniyle Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 2.Araştırmanın Veri Analizi Süreci İstatistik Yöntem Dökümü

Amaç	Kullanılan İstatistiksel Analiz Yöntemi
Bireylerin sosyodemografik özelliklerini incelemek	Sayı-Yüzde Dağılımı
Bireylerin yaş ortalamalarının hesaplanması,	Minimum – maksimum değer, sayı, ortanca
Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi-sonrası ölçümlerindeki WHOQL ve İDÖ puan ortalamalarının normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi	Shapiro- Wilk testi,
Girişim grubu ve Kontrol grubu WHOQL ve İDÖ puan ortalamalarının hesaplanması	Minimum – maksimum değer, sayı, ortanca
Girişim grubu ön test son test puan ortalamalarının hesaplanması	Student t test, Mann withney U
Kontrol grubu ön test son test puan ortalamalarının hesaplanması	Student t test, Mann withney U

3.7. Süre ve Olanaklar

Tablo 3. Araştırma Takvimi

	Adımlar	Eylül- Ekim 2019	Kasım 2019	Aralık- Ocak 2019	Şubat- Mart 2020	Nisan 2020	Mayıs 2020- Ocak 2021	Şubat 2021
1	Hazırlık Çalışmaları (Genel Literatür Tarama, Tez Konusunu Belirleme)	X						
2	Tez Önerisi Sunumu		X					
3	Araştırma izinlerinin alınması			X				
4	Verilerin Toplanması				X			
5	Verilerin Analizi					X		
6	Tezin Yazılması						X	
7	Tez Sunumu							X

3.8. Etik Açıklamalar

Etik Kurul ve Kurum İzni

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Ocak 2020' de yazılı onay alınmıştır.FAP uygulaması için Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma sonuçlarının kurum ile paylaşılması koşulu ile yazılı izin alınmıştır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bireylere çalışmanın amacı açıklanmıştır. Anket formu gönüllü olur formu ile başlamakta, tanıtıcı bilgi formu ile devam etmektedir. Tanıtıcı bilgi formunda ad-soyad bilgisi yer almamaktadır. Formların uygulanma sürecinde bireylerin yazılı ve sözlü olurları alınmıştır.

Ölçeklere İlişkin Etik Önlemler:

Ölçek kullanılmadan önce ilgili ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olan araştırmacılardan, ölçeklerin araştırmada kullanılması için gerekli izinler alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanması aşamasında bireylerle yüz yüze görüşmeler yapılarak, sorulardan kaynaklı meydana gelebilecek her türlü sonuca yönelik açıklamalarda bulunulmuştur.

Fiziksel Aktivite Uygulaması Etik Önlemleri:

Girişim grubundaki bireylere FAP uygulaması öncesi gerekli açıklamalar yapılmıştır. Bireylerin düzenli katıldığı diğer TRSM etkinliklerine devamlılığının sağlanması açısından FAP saatleri bireylerin uygunluğuna göre düzenlenmiştir.Resim, müzik, seramik, aşçılık ve el işi atölyelerini yöneten eğitmenler ile görüşmeler yapılarak araştırmaya katılmayı kabul eden ve kriterleri sağlayan bireylerin spor salonuna yönlendirilmesi istenmiştir böylece bireylerin FAP ve diğer etkinliklere tam katılımı sağlanmıştır.Etkinlik sırasında bireylerden alınan izin doğrultusunda fotoğraf çekimi yapılmıştır.Çekilen fotoğrafların araştırma dışında hiçbir yerde paylaşılması hususunda bireylerle sözleşme yapılmıştır.

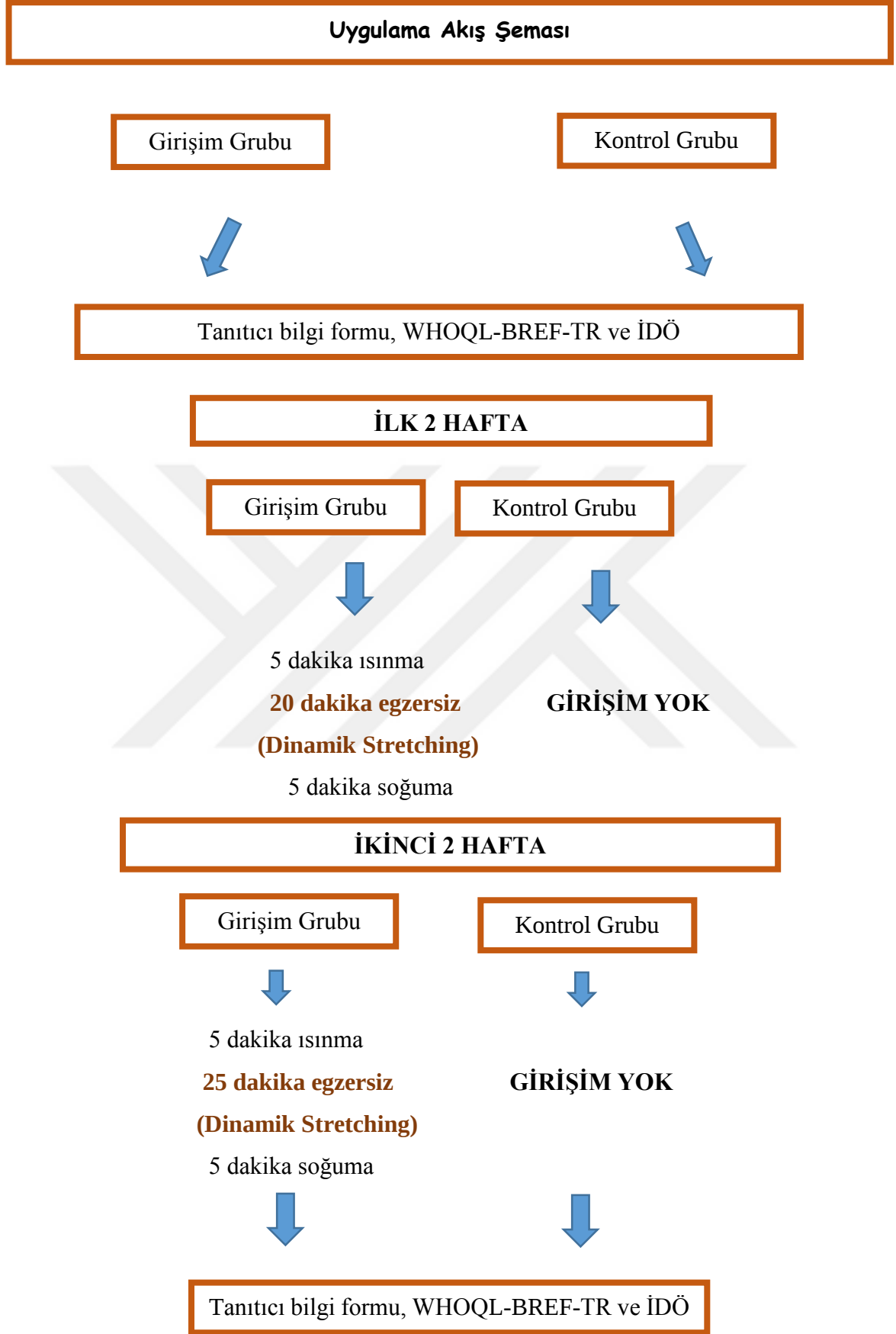
3.9. Veri Toplama Araçlarının ve FAP'nın Uygulanması

Girişim grubundaki hastalara fiziksel aktivite programı öncesi tanıtıcı bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQL-BREF-TR) ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) uygulanmıştır.

FAP akış şemasına (Şekil.3) göre girişim grubuna 4 hafta boyunca FAP uygulanmıştır. Girişim grubuna 4 haftanın sonunda tanıtıcı bilgi formu, WHOQL-BREF-TR ve İDÖ tekrar uygulanmıştır.

Kontrol Grubuna ise tanıtıcı bilgi formu, WHOQL-BREF-TR ve İDÖ uygulanmıştır.

Kontrol Grubuna 4 hafta sonra tanıtıcı bilgi formu, WHOQL-BREF-TR ve İDÖ tekrar uygulanmıştır. Girişim grubu hastalarının girişim sonrası WHOQL BREF-TR puan ortalamaları ve İDÖ puan ortalamaları incelenmiştir. Kontrol grubu WHOQL BREF-TR puan ortalamaları ve İDÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılmıştır.



Şekil 1.FAP ŞEMA

3.9.1. Fiziksel Aktivite Programı (FAP) Uygulaması

Egzersizler büyük grupların bir arada sürdürebileceği tarzda, büyük kas gruplarını içeren, üst düzey koordinatif özellikler barındırmayan formda, esneme hareketleri şeklinde yaptırılmıştır. Egzersiz şiddetlerinin belirlenmesinde basit ve pratik bir hesaplama yöntemi olan ve bireylerin istirahat ve maksimum kalp atım sayıları üzerinden bir hesaplama yapmaya imkân tanıyan Karvonen kalp atım sayısı rezervi formülü kullanılmıştır. Bu hesaplamalarda bireylerin hesaplanan kalp atım sayısı rezervlerinin %50'si, egzersizlerin hedef iş oranı olarak kabul edilmiştir.

Eşitlik 2

$$\text{Egzersiz Nabızı} = \text{İstirahat Nabızı} + (\text{Maksimum Nabız} - \text{İstirahat Nabızı}) \times \%50$$

Egzersiz programında kullanılan basamaklamanın haftalara göre durumu, fiziksel aktivite programı akış şemasında gösterilmiştir. Bu akışa göre; 4 haftalık egzersiz programı süresince ikişer haftalık her periyotta egzersiz süreleri sırasıyla 30 ve 35 dakika olarak arttırılmıştır. Bu egzersizler bireylerin Karvonen kalp atım sayısı rezervi formülüne göre hesaplanan kalp atım sayısı yedeğinin %50'sine karşılık gelecek şekilde düzenlendiğinden, yapılan hesaplamalarda benzer kalp atım sayısı alanında olan bireyler (± 10 atım/dk), aynı egzersiz grubunda olacak şekilde programa dâhil edilmiştir. Bu gruplara ait egzersiz nabızları, her gruptan bir kişiye takılacak olan telemetrik bir kalp atım sayısı takip sistemi kullanılarak izlenmiştir. (Polar RS 400), egzersizlerin hedeflenen nabız aralığında sürdürüldüğü teyit edilmiştir. Isınma periyotları tüm haftalarda 10'ar dakika olarak yürütülmüştür, bu periyodun 5 dakikalık ilk kısmında 110-130 vuru/dk kalp atım sayısı yanıtı alınmıştır, yavaş tempolu yürüyüşler yaptırılmıştır. Devamında boyundan başlanarak ayak bileğine kadar her bir ekleme için yaptırılmış olan ana egzersiz programını oluşturan basit dinamik stretching uygulamaları yer almıştır. Soğuma evrelerinde ise yine 5'er dakikalık yürüyüşler yaptırılmıştır.

Tablo 4. Karvonen Kalp Atım Hızı Formülüne Göre Girişim Grubu Nabızları

OLGU NO	YAŞ	İSTİRAHAT NABIZLARI	FAP SİRASINDAKİ MAKSİMUM NABİZ
Olgu 1	31	70	119
Olgu 2	27	55	124
Olgu 3	63	60	108
Olgu 4	42	65	121
Olgu 5	27	64	129
Olgu 6	53	62	119
Olgu 7	50	76	118
Olgu 8	49	55	118
Olgu 9	37	53	118
Olgu 10	39	54	117
Olgu 11	45	55	114
Olgu 12	24	60	128
Olgu 13	50	61	119
Olgu 14	40	68	124
Olgu 15	63	73	115
Olgu 16	64	71	113
Olgu 17	34	70	128
Olgu 18	48	74	123
Olgu 19	43	55	116
Olgu 20	44	57	116
Olgu 21	39	69	125
Olgu 22	42	72	125
Olgu 23	25	55	125
Olgu 24	52	55	111
Olgu 25	38	54	118
Olgu 26	49	71	121
Olgu 27	48	68	120
Olgu 28	38	56	119
Olgu 29	26	55	124

Tablo 4’de Karvonen kalp atım hızlarına göre bireylerin maksimum nabızları hesaplanmıştır. Bireyler maksimum nabız hızlarına göre gruplara ayrılmıştır.

Seans	1.Bölüm	2.Bölüm	3.Bölüm	4.Bölüm
1	Bireylerin halka oluşturma, bedensel bir hareket ile isimlerini söyleyerek kendilerini tanıtmaları (tanışma oyunu)	Isınma oyunu olan belli bir melodi ve ekstremite hareketlerini içeren ‘dam dam dah dah’ uygulanmıştır	Basit dinamik ve statik stretching (20 dakika), Müzik eşliğinde önce yürüme daha sonra müzik sesinin artması ile beraber hızlı yürüme ve tekrar ses artışı ile beraber yavaş koşu	Bireylerin yaratıcılık, dikkat, beden imajının gelişimi amacıyla egzersizlerin gönüllü bir katılımcı tarafından gruba tekrar uygulanması
2	Bireylerin halka oluşturma, bedensel bir hareket ile isimlerini söyleyerek kendilerini tanıtmaları (tanışma oyunu)	Isınma oyunu olan belli bir melodi ve ekstremite hareketlerini içeren ‘Funga Alafia’ uygulanmıştır	Basit dinamik ve statik stretching (20 dakika) Müzik eşliğinde önce yürüme daha sonra müzik sesinin artması ile beraber hızlı yürüme ve tekrar ses artışı ile beraber yavaş koşu	Egzersiz bölümlerinin bir katılımcı tarafından gruba tekrar uygulanması Yavaş tempolu yürüyüş ile aktivite sonlandırılmıştır
3	Bireylerin halka oluşturma, ilk seans belirledikleri bedensel hareketleri yapmaları	Dairesel düzlemde yavaş tempolu yürüyüş (5 dakika)	Basit dinamik ve statik stretching (20 dakika) Müzik eşliğinde önce yürüme daha sonra müzik sesinin artması ile beraber hızlı yürüme ve tekrar ses artışı ile beraber yavaş koşu	Egzersiz bölümlerinin bir katılımcı tarafından gruba tekrar uygulanması Yavaş tempolu yürüyüş ile aktivite sonlandırılmıştır
4	Bireylerin halka oluşturma, ilk seans belirledikleri bedensel hareketleri yapmaları	Dairesel düzlemde hızlı tempolu yürüyüş (5 dakika)	Basit dinamik ve statik stretching (20 dakika) Müzik eşliğinde önce yürüme daha sonra müzik sesinin artması ile beraber hızlı yürüme ve tekrar ses artışı ile beraber yavaş koşu	Egzersiz bölümlerinin bir katılımcı tarafından gruba tekrar uygulanması Yavaş tempolu yürüyüş ile aktivite sonlandırılmıştır

İKİNCİ HAFTA

5	Isınma oyunu olan belli bir melodi ve ekstremiteler hareketlerini içeren ‘dam dam dah dah’ uygulanmıştır	Dairesel düzlemde yavaş tempolu yürüyüş (5 dakika)	Basit dinamik ve statik stretching (25 dakika) Müzik eşliğinde önce yürüme daha sonra müzik sesinin artması ile beraber hızlı yürüme ve tekrar ses artışı ile beraber yavaş koşu ses artışı ile hızlı tempolu koşu	Yavaş tempolu yürüyüş ile aktivite sonlandırılmıştır.
6	Bireylerden halka oluşturulması istenmiş ‘happy’ adlı energizer yaptırılmıştır.	Dairesel düzlemde yavaş tempolu koşu (5 dakika)	Basit dinamik ve statik stretching (25 dakika) Müzik eşliğinde önce yürüme daha sonra müzik sesinin artması ile beraber hızlı yürüme ve tekrar ses artışı ile beraber yavaş koşu ses artışı ile hızlı tempolu koşu	Yavaş tempolu yürüyüş ile aktivite sonlandırılmıştır
7	Bireylerden halka oluşturulması istenmiş ‘lum lum sum’ adlı energizer yaptırılmıştır.	Dairesel düzlemde yavaş tempolu koşu (5 dakika)	Basit dinamik ve statik stretching (25 dakika) Müzik eşliğinde önce yürüme daha sonra müzik sesinin artması ile beraber hızlı yürüme ve tekrar ses artışı ile beraber yavaş koşu ses artışı ile hızlı tempolu koşu	Yavaş tempolu koşu ile aktivite sonlandırılmıştır
8	Birinci bölümünde bireylerden halka oluşturulması istenmiş ‘the hummer’ adlı energizer yaptırılmıştır.	Dairesel düzlemde hızlı tempolu yürüyüş (5 dakika)	Basit dinamik ve statik stretching (25 dakika) Müzik eşliğinde önce yürüme daha sonra müzik sesinin artması ile beraber hızlı yürüme ve tekrar ses artışı ile beraber yavaş koşu ses artışı ile hızlı tempolu koşu	Yavaş tempolu koşu ile aktivite sonlandırılmıştır

Tablo 5.FAP Seansları

3.10. SEANSLAR İLE İLGİLİ AÇIKLAMALAR

3.10.1. Isınma Oyunları (Warming-up, Energizer)

Isınma oyunları psikodramada oturumların en başında grup dinamiğini sağlayıcı bir etkinlik olarak kullanılmaktadır. Günümüzde kreşlerden, anasınıflarına, ilköğretim okullarından liselere, üniversitelerden şirketlerin eğitim birimlerine, tiyatrolardan televizyon programlarının birçoğuna kadar bu oyunların ve dolayısı ile sosyometri, psikodramanın kullanıldığını görmekteyiz (Altınay, 2015, s.24). Psikodrama insanın eylemsiz olamayacağını savunur. Psikodramaya göre, insan yaratıcılığının tüm potansiyelini kullanmalıdır ve eyleme geçmelidir. Böylece yaratıcılığın görünür hale gelmesini sağlayan spontanlığını kullanır ve spontanlığın da yardımı ile sağlıklı bir yaşam sürebilir (Özbek, Leutz ve Okyayuz, 2011, s.73). Isınma oyunları bireylerin yaratıcılıklarını ve spontanlıklarını destekler, grup dinamiğini sağlar, gruba aidiyet duygusunu artırır ve eyleme geçmeleri için cesaretlendirir (Altınay, 2015, s.25).

3.10.2. Seans Hedefleri

Birinci seansda grup dinamiğini sağlayıcı tanışma oyunları uygulanmıştır.

İkinci seansda bireylerin dikkatlerini toplaması ve gruba dahil olmaları hedeflenmiştir.

Üçüncü seansda bireylerin cesaretlendirilmesi, grup içerisinde söz sahibi olmaları sağlanmış, benlik saygısının yükselmesi hedeflenmiştir.

Dördüncü seansda bireylerin cesaretlendirilmesi, grup içerisinde söz sahibi olmaları sağlanmış, benlik saygısının yükselmesi hedeflenmiştir.

Beşinci seansda bireylerin ana egzersiz öncesi ısınmaları sağlanmış, egzersize konsantre olmaları hedeflenmiştir. Bu seanstan itibaren bireylerin egzersiz nabızları dikkate alınarak ana egzersiz süresi 5 dakika arttırılmıştır.

Altıncı seansda da beşinci seansa benzer şekilde ana egzersiz kademeli olarak arttırılmış şekli ile uygulanmaya devam edilmiştir. Beşinci seanstan farklı olarak yavaş tempolu koşu ile egzersize ısınmaları sağlanmıştır.

Yedinci seansda uzatılan egzersiz süresine ek olarak son bölümde bir önceki seansa göre daha tempolu koşu ile sonlandırılmıştır.

Sekizinci seansda ısınma, hızlı tempolu yürüyüş ile başlatılarak bireylerin ana egzersize uyumunun kolaylaştırılması hedeflenmiştir.

BULGULAR

4.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 6. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		Girişim (n=29)		Kontrol (n=29)		Toplam (N=58)	
		(n)	%	(n)	%	(n)	%
Yaş	18-33 yaş arası	6	20,7	10	33,3	16	25,9
	34-49 yaş arası	16	55,2	11	36,7	27	46,6
	50-65 yaş arası	7	24,1	9	30	16	27,5
Cinsiyet	Kadın	10	34,5	16	55,2	26	44,8
	Erkek	19	65,5	13	44,8	32	55,2
Medeni Durum	Evli	3	10,3	6	20,7	9	15,5
	Bekar	26	89,7	23	79,3	36	84,5
Eğitim Durumu	İlkokul	13	44,8	13	44,8	26	44,8
	Ortaokul	4	13,8	6	20,7	10	17,2
	Lise	11	37,9	8	27,6	19	32,8
	Üniversite	1	3,5	2	6,9	3	5,2
Gelir Durumu	Gelir giderden az	10	34,5	21	72,4	31	53,4
	Gelir gidere denk	18	62,1	8	27,6	26	44,8
	Gelir giderden fazla	1	3,4	-	-	1	1,8
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	2	6,9	2	6,9	4	6,9
	Ailesi ile beraber	16	55,2	13	44,8	29	50
	Bakım evinde diğer bireylerle	11	37,9	14	48,3	25	43,1

Girişim ve kontrol grubu hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 6’da verilmiştir.

Girişim grubu hastaların %65,5'i erkek, % 34,5'i kadın, %89,7'si bekar, % 10,3'ü evli, %44,8'i ilkokul, %37,9'u lise, %13,8'i ortaokul, ve %3,4'ü üniversite mezunu, %62,1'nin geliri gidere denk, % 55,2'si ailesi ile, %37,9'u bakım evinde diğer bireylerle beraber yaşamaktadır (Tablo.6).

Girişim grubu hastalarının yaş ortalaması ise $42,41 \pm 11,14$ olup, %55,2'si 34-49 yaş, %24,1'i 50-65 yaş ve % 20,7'si 18-33 yaş aralığındadır (Tablo.6).

Kontrol grubu hastaların % 55,2'si kadın, %44,8'i erkek, 79,3'ü' bekar, %20,7'si evli, %44,8'i ilkokul, %27,6'sı lise, %20,7'si ortaokul ve %6,9'u üniversite mezunu, %27,6'sının geliri giderine denk, ailesi ile beraber yaşayanların oranı ise % 44,8, bakım evinde diğer bireylerle yaşayanların oranı %43,1 dir (Tablo.6).

Kontrol grubu hastaların yaş ortalaması $41,51 \pm 11,53$ olup, %36,7'si 34-49 yaş, %33,3'ü 18-33 yaş ve %30'u 50-65 yaş aralığındadır (Tablo.6).

4.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarının İncelenmesi

Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarına Göre Dağılımı

	Yanıt	Girişim (n=29)		Kontrol (n=29)		Toplam (N=58)	
		n	%	n	%	n	%
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumları	Evet	13	44,8	13	44,8	26	44,8
	Hayır	16	55,2	16	55,2	32	55,2
Daha Önce Fiziksel Aktivite Programına Katılma Durumları	Evet	13	44,8	-	-	13	22,4
	Hayır	16	55,2	29	100	45	77,6
Yapılan Düzenli Fiziksel Aktivite Türü	Yürüyüş	11	84,6	10	76,9		
	Basit ısınma egzersizleri	2	15,4	1	7,7		
	Fitness (aletli-aletsiz egzersiz programı)	-	-	2	15,4		
	Koşu	-	-	-	-		
Daha Önce Katıldıkları Fiziksel Aktivite Programları	Yürüyüş	8	61,5	-	-		
	Basit ısınma egzersizleri	4	30,8	-	-		
	Fitness (aletli-aletsiz egzersiz programı)	1	7,7	-	-		
	Koşu	-	-	-	-		

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların fiziksel aktivite yapma durumlarına göre dağılımı Tablo.7’de verilmiştir.

Girişim grubu hastalarından daha önce fiziksel aktivite programına katılanların oranı %55,2 iken, günlük düzenli fiziksel aktivite yapanların oranı %44,8’dir (Tablo.7).

Girişim grubu hastaları düzenli yürüyüş yapanların oranı %84,6 iken basit ısınma egzersizi yapanların oranı %15,4’dür (Tablo.7). Kontrol grubu hastaların düzenli fiziksel aktivite yapanların oranı %44,8 olup, %76,9’u yürüyüş, %15,4’ü aletli-aletsiz egzersiz, %7,7’si basit ısınma egzersizi yapmaktadır (Tablo.7).

4.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Tablo 8: Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQL BREF-TR) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Ölçek Puan Ortalamaları		Girişim Grubu (n=29)	Kontrol Grubu (n=29)	Toplam (N=58)	Puan Aralığı	Dağılımın Normalliği	Gruplar Arası Fark
		X± Ss (min-maks)	X± Ss (min-mak)	X± Ss (min-maks)			
Ön Test Puanları	WHOQL- Genel Sağlık Durumu	58,62±24,57 (12,5-100)	63,79±20,14 (0-75)	51,93±23,97 (0-100)	0-100	p=0,254	t=2,192 p=0,033 ^a
	WHOQL- Fiziksel Sağlık	59,48±14,23 (32,14-89,29)	43,22±10,20 (28,57-60,71)	51,35±14,76 (55,23-28,57)	0-100	p=0,243	t=4,999 p ^a =0,000 ^a
	WHOQL- Psikolojik	63,21±22,35 (8,33-100)	45,54±15,70 (16,67-70,83)	54,38±21,12 (8,33-100)	0-100	p=0,100	t=3,483 p=0,001 ^a
	WHOQL- Sosyal İlişkiler	51,14±20,37 (8,33-100)	40,80±15,32 (0-75)	45,97±18,61 (0-100)	0-100	p=0,367	t=2,185 p=0,033 ^a
	WHOQL- Çevre	62,06±15,16 (31,25-100)	45,46±17,04 (0-75)	53,71±18,07 (0-100)	0-100	p=0,331	t=3,942 p=0,000 ^a
Son Test Puanları	WHOQL- Genel Sağlık Durumu	63,79±20,14 (25-100)	44,39±21,28 (0-75)	54,09±22,74 (0-100)	0-100	p=0,780	t=3,565 p=0,001 ^a
	WHOQL- Fiziksel Sağlık	64,16±12,46 (42,86-85,71)	46,79±17,08 (0-75)	55,48±17,20 (0-85,71)	0-100	p=0,431	t=4,422 p=0,000 ^a
	WHOQL- Psikolojik	66,81±15,40 (29,17-100)	45,68±16,97 (0-70,8)	56,25±19,28 (0-100)	0-100	p=0,831	t=4,960 p=0,000 ^a
	WHOQL- Sosyal İlişkiler	58,04±21,87 (8,33-100)	40,51±14,89 (0-75)	49,28±20,54 (0-100)	0-100	p=0,104	t=3,567 p=0,001 ^a
	WHOQL- Çevre	70,25±12,43 (50-100)	46,65±16,55 (0-75)	58,45±18,76 (0-100)	0-100	p=0,139	t=6,138 p=0,000 ^a
Farklar	WHOQL Genel Sağlık	5,17±9,74 (37,5-0)	,86±3,22 (0-12,5)	2,15±7,81 (17,5-37,5)	0-100	p=0,000	U=283,0 Z=718,0 p=,001, ^b
	WHOQL- Fiziksel Sağlık	4,67±7,52 (7,14-17,86)	3,57±13,89 (28,57-28,57)	4,12±11 (28,57-28,57)	0-100	p=0,032	U=415,0 Z=850,0 p=,937, ^b
	WHOQL- Psikolojik	3,59±13,76 (16,67-41,67)	,14±8,80 (16,67-20,83)	1,86±11,5 (16,67-41,67)	0-100	p=0,066	t=1,137 p=,261 ^a
	WHOQL- Sosyal İlişkiler	6,89±12,00 (8,33-41,67)	0,28±2,71 (8,33-8,33)	3,30±9,34 (8,33-41,67)	0-100	p=0,000	U=280,5 Z=715,0 p=,004, ^b
	WHOQL- Çevre	8,18±6,21 (3,13-18,75)	1,29±5,69 (6,25-25)	4,74±6,85 (6,25-25)	0-100	p=0,075	t=4,404 p=,000 ^a

^a Student t test, ^bMann withney U

WHOQL Ön Test Ölçümleri: Bireylerin WHOQL puanları gruplar bazında Tablo.8’de sunulmuştur.

Girişim ve kontrol grubu hastaların ön test genel sağlık durumu WHOQL puan ortalamaları $51,93 \pm 23,97$ olurken; girişim grubunda $58,62 \pm 24,57$, kontrol grubunda $63,79 \pm 20,14$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında ön test WHOQL genel sağlık durumu açısından önemli bir farklılık bulunmamaktadır ($t=2,192$ $p>0,05$) (Tablo. 8).

Girişim ve kontrol grubu hastaların WHOQL ön test fiziksel sağlık durumu puan ortalamaları $51,35 \pm 14,76$ olurken; girişim grubunda $59,48 \pm 14,23$, kontrol grubunda $43,22 \pm 10,20$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında ön test fiziksel sağlık durumu açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($t=4,999$ $p<0,05$) (Tablo. 8).

Girişim ve kontrol grubu hastaların ön test WHOQL psikolojik durumu puan ortalamaları $54,38 \pm 21,12$ olurken; girişim grubunda $63,21 \pm 22,35$, kontrol grubunda $45,54 \pm 15,70$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında ön test psikolojik durumu arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($t=3,483$ $p<0,05$) (Tablo. 8).

Girişim ve kontrol grubu hastaların WHOQL ön test sosyal ilişkiler puan ortalamaları $45,97 \pm 18,61$ olurken; girişim grubunda $51,14 \pm 20,37$, kontrol grubunda $40,80 \pm 15,32$ puan olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında ön test sosyal ilişkiler arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır ($t=2,185$ $p>0,05$) (Tablo. 8).

Girişim ve kontrol grubu hastaların WHOQL çevre boyutu incelendiğinde puan ortalamaları $53,71 \pm 18,07$ olurken; girişim grubunda $62,06 \pm 15,16$ kontrol grubunda $45,46 \pm 17,04$ olarak belirlenmiştir Gruplar arasında ön test çevre puanları arasında farklılık mevcuttur ($t: 3,942$ $p<0,05$) (Tablo. 8).

WHOQL Son Test Ölçümleri: Girişim ve kontrol grubu hastaların son test WHOQL genel sağlık durumu puan ortalamaları $54,09 \pm 22,74$ olurken; Girişim grubunda $63,79 \pm 20,14$, kontrol grubunda $44,39 \pm 21,28$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arası son test genel sağlık durumu arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($t=3,565$ $p<0,05$) (Tablo.8). Buna göre girişim grubundaki hastaların genel sağlık durumunun kontrol grubundaki hastalara göre daha iyi olduğu söylenebilir.

Girişim ve kontrol grubu hastaların WHOQL son test fiziksel sağlık durumu puan ortalamaları $55,48 \pm 17,2$ olurken; girişim grubunda, $64,16 \pm 12,46$, kontrol grubunda $46,79 \pm 17,08$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arası son test fiziksel sağlık durumu açısından farklılık mevcuttur ($t=4,422$ $p<0,05$) (Tablo.8).

Girişim ve kontrol grubu hastaların WHOQL son test psikolojik durumu puan ortalamaları $56,25 \pm 19,28$ puan olurken; Girişim grubunda $66,81 \pm 15,40$, kontrol grubunda $45,68 \pm 16,97$ puan olarak belirlenmiştir. Gruplar arası son test psikolojik durumu açısından anlamlı bir farklılık mevcuttur ($t=4,960$ $p<0,05$) (Tablo. 8).

Girişim ve kontrol grubu hastaların WHOQL son test sosyal ilişkiler boyutu puan ortalamaları $49,28 \pm 20,54$ olurken; girişim grubunda $58,04 \pm 21,87$, kontrol grubunda $40,51 \pm 14,89$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arası son test sosyal ilişkiler boyutu açısından anlamlı farklılık mevcuttur ($t=3,567$ $p<0,05$) (Tablo. 8).

Girişim ve kontrol grubu hastaların WHOQL son test çevre puan ortalamaları $58,45 \pm 18,76$ olurken; Girişim grubunda $70,25 \pm 12,43$, kontrol grubunda $46,65 \pm 16,55$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arası son test çevre boyutu açısından anlamlı farklılık mevcuttur ($t=6,138$ $p<0,05$) (Tablo.8).

4.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımının İncelenmesi

Tablo 9. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

İDÖ	Girişim (n=29)	Kontrol (n=29)	Toplam (N=58)	Puan Aralığı	Dağılımın Normalliği	Gruplar Arası Fark
Ön Test Puanları	$84,82 \pm 16,82$ (42-120)	$71,72 \pm 14,54$ (33-96)	$78,27 \pm 16,92$ (33-120)	24- 120	$p=0,770$	$t=3,173$ $p=0,002^a$
Son Test Puanları	$91,20 \pm 13,66$ (54-120)	$73,68 \pm 14,65$ (33-96)	$82,44 \pm 16,46$ (33-120)	24- 120	$p=0,574$	$t=4,760$ $p=0,000^a$
Fark	$84,82 \pm 16,82$ (42-120)	$71,72 \pm 14,54$ (33-96)	$78,27 \pm 16,92$ (33-120)	24-120	$P=0,803$	0,000

^a Student t test, ^bMann withney U

Ön Test Ölçümleri:

Girişim ve kontrol grubu hastaların ön test İDÖ puan ortalamaları $78,27 \pm 16,92$ olurken; girişim grubunda $84,82 \pm 16,82$ kontrol grubunda $71,72 \pm 14,54$ puan olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında ön test İDÖ puanları arasında farklılık mevcuttur ($t=3,173$ $p < 0,05$) (Tablo.9).

Girişim grubu İDÖ ön test puan ortalaması kontrol grubu İDÖ ön test puan ortalamasına göre daha yüksektir.

Son Test Ölçümleri:

Bireylerin İDÖ son test puan ortalamaları $82,44 \pm 16,46$ olurken; girişim grubunda $91,20 \pm 13,66$ kontrol grubunda $73,68 \pm 14,65$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arası son test İDÖ puanları açısından anlamlı farklılık mevcuttur ($t=4,760$ $p < 0,05$) (Tablo. 9).

Girişim grubu İDÖ son test puan ortalaması kontrol grubu İDÖ son test puan ortalamasına göre daha yüksektir.

4.5. Girişim Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test)

ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan

Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi

Tablo 10. Girişim Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test) ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Girişim Grubu Hastalar (n=29)	Ön Test $X \pm sS$ (min-maks)	Son Test $X \pm sS$ (min-maks)	Test Değeri
WHOQL Genel Sağlık	$58,62 \pm 24,57$ (12,5-100)	$63,79 \pm 20,14$ (25-100)	Z: -2,588, p:0,01^a
WHOQL- Fiziksel Sağlık	$59,48 \pm 14,23$ (32,14-89,29)	$64,16 \pm 12,46$ (42,86-85,71)	Z: -2,879, p:0,004^a
WHOQL- Psikolojik	$63,21 \pm 22,35$ (8,33-100)	$66,81 \pm 15,4$ (29,17-100)	t: -1,406, p:0,171 ^b
WHOQL- Sosyal İlişkiler	$51,14 \pm 20,37$ (8,33-100)	$58,04 \pm 21,87$ (8,33-100)	t: -3,093, p:0,004^b
WHOQL- Çevre	$62,06 \pm 15,16$ (31,25-100)	$70,25 \pm 12,43$ (50-100)	t: -7,094, p:0,000^b
İDÖ	$84,82 \pm 16,82$ (42-120)	$91,20 \pm 13,66$ (54-120)	t: -7,104, p:0,000^b

Girişim grubu hastaların WHOQL ve İDÖ puanları Tablo. 10'da verilmiştir. Genel sağlık durumu ön test puanı $58,62 \pm 24,57$ iken girişim sonrası son test puan ortalaması $63,79 \pm 20,14$ 'dür (Tablo.10).

Genel sağlık durumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Z: -2,588, $p=0,01$, $p<0,05$) (Tablo.10).

Fiziksel sağlık durumu ön test puanı $59,48 \pm 14,23$ iken girişim sonrası test puan ortalaması $64,16 \pm 12,46$ 'dır (Tablo.10).

Fiziksel sağlık durumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Z: -2,879, $p=0,004$, $p<0,05$) (Tablo.10). Girişim grubu hastaların ön test puanlarının girişim sonrası arttığı görülmüştür. Psikolojik durumu ön test puan ortalaması $63,21 \pm 22,35$ iken son test puan ortalaması $66,81 \pm 15,4$ 'dür (Tablo.10).

Psikolojik durum puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir (t: -1,406, $p=0,171$, $p>0,05$). Sosyal ilişkiler ön test puan ortalaması $51,14 \pm 20,37$ iken son test puan ortalaması $58,04 \pm 21,87$ 'dür (Tablo.10). Ölçeğin sosyal ilişkiler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (t: -3,093, $p=0,004$, $p>0,05$) (Tablo.10). Çevre ön test puan ortalaması $62,06 \pm 15,16$ iken son test puan ortalaması $70,25 \pm 12,4$ 'dir (Tablo.10). Ölçeğin çevre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (t: -7,094, $p=0,000$, $p<0,05$) (Tablo.10).

İDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (t: -7,104, $p=0,000$, $p<0,05$) (Tablo.10). İDÖ Ön test puanlarının girişim sonrası arttığı görülmüştür.

4.6. Kontrol Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test) ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi

Tablo 11. Kontrol Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test) ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kontrol Grubu Hastalar (n=29)	Ön test X± sS (min-maks)	Son Test X± sS (min-maks)	Test Değeri
WHOQL Genel Sağlık	63,79±20,14 (,00-75,00)	44,39±21,28 (,00-75,00)	t: 1,440, p:0,161 ^b
WHOQL- Fiziksel Sağlık	43,22±10,20 (28,57-60,71)	46,79±17,08 (,00-75)	Z: -1,438, p:0,150 ^a
WHOQL- Psikolojik	45,54±15,70 (16,67-70,83)	45,68±16,97 (,00-70,8)	Z: -,197, p:0,844 ^a
WHOQL- Sosyal İlişkiler	40,80±15,32 (,00-75)	40,51±14,89 (,00-75)	Z: -,577, p:0,564 ^a
WHOQL- Çevre	45,46±17,04 (,00-75)	46,65±16,55 (,00-75)	t: -1,222, p:0,262 ^b
İDÖ	71,72±14,54 (33-96)	73,68±14,65 (33-96)	t: -2,052, p:0,050^b

^a Wilcoxon Signed Ranks Test, ^b Paired sample t test

Kontrol grubu hastaların WHOQL Ve İDÖ puanları Tablo. 11’de verilmiştir.

Ölçeğin genel sağlık boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir (t:1,440, p=0,161, p>0,05)(Tablo.10). Ölçeğin fiziksel sağlık boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir (Z: -1,438, p=0,150 p>0,05) (Tablo.11).

Ölçeğin psikolojik boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir (Z: -,197, p=0,844, p>0,05) (Tablo.11).

Ölçeğin sosyal ilişkiler boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($Z: -0,577$, $p=0,564$ $p>0,05$) (Tablo.11). Ölçeğin çevre boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($t: -1,222$, $p=0,262$ $p>0,05$) (Tablo.11). İDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır ancak bu sınırdan bir değer olarak görülmektedir ($t: -2,052$, $p=0,050$) (Tablo.11). Girişim uygulanmayan kontrol grubu hastaların yaşam kaliteleri ve iyileşme düzeylerinde herhangi bir değişiklik olmadığı öne sürülebilir.



TARTIŞMA

Bu bölümde şizofrenik bozukluğu olan bireylere uygulanan Fiziksel Aktivite Programının yaşam kalitesi ve iyileşme sürecine etkisinin araştırıldığı çalışmanın bulguları, literatür ve araştırma soruları göz önüne alınarak tartışılmıştır.

5.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalara İlişkin Sosyodemografik Bilgilerin İncelenmesi

Araştırmaya katılan şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin tanıtıcı bilgilerinden elde edilen bulguları ve bulgulara ilişkin yorumları kapsamaktadır.

Araştırmaya toplam 58 şizofreni tanılı birey katılmıştır. Bu bireylerin 29'unu girişim grubu oluştururken 29'unu kontrol grubu oluşturmaktadır.

Çalışmamızda girişim grubunun büyük bir çoğunluğunu erkek hastalar oluştururken kontrol grubunun yarısından fazlasını kadın hastaların oluşturduğunu görmekteyiz. Örneklem tamamı incelendiğinde erkek hastaların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Şizofrenik bozukluğa sahip bireylere uygulanan tai chi ve egzersiz programının hastalık belirtileri üzerine etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada bireylerin çoğunluğunun erkek (%53) olduğu görülmektedir (Ho ve ark, 2016). Şizofrenik bozukluğu olan bireylere uygulanan yapılandırılmış egzersiz programı konulu başka bir çalışmada girişim grubundaki hastaların %53,3'ünü erkekler, %46,7'sini kadınlar oluştururken, kontrol grubundaki hastaların %61,3'ünü erkekler, %38,7'ini kadınların oluşturduğunu görmekteyiz (Korkmaz Aslan, 2017). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda tüm örneklem gruplarında erkek bireylerin çoğunlukta olduğunu söyleyebiliriz. Şizofrenik bozukluğun kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklığının eşit olduğu düşünüldüğünde, çalışmalarda erkek bireylerin çoğunlukta olması TRSM'lerine başvuran ve düzenli olarak gelen bireylerin daha çok erkek bireyler olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda bireylerin büyük bir çoğunluğunun bekâr olduğu görülmektedir. Şizofrenik bozukluğa sahip bireylere uygulanan tai chi ve egzersiz programının hastalık belirtileri üzerine etkisinin araştırıldığı çalışma bulgularına göre programa dâhil olan bireylerin büyük çoğunluğunun bekâr (%68,9) olduğu görülmektedir (Ho ve ark, 2016).

Şizofrenik bozukluğu olan bireylere uygulanan yapılandırılmış egzersiz programı konulu araştırmada girişim grubundaki hastaların %93,3'ünü bekâr %6,7'sini evli, kontrol grubu hastaların %77,4'ünün bekâr, %22,6'sının evli olduğu görülmektedir (Korkmaz Aslan, 2017). Bu bağlamda şizofrenik bozukluğun genç yaşlarda başladığı dolayısı ile yaşamlarının büyük bir bölümünü hastalığın getirdiği yeti yitimleriyle mücadele etmekle geçirdikleri göz önüne alındığında büyük çoğunluğunun bekâr olması beklenen bulgular arasındadır. Hastalıkla beraber anlama ve yorumlama biçimlerinde değişikliklerin olduğu, ilişki kurmada güçlük çektikleri ve iletişimlerinin sınırlı olduğu düşünüldüğünde doyumlu bir ilişki kurabilmelerinin dolayısı ile evliliği sürdürebilmelerinin güç olduğu söylenebilir (Eyüboğlu, 2017). Çalışmamızın eğitim durumuna ilişkin verileri incelendiğinde her iki grup içinde ilkokul mezunu olan bireylerin çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Ho ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışma verileri çalışmamız verileri ile uyumluluk içindedir. Buna göre çalışmada ilkokul mezunu bireylerin çoğunlukta (%58,3) olduğu görülmektedir (Ho ve ark, 2016).

Şizofrenik bozukluğun genç yaşlarda başlayarak, sosyal işlevsellikte ve akademik başarıda belirgin düşüslere sebep olması bu durumla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda girişim ve kontrol grubu hastalarının çoğunluğunun ailesi ile birlikte yaşadığı görülmüştür.

Bebe ve arkadaşları (2013) 'nın yapmış olduğu 18 hafta süren, haftada 5 gün uygulanan fiziksel aktivite çalışmasında girişim grubu hastaların %55,4'ü yalnız, %27'si ailesi ile beraber %18,5'i bakım evinde yaşamaktadır.

Kontrol grubu hastaları ise %55'i yalnız, %36'sı ailesi ile beraber ve %9'unun bakım evinde yaşadığı tespit edilmiştir (Bebe ve ark, 2013). Bu durum çalışmamızla kısmen paralellik göstermektedir. Şizofrenik bozukluğu olan bireylere uygulanan yapılandırılmış egzersiz programı konulu araştırmada girişim grubundaki hastaların %46,7'si çekirdek ailede, %43,3'ü bakım evinde kaldığı ve %10'unun geniş aile ile beraber yaşadığı görülmüştür. Kontrol grubu hastaların ise %67,7'si çekirdek ailede, 19,4'ü bakım evinde ve %12,9'u geniş ailede yaşadığı görülmüştür (Korkmaz Aslan, 2017). Şizofrenik bozukluğun yaşam boyu süren, nüksler ve remisyonlarla seyreden ruhsal bir bozukluk olduğu düşünüldüğünde, bireylerin aile hayatları ve sosyal ilişkileri bu durumdan olumsuz etkilenmekte, aileler çoğu zaman baş etmede güçlük yaşamaktadır (Eyüboğlu, 2017). Çalışmamız da şizofrenik bozukluğa sahip bireyler

arasında bakım evinde yaşayanların oranında azımsanmayacak düzeydedir. Güçlük yaşayan aile bireylerinin birçoğu da şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin özbakım eksikliği, özkıym girişimleri sebebi ile hem hastanın güvenliği hem kendi güvenlikleri açısından bakım evlerine başvurumaktadırlar (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017).

Çalışmamızda girişim grubu hastalarının yaş ortalaması $42,41 \pm 11,14$ iken, kontrol grubu hastaların yaş ortalaması $41,51 \pm 11,53$ 'dür. Girişim ve kontrol grubu hastalarının büyük bir çoğunluğu 34-49 yaş aralığındadır. Gökçen (2019)'nin Dans/hareket tedavisinin (DHT) şizofreni tanılı bireylerde psikotik durum ve işlevsel iyileşme düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacı ile yapmış olduğu araştırmaya toplum ruh sağlığı merkezine düzenli olarak gelen 32 şizofreni tanılı birey katılmıştır. Girişim (16) ve kontrol (16) grubunun karşılaştırıldığı bu randomize kontrollü çalışmada girişim grubu yaş ortalaması $40,25 \pm 10,09$ iken kontrol grubu yaş ortalaması $46,87 \pm 10,25$ 'dir (Gökçen,2019). Bu durum çalışmamızla kısmen paralellik göstermektedir. Çalışmamızla benzerlik gösteren bir çok çalışmada şizofrenik bozukluğun başlangıç yaşı, hastalık yılı gibi sosyodemografik verilerin yer aldığı görülmüştür (Acil ve ark, 2008; Korkmaz Aslan, 2017; Gökçen, 2019) Şizofrenik bozukluğun genç yaşlarda başladığı gözönüne alındığında TRSM'ine başvuran bireylerin hastalık başlangıç yaşlarının sorgulanması gerektiği, çalışmamızın sosyodemografik verileri tasarlanırken bu bilginde soru formunda yer alması gereken bir soru olduğu anlaşılmıştır.

5.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarının İncelenmesi

Fiziksel aktivitelerin sistemik hastalıkların tedavisinde tamamlayıcı olduğu açıktır. Son yıllarda yapılan bir çok çalışmada fiziksel aktivitenin psikiyatrik hastalıkların tedavi sürecine önemli oranda katkı sağladığı, stresi azalttığı, yaşam motivasyonunu arttırdığı ifade edilmektedir (Yaman ve ark, 2007).

Fiziksel aktivitenin düzenli olarak tekrarlanması, bunun bir kültür haline, yaşam biçimi haline getirerek programlar halinde bireylere sunulması bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığına büyük katkı sağlamaktadır (Alpözgen ve Özdiñler, 2016).

Toplum ruh sağlığı merkezinde her gün farklı etkinliklere katılan bireylerin çalışmamızda haftanın 2 günü aynı etkinliğe katılmış olmaları, fiziksel aktiviteyi bir yaşam biçimi haline getirmelerini kolaylaştırmıştır. Haftada 3 kez 30'ar dakikalık

aerobik egzersizin depresif semptomları azalttığı görülmüştür (Perraton, Kumar ve Machotka, 2010).

Psikososyal müdahalelerin yürütücülüğünü yapan eğitimciler bulunmasına rağmen katılım için planlama ve uygulamaları kimi zaman psikiyatri hemşireleri üstlenmektedir. Psikiyatri hemşireleri, bireyleri güçlü gözlem becerileri ile programlara yönlendirmekte, bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda planlama yapmaktadırlar. Hemşirelik tanıları perpektifinden bakıldığında, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri alanlarına göre belirledikleri Nanda tanıları arasında Fiziksel harekette bozulma: hipoaktif ve fiziksel harekette bozulma hiperaktif tanıları yer almaktadır. Bu tanının bireylere girişim planlarken gözününe alınması gereken bir tanı olduğu anlaşılmıştır.

Sabancıoğulları ve arkadaşları (2011) 'nın yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre psikiyatri hemşirelerinin veri toplama sırasında bireylerin fiziksel aktivite ve egzersiz fonksiyonlarını sorgulama oranı % 91,3 olarak belirlenmiştir. Bir diğer hemşirelik tanısı olan aktivite intolaransı tamamen fiziksel aktivite kavramını içermemesine rağmen şöyle bir hemşirelik yaklaşımı benimsememizi önermektedir; fiziksel aktiviteler stresi azaltabileceği için hastanın yürüyüş, hemşire ile beraber yatakları düzeltme, sandalyeleri düzeltme gibi çok az konsantrasyon gerektiren aktivitelere katılımı sağlanabilir (Ertekin Pınar ve Tel, 2012). Bu bağlamda bireylerin fiziksel aktivite türü sorusuna verilen yanıtlar (yürüyüş, koşu, basit ısınma egzersizleri vb) genellikle hafif/orta şiddetli egzersiz türlerinden oluşmaktadır.

Çalışmamızda girişim grubu ve kontrol grubu hastaların düzenli fiziksel aktivite yapma oranlarının eşit olduğu görülmüştür. Grupların homojenliği açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Ho ve ark (2016)'nın yapmış olduğu çalışma sonuçları göre girişim grubu hastaların %54'ü düzenli fiziksel aktivite yaparken kontrol grubu hastaların %67'sinin düzenli fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür (Ho ve ark., 2016). Bu araştırma sonuçlarımız ile her iki grup açısından da benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda bireylerin düzenli olarak en fazla yaptıkları fiziksel aktivite her iki grup içinde yürüyüş olarak belirlenmiştir.

Girişim grubu hastaları için ikinci sırada basit ısınma egzersizleri gelirken kontrol grubu hastalar için ikinci sırada fitness (aletli aletsiz egzersiz programı) gelmektedir.

Bassiliosi, Judd ve Pattison (2014) 'nın şizofrenik bozukluğa sahip bireylerle yapmış olduğu çalışma bulgularına göre bireylerin %71'i yürüyüş, 13'ü fitness, %5'i basit ısınma egzersizi yapmaktadır. Araştırma bulguları karşılaştırıldığında çalışmamızla uyumlu olduğu görülmektedir ve yapılan benzer araştırmaların büyük çoğunluğunda hafif/orta şiddetli egzersiz programlarının kullanıldığı görülmüştür. Bireylerin uzun süreli ilaç kullanımından kaynaklanan yan etkiler (hareket kısıtlılığı) düşünüldüğünde hafif/orta şiddetli egzersiz programı kullanılması bireyler için uygun bir tercih olmuştur.

Loh ve arkadaşları (2016) şizofrenik bozukluğu olan bireylerde yapılandırılmış yürüyüş programının hastalık belirtileri ve yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmada fiziksel aktivite düzeylerini incelemiş ve şu sonuçları elde etmişlerdir; girişim grubu bireylerin 38,6'sı yüksek düzeyde, % 34'ü düşük düzeyde ve % 26,9'u orta düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır.

Kontrol grubu bireylerin % 65,4 düşük, %19,2'si orta ve % 15,4'ü yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır.

Hastaların fiziksel aktivite programına katılma durumları incelendiğinde, girişim grubundaki hastaların belirli bir bölümünün daha önce bir fiziksel aktivite programına katıldığı saptanmış, kontrol grubu hastalarından ise daha önce fiziksel aktivite programına katılan hiçbir hastanın olmaması grupların homojenliğini etkilemiştir.

Bu durum girişim ve kontrol grubu hastaların ön test puanlarının karşılaştırılmasını etkilemiş yalnızca fark puanları değerlendirilebilmiştir.

Şizofreni tanısı alan bireylere yönelik hemşirelik bakımının etkili sunulabilmesi için bu alana temel oluşturacak verilerin hemşireler tarafından sorgulanması, planlanması ve uygulanması büyük önem arz etmektedir (Öz ve Ayhan, 2020).

Hastane temelli modelden toplum temelli modele geçişte önemli merkezler olan toplum ruh sağlığı merkezlerinde bir çok psikososyal müdahale programı yürütülmektedir. Çalışmamızda düzenli fiziksel aktivite yapan hastaların sadece girişim grubunda yer alması hastaların TRSM'nde planlanan müdahale programlarına yeterince katılmadığının göstergesi niteliğindedir. Bireylerin bu programlara katılımlarının sağlanmasında, psikiyatri hemşireleri kilit personeldir (Yılmaz ve Özcan, 2016).

5.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam

Kalitesi Kısa Formu (WHOQL BREF-TR) Puan Ortalamalarına İlişkin

Bulguların İncelenmesi

Psikiyatrik sağaltım ve rehabilitasyonda psikiyatri hemşirelerinin rolü büyüktür. Tıbbi tedavisi planlanan, uzun yıllardır antipsikotik tedavi alan bireylerin yaşam kalitelerini artırmak, ilaç yan etkilerini en aza indirmek sosyal işlevselliklerini artırıcı yönde etkinlikler planlamak psikiyatri hemşirelerinin sorumluluğundadır (Doğan ve Sabancıoğulları, 2011). Bireylerin yaşam kalitesini arttırmak amacıyla düzenlenen psikososyal müdahaleler arasında yer alan fiziksel aktivite, ulaşılabilirliği ve uygulanışı yönü ile psikiyatri hemşirelerinin kolay kullanabileceği bir müdahaledir (Acil ve ark, 2008; Dinç ve ark, 2018).

Çalışmamızda kullanılan WHOQL BREF-TR ölçeğinin 5 alt boyutu her birey için ayrı ayrı incelenmiştir. Girişim grubu için WHOQL alt boyut puan ortalamalarında artış olurken, kontrol grubu WHOQL alt boyutlarında herhangi bir değişiklik görülmemiştir. Bu durum beklenen bulgular arasındadır.

Acil ve arkadaşlarının (2008) şizofrenik bozukluk ile yaşayan 30 bireyle gerçekleştirmiş olduğu yarı deneysel tasarımdaki çalışmada 10 haftalık egzersiz programı sonucu çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Fiziksel aktivite programı uygulanan grubun yaşam kalitesi puan ortalamaları artarken aktivite programı uygulanmayan kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamasında önemli bir değişiklik görülmemiştir. Aynı çalışmada WHOQL alt boyutları incelendiğinde girişim grubunun fiziksel sağlık durumu puan ortalaması egzersiz öncesinde 14,06 puan iken egzersiz sonrası 15,86 puan olduğu görülmüştür. Girişim grubu psikolojik durumu incelendiğinde egzersiz öncesi 13,66 iken egzersiz sonrası 15,73 puan olduğu görülmüştür. Sosyal ilişkiler ve çevre boyutlarındada girişim grubu için sonuçlar benzerdir. WHOQL puan ortalamaları egzersiz sonrası tüm alt boyutlarda artış olarak yansımıştır. Kontrol grubunda WHOQL alt boyutlarında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Trivedi ve arkadaşları (2011) farmakoterapiye yeterli yanıt alınamayan olgulara fiziksel aktivite programı uygulamanın nasıl bir etkisi olacağı fikrinden yola çıkarak bireyleri 12 haftalık iki ayrı egzersiz programı grubuna ayırmışlardır; haftalık ortalama 4.0 mph'lik hızla 210 dk'lık veya haftalık 3.0 mph'lik hızla 75 dk'lık yürüyüş

uygulamışlardır. Çalışma sonuçlarına göre her iki grupta da depresyon belirtilerinde düzelmeler olduğu görülmüş, yaşam kalitesinin önemli ölçüde arttığı ortaya çıkmıştır (Trivedi ve ark, 2011). Çalışmamızda uygulanan 4 haftalık fiziksel aktivite programından sonrada benzer sonuçların ortaya çıktığını görmekteyiz.

Çalışmamızda programın uygulandığı girişim grubunun yaşam kalitesi son test puan ortalamaları programın uygulanmadığı kontrol grubu yaşam kalitesi son test puan ortalamalarına göre daha yüksektir.

Heggelund ve arkadaşları (2011), hastanede tedavi görmekte olan 25 şizofrenik bozukluğu olan bireyle 8 hafta süren fiziksel egzersiz müdahalesi gerçekleştirmiştir. Çalışma sonuçlarına göre egzersize katılan bireylerin yaşam kalitesi ön-test puan ortalamaları ile bilgisayar oyunu oynayan ve egzersize katılmayan grubun ön-test son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını, ancak egzersiz grubunun hastalık belirtilerinde azalma olduğunu ifade etmişlerdir (Heggelund ve ark, 2011).

Stanton ve arkadaşları (2014) alanyazın taraması sonucu ulaştıkları 8 makaleden oluşan derlemelerinde şizofrenik bozukluk, duygudurum bozukluğu ve kaygı bozukluğuna sahip bireyler de 9-12 hafta süren, haftada 3-4 kez 30-40 dk'lık hafif-orta şiddetli kardiyovasküler egzersiz uygulamanın depresif bulguları azalttığını ve yaşam kalitesini artırıcı etkisi olduğunu bildirmişlerdir (Stanton ve ark, 2014).

Beebe ve arkadaşları (2009)'nın 16 hafta boyunca haftada 3 kez uygulamış olduğu aerobik egzersiz programına 12 şizofrenik bozukluk tanılı birey katılmış, çalışma verilerine göre bireylerin hastalık semptomlarında önemli derecede azalma görülmüştür. Girişim (n=6) ve kontrol (n=6) grubundan oluşan bu çalışma sonucunda kontrol grubunada benzer tarzda fiziksel aktivite yapmaları önerilmiştir. Benzer şekilde çalışmamızda izlem çalışması yapılmamıştır ancak kontrol grubu hastalarına da düzenli fiziksel aktivite yapmaları konusunda öneride bulunulmuştur.

Scheewe ve arkadaşları (2013)'nin yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada düzenli uygulanan fiziksel aktivite programlarının pozitif semptomları önemli derecede azalttığı ve negatif semptomlarda gerileme ile beraber hastaneye yatışlarını azalttığı görülmüştür (Perreton ve arkadaşları, 2010; Trivedi ve arkadaşları, 2011).

Stubbs ve arkadaşları (2014)'nin yapmış olduğu çalışmada egzersiz ile motor fonksiyonların ve yaşam kalitesinin demanslı hastalarda olumlu yönde etkilendiğini öne sürmüşlerdir (Stubbs ve diğerleri, 2014). Cassilhas ve arkadaşları (2015)'nin

yapmış olduğu randomize kontrollü çalışma verilerine göre kontrol grubunun 10. ve 20. haftada yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler, çevre alt boyutu, psikolojik sağlık durumu alt boyutları puan ortalamasının giderek arttığını saptamışlardır.

Direnç egzersizi ve eş zamanlı egzersiz gruplarının başlangıç, 10. ve 20. haftalarda şizofrenide depresyon ölçeği puanlarının azaldığı görölmüştür (Cassilhas ve ark, 2015). Çalışma verileri yaşam kalitesi ölçeğindeki her bir alt boyuttaki puan artışını destekler niteliktedir. Uygulanan girişimin başarılı olduğunu puan artışlarına bakarak söylemek mümkündür.

Ho ve arkadaşları (2016)'nın şizofreni tanılı bireylerle gerçekleştirmiş olduğu çalışma verilerine göre haftada 2 kez günde 1 saat yapılan düzenli fiziksel aktivitenin negatif ve pozitif belirtileri azalttığı dolayısı ile yaşam kalitesini artırdığı, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha sık rol aldığı görölmüştür. Çalışmamızda haftada 2 kez günde 30 ve 35 dakikalık egzersiz programının bireylerin yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

Loh ve arkadaşları (2016)'nın şizofreni tanılı bireylerle gerçekleştirmiş olduğu çalışmada girişim grubuna 12 hafta boyunca haftada 4 gün egzersiz programı uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmamış sadece 12 hafta sonunda yaşam kalitesi ve negatif-pozitif belirtiler ölçeği uygulanmıştır. Çalışma verilerine göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık, genel sağlık durumu ve enerji sosyal fonksiyon, duygusal roller ve psikolojik sağlık alt boyutları puan ortalamalarının arttığı, kontrol grubunun ise değişmediğı görölmüştür (Loh ve ark, 2016).

Erdoğan (2018)' in şizofreni tanılı bireylerle gerçekleştirmiş olduğu (n=30), reakrasyonel aktivitelerin yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik üzerine etkisinin incelendiğı çalışmada 12 hafta sonunda bireylerin sosyal işlevsellik puan ortalamalarının ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının yükseldiğı görölmüştür. Şizofrenik bozuklukta sosyal işlevselliklerini yitiren bireylerin egzersiz sonrası sosyal işlevselliklerindeki iyileşmelerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğı çalışmamızdan elde edilen verilerin bu durumu desteklediğini söyleyebiliriz.

Korkmaz Aslan (2017)'nın şizofrenik bozukluğu olan bireylere uygulanan yapılandırılmış egzersiz programının yaşam ve uyku kalitesine etkisini incelediğı araştırmada girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi genel sağlık durumu puan ortalamalarının egzersiz sonrasında arttığını ifade etmiştir. Egzersiz öncesi genel

sağlık durumu puan ortalaması $55,36 \pm 10,52$ iken, egzersiz sonrası $61,55 \pm 9,64$ ve üç ay sonrası $64,40 \pm 8,77$ puan olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi psikolojik durum puan ortalamaları incelendiğinde egzersiz sonrasında öncesine göre anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi psikolojik durum puan ortalamaları egzersiz öncesi $51,67 \pm 11,82$, egzersiz sonrası $59,17 \pm 13,19$ ve üç ay sonrası $60,97 \pm 12,26$ olduğu görülmüştür. Sosyal ilişkiler alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde, egzersiz öncesi $53,19 \pm 17,36$, egzersiz sonrası $62,08 \pm 16,72$ ve üç ay sonrası $60,42 \pm 16,77$ olduğu görülmüştür (Korkmaz Aslan, 2017). Girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi çevresel boyut puan ortalamaları incelendiğinde egzersiz öncesi $55,65 \pm 8,89$ iken egzersiz sonrası $59,26 \pm 7,97$ ve üç ay sonrası $59,81 \pm 6,99$ olarak bulunmuştur (Korkmaz Aslan, 2017).

Girişim grubundaki hastaların WHOQL ön test puan ortalamaları ile WHOQL son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır. Bu durum çalışmamız verileri ile karşılaştırıldığında ise FAP sonrası girişim grubu WHOQL tüm alt boyutlarındaki puan ortalamalarındaki artış bireylerin yaşam kalitelerindeki artışı göstermektedir. FAP uygulamasının yaşam kalitesini olumlu etkilemesi beklenen bir durumdur.

Aynı çalışmada kontrol grubundaki hastaların genel sağlık durumu puan ortalamaları incelendiğinde, egzersiz öncesi $56,05 \pm 16,42$, egzersiz sonrası $56,45 \pm 16,42$ ve üç ay sonrası $57,26 \pm 15,74$ olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesinin fiziksel sağlık durumu puan ortalamaları egzersiz öncesi $55,41 \pm 11,40$ iken, egzersiz sonrası $57,03 \pm 10,16$ ve üç ay sonrası $57,03 \pm 10,16$ olduğu, yaşam kalitesi psikolojik sağlık boyutu puan ortalamaları egzersiz öncesi $54,97 \pm 12,97$, egzersiz sonrası $56,45 \pm 12,68$ ve üç ay sonrası $55,78 \pm 12,81$ olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler puan ortalamaları egzersiz öncesi $63,98 \pm 9,56$ iken, egzersiz sonrası $50,94 \pm 14,90$ ve üç ay sonrası $50,54 \pm 15,09$ olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesinin çevresel boyut puan ortalamaları egzersiz öncesi $50,94 \pm 14,90$, egzersiz sonrası $65,23 \pm 7,34$ ve üç ay sonrası $66,58 \pm 7,40$ olarak bulunmuştur (Korkmaz Aslan, 2017).

Yaşlı bireylerin fiziksel aktivite sonrası yaşam kalitesinin incelendiği, örneklemini girişim ve kontrol grubu bireylerin oluşturduğu bir başka çalışmada uygulanan 12 aylık düzenli yürüyüş programının girişim grubundaki bireylerin yaşam kalitesini arttırdığını, kendine bakımı güçlendirdiği, yaşam motivasyonu sağladığı, daha fazla sosyalleştikleri saptanmıştır (Bashkireva ve ark, 2018).

Tüm bu veriler ışığında kontrol grubu hastaların yaşam kalitesinde belirgin bir artıştan söz edilemezken, benzer şekilde çalışmamızda girişimin uygulanmadığı kontrol grubu yaşam kalitesinde herhangi bir değişiklik görülmemiştir.

5.4 İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) Puan Ortalamalarına İlişkin

Bulguların İncelenmesi

Onken ve arkadaşları (2007) iyileşme kavramının bireysel olduğunu ve iyileşmenin bireysel motivasyonla ilgili olduğunu ifade etmişlerdir. Bireysel motivasyon unsurlarını ise umut, farkındalık, kendi kaderini tayin etme, anlam/amaç ve yapabilirlik olarak belirlemişlerdir.

Sungur ve arkadaşları (2008)'nın randomize kontrollü çalışması bulgularına göre şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavi protokolü yanında psikososyal tedavilerinde kullanılması bireylerin tedaviye uyumunu arttırmış relapsları azaltmış, hastane yatışlarını belli oranda azaltmıştır. Sungur ve arkadaşları optimal tedavi adını verdikleri bu uygulamayı rutin tedavi ile karşılaştırmıştır. Rutin tedavide sadece antipsikotik tedavisi uygulama ve poliklinik ortamda 30 dakika görüşme sağlarken optimal tedavi protokolünde ev ziyaretleri ve bireyin yaşam aktivitelerini yakından takip eden, aile müdahalelerini içeren bir protokol izlemişlerdir. 24 ayın sonunda optimal tedavi grubundaki hastalarında sosyal ve klinik iyileşme rutin tedavi grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca optimal tedavi alan hastalarda sağlanan klinik ve sosyal yararların tedavi süreci boyunca düzenli ve sürekli bir artış gösterdiği saptanmıştır. Bu müdahale çalışması bireylere uygulanan psikososyal tedavilerin bireylerin iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığının göstergesi niteliğindedir. Çalışmamızda 4 hafta boyunca uygulanan FAP sonrası girişim grubu hastalarının iyileşme değerlendirme ölçek puan ortalamalarının yükseldiğini görülmüştür.

FAP benzeri psikososyal müdahalelerin hastalıkla mücadele eden bireylerin iyilik halini etkileyerek genel sağlık durumunun iyileşmesini desteklediği birçok çalışmada vurgulanmıştır (Gökçe, Güneş, Nalçacı, 2019; Gökçen, 2019).

Yoga'nın iyileşme üzerine etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada girişim (50) ve kontrol (50) grubuna düzenli olarak uygulanan yoga programının hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkilediği, uygulanan bu çalışmanın

hemşirelerin tedavideki etkinliğini de arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Kavak ve Ekinci, 2016).

Yaşam kalitesi artan hastaların sosyal işlevselliğinin arttığı g r lm şt r. Sosyal işlevselliğin iyileşme süreci ile doğrudan ilişkili olduğu d ş n ld ğ nde, bireylerin iyileşme sürecini destekleyen müdahalelerin son derece önemli olduğu anlaşılmıştır (Acil ve ark, 2008; Kavak ve Ekinci, 2014). Bu bağlamda FAP'nın iyileşme sürecini destekleyen önemli bir girişim olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda girişim grubuna uygulanan FAP bireylerin iyileşme süreçlerine olumlu katkı sağlamıştır.

Başar ve Sarı (2018)'nın düzenli egzersizin deperesyon, mutluluk ve psikolojik iyi oluş üzerine etkisini araştırdığı çalışmada depresyon/mutluluk puan ortalamalarının düzenli fiziksel aktivite yapanlarda 12,06 yapmayanlarda 9,83 puan olduğu saptanmıştır.

Mutluluk düzeyi puan ortalamalarının düzenli fiziksel hareket yapanlarda 24,43 puan, düzenli fiziksel aktivite yapmayanlarda 22,03 puan olduğu saptanmıştır. Egzersiz sonucu mutluluk/ depresyon ve psikolojik iyi oluş puan ortalamalarının artışı, bireylerde iyileşme sürecinin olumlu etkilendiğinin bir göstergesi niteliğindedir (Başar ve Sarı, 2018).

Psikolojik iyi oluş puanlarının düzenli fiziksel aktivite yapanlarda 54,03 düzenli fiziksel hareket yapmayanlarda 48,83 puan olarak hesaplamışlardır. İki grup arasındaki bu fark düzenli fiziksel aktivitenin olumlu etkisini göstermiştir. Benzer şekilde  alışmamızda FAP sonrası girişim grubu ve kontrol grubu hastaların iyileşme değerlendirme puan ortalamaları arasında anlamlı derecede farklılık bulunmuştur. Bu durum H₂ hipotezini doğrulamaktadır.

Gökcen (2019)'nin şizofreni tanılı bireylerle gerçekleştirmiş olduğu (n=36) dans/hareket terapisinin hastalık semptomları ve işlevsel iyileşme üzerine etkisinin incelendiği çalışmasında 8 hafta sonunda bireylerin işlevsel iyileşme puanlarının arttığı, depresyon, umutsuzluk, patolojik suçluluk, toplumdan geri çekilme, küntleşme, ilişki kurmada g   luk, anksiyete, dikkatte azalma, sosyal kaçınma gibi belirtilerinde iyileşme saptamıştır.

5.5. Girişim Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test)

ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan

Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Girişim sonrası girişim grubu hastaların puan dağılımları son test ölçümleriyle yeniden incelendiğinde elde edilen sonuçların WHOQL puan ortalamalarının tüm boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Girişim grubunun ön test son test puanları arasındaki bu farklılığın FAP ‘dan kaynaklandığı düşünülmektedir. Psikososyal müdahale programlarının şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin yaşam kalitesini arttırdığı düşünüldüğün de girişimin başarılı olduğu söylenebilir.

Acil ve arkadaşları (2008)’nın yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre WHOQL genel sağlık durumu ön test puanı $14,06 \pm 2,05$ iken son test puan ortalaması $15,86 \pm 2,23$ ’dür. WHOQL fiziksel sağlık durumu puan ön test puan ortalamaları $14,33 \pm 2,87$ iken son test puan ortalamaları $15,33 \pm 2,49$ ’dur. WHOQL psikolojik durumu ön test puanı $13,66 \pm 2,55$ iken son test psikolojik durumu $15,73 \pm 2,40$ ’dır. WHOQL sosyal ilişkiler ön test puanı $11,20 \pm 3,85$ iken son test puanı $12,53 \pm 4,37$ ’dir. WHOQL çevre ön test puanı $14,73 \pm 3,17$ iken son test puanı $15,53 \pm 2,38$ ’dir. Çalışma sonuçların da girişim grubu WHOQL puan ortalamalarının girişim sonrası tüm boyutlarında istatistiksel olarak farklılık olduğunu görmekteyiz. Bu bağlamda psikososyal müdahaleler arasında önemli bir yere sahip olan fiziksel aktivite programlarının girişim grubu üzerinde olumlu etkisinin olduğu söylenebilir.

Girişim sonrası girişim grubu hastaların İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular son test ölçümleriyle yeniden incelendiğinde elde edilen sonuçların girişim grubu lehine olduğu söylenebilir. İDÖ puan ortalamaları arttıkça iyileşmenin olumlu yönde etkilenmesi beklendik bir durumdur. Psikososyal müdahalelerin bireylerin iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkilediği düşünüldüğünde, uygulanan girişimin başarılı olduğu söylenebilir.

5.6. Kontrol Grubu Hastaların Fiziksel Aktivite Programı Öncesi (Ön Test)

ve Fiziksel Aktivite Programı Sonrası (Son Test) WHOQL ve İDÖ Puan

Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda kontrol grubu hastaların ön-test son test ölçümlerine ilişkin bulgular incelendiğinde girişim sonrası geçen sürede bireylerin WHOQL alt boyutları ve İDÖ puan ortalamalarının da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Yeni araştırmalarla, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, gibi değişkenlerin her iki grup için kontrol altında turulması ile farklılığın girişimden kaynaklanıp kaynaklanmadığını söylemek mümkün olacaktır.

Acil ve arkadaşları (2008)'nin yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre kontrol grubu hastaların WHOQL genel sağlık durumu ön test puanı $13,73 \pm 3,69$ iken son test puan ortalaması $14,46 \pm 3,62$ 'dir. WHOQL fiziksel sağlık durumu puan ön test puan ortalamaları $14,53 \pm 2,66$ iken son test puan ortalamaları $13,93 \pm 1,79$ 'dur. WHOQL psikolojik durumu ön test puanı $14,40 \pm 4,15$ iken son test psikolojik durumu $13,60 \pm 3,81$ 'dir. WHOQL sosyal ilişkiler ön test puanı $10,93 \pm 4,83$ iken son test puanı $10,20 \pm 4,09$ 'dur. WHOQL çevre ön test puanı $14,86 \pm 2,77$ iken son test puanı $14,46 \pm 1,92$ 'dir. Çalışma verilerinde kontrol grubu WHOQL puan ortalamalarının girişim sonrası tüm boyutlarında ve İDÖ'de istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır. Bu bağlamda girişimin uygulanmadığı kontrol grubu yaşam kalitesinde herhangi bir değişiklik olmamıştır. Psikososyal müdahalelerin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünüldüğünde girişim uygulanmayan kontrol grubu WHOQL alt boyutları puan ortalamalarında herhangi bir farklılık olmaması beklendik bir durumdur.

Alanyazında fiziksel aktivite ve İDÖ'nin ilişkilendirildiği çalışmalara ulaşamamıştır. Bu nedenle elde edilen İDÖ puan ortalamalarını çalışmamız için değerlendirmek gerekmektedir. Psikososyal müdahalelerin iyileşme sürecini olumlu etkilediği düşünüldüğünde, kontrol grubunda İDÖ puan ortalamaların da herhangi bir değişiklik olmaması girişimin kontrol grubuna uygulanmamasına dayandırılabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Şizofrenik bozukluğu olan bireylere uygulanan fiziksel aktivite programının yaşam kalitesine ve iyileşme sürecine etkisinin araştırıldığı bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmaya 29'u girişim 29'u kontrol olmak üzere toplam 58 şizofrenik bozukluk tanısı almış birey katılmıştır.

Bireylerin düzenli fiziksel aktivite yapma durumları incelendiğinde, girişim grubu hastalarından 13 bireyin ve kontrol grubu hastalarından 13 bireyin düzenli fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür. Daha önce fiziksel aktivite programına katılan bireylerin tamamı girişim grubundadır.

Girişim grubu hastaların FAP öncesi (ön Test) ve FAP sonrası (son Test) WHOQL ve İDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubuna 4 hafta boyunca 8 seans olarak uygulanan FAP, bireylerin genel sağlık durum, fiziksel sağlık durum, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve çevresel durum puan ortalamalarının ve İDÖ puan ortalamalarının girişim öncesine göre arttırmıştır.

Tüm alanlardaki bu puan artışı girişim grubu hastaların yaşam kalitelerinin arttığının iyileşme süreçlerinin olumlu etkilendiğinin bir göstergesi niteliğindedir.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde yapılan psikososyal müdahaleler arasında yer alan düzenli fiziksel aktivite bireylerin bedensel sağlığı ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Bedensel ve ruhsal sağlık alanlarındaki iyilik doğrudan yaşam kalitesi ile ilişkilidir ve çalışmamızda uygulanan fiziksel aktivite programı (FAP) yaşam kalitesi puan ortalamasını arttırmıştır. FAP bireylere hastalıkla beraber yaşarken bu durumdan kaynaklanan yeti yitimlerini azaltmanın bir yolu olarak sunulmuştur. FAP sonucu bedensel sağlıkları, ruhsal sağlıkları ve çevreleri ile olan ilişkilerinde iyileşmeler meydana gelmiştir. FAP uygulanan girişim grubundaki hastaların ön test İDÖ puan ortalamalarının arttığı görülmüştür, bu durum iyileşme süreçlerinin olumlu etkilendiğinin bir göstergesidir. Bireylerin kendi iyileşme süreçlerinde nelerin faydalı olduğunun farkına vardıkları da söylenebilir.

Psikiyatri hemşireleri bireylerin tanılarıda göz önünde bulundurarak kişisel özelliklerine göre girişimler planlamalıdır. Bireylerin bakım gereksinimlerini belirleyerek, bakım modellerini rehber edinerek bireye özgü bir bakım planı sunmalıdır. Bireylerin semptomlarını azaltmaya yönelik girişimler planlarken, bireyde kalıcı davranış değışikliğı oluşturabilmenin yollarını aramalıdır.

Psikiyatrik hastalıkların yaşam boyu sürdüğü göz önünde bulundurulduğuna psikiyatri hemşireleri olarak amacımız bireylerin günlük hayata entegrasyonunu kolaylaştırmak, hastalıktan kaynaklanan ve bireyler için sorun haline gelen durumları en aza indirmek olmalıdır. Tüm bunlar için düzenli ve günlük uygulanan, maliyeti düşük, fiziksel ve ruhsal sağığı geliştirici etkinlikler planlamak son derece önemlidir.

6.2. Öneriler

- ✓ Çalışmamız şizofrenik bozukluğu olan bireylerle yürütölmüştür. TRSM'lere üye olan bireylerin sadece şizofrenik bozukluğına sahip olan bireyler değıl, ruhsal bir hastalık tanısı konmuş, tekrarlı yatışları olan depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğına sahip bireyler olduğı göz önüne alındığında, bu bireylerin örnekleme dahil edildiğı yeni çalışmalar planlanması,
- ✓ Çalışmamız 4 hafta toplamda 8 seans sürmüştür. Alanyazın taramasında fiziksel aktivite programı uygulama süresinin 4-12 hafta arasında olduğı görölmüştür. Bireylerde fiziksel aktiviteyi sağıklı yaşam davranışı haline getirmede sürenin önemli olduğı düşünöldüğünde fiziksel aktivite programı daha uzun sürelerde uygulanarak yeni çalışmalar planlanması,
- ✓ Kontrol grubu hastalarından daha önce düzenli fiziksel aktivite programın katılan olmadığı gözönüne alındığında grupların homojen olması sağılanarak uygulanan fiziksel aktivite programları sonrası bireylerin yaşam kaliteleri ve iyileşme düzeylerinin incelenmesi,
- ✓ Girişim ve kontrol grubu hastaların en çok yaptıkları fiziksel aktivitenin yürüyüş olduğı düşünöldüğünde, yürüyüş yapmanın bireylerin yaşam kalitesi ve iyileşme sürecine etkisinin araştırıldığı yeni çalışmalar planması,
- ✓ Çalışmamız TRSM'de uygulandığı gözönüne alındığında, psikososyal müdahalelerin, özellikle fiziksel aktivite gibi maliyeti düşük, kolay ulaşılabilir bir müdahalenin klinik ortamda yapılabilirliğınin incelenmesi,

KAYNAKLAR

- Acil, A. A., Dogan, S. ve Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15, (s.808–815).
- Alpözgen, A. Z., Özdiñçler, A.R. (2016) Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. *HSP*,3(1),66-72. DOI: 10.17681/hsp.18017
- Altınay, D. (2015). 400 Isınma Oyunu ve yardımcı teknikler. İstanbul: Epsilon.
- Anhony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Reprinted from *Psychosocial Rehabilitation Journal*,16(4),11–23.
- Arslan Delice, M., Mert Akgül, S., Yıldız, M. (2014). Toplum ruh sağlığı merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 4 (2), (s.122-125). Erişim adresi:<https://dergipark.org.tr/tr/pub/marusbed/issue/17859/187286>
- Aydiner Boylu, A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-150. DOI: 10.20990/kilisiibfakademik.266011
- Babacan Gümüş, A. (2014) Hemşirelik kuram ve modelleri. Çam, O., Engin, E. (Editör). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı, (s: 57-83) İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi.
- Bağ, B. (2018). Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde uygulamaya yönelik bir model örneği: “recovery”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 481-493. doi:10.18863/pgy.375814
- Bashkireva, A.S., Bogdanova, D.Y., Bilyk, A.Y., Shishko, A.V., Kachan, E.Y., Arutyunov, V.A. (2018). Quality of life and physical activity among elderly and old people. *Adv Gerontol*, 31(5), 743-750.
- Başkent Üniversitesi Yayınları. (2005). Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalimetresi, 1 Haziran 2005. Ankara, Başkent Üniversitesi: Ed: Öksüz, E., Malhan, S.
- Bassilios, B., Judd, F. ve Pattison, P. (2014). Why don't people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (SSDs) get enough exercise? *Australasian Psychiatry*, 22(1), (s.71-77). doi: 10.1177/1039856213510575

- Beebe, L. H., Smith, K.D., Roma, M.W., Burk, R.C., McIntyre, K., Dessieux, O.L., et al. (2013). A pilot study describing physical activity in persons with schizophrenia spectrum disorders (SSDS) after an exercise program. *Issues Ment Health Nurs*,34, (s.214-219). doi: 10.3109/01612840.2012.746411
- Çam, M. ve Uğuryol, M. (2019). Ruhsal Hastalıktan İyileşmeye Kültürel Etki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11 (1), 55-64. DOI: 10.18863/pgy.391783
- Çam, O. ve Yalçiner, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,9(1), (s.55-60). doi: 10.14744/phd.2017.49469
- Çam, O ve Aydoğdu Durmuş. (2016). Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 32 (2) :97-106,
- Cassilhas, R.C., Attux, C., Cordeiro, Q., Gadelha, A. L., Telles, B.A., Bressan, R.A. 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.
- Çelebi, M. (2016). Spor hekimliğinin ruh sağlığını koruma ve iyileştirmedeki rolü: multidisipliner yaklaşım- fiziksel değerlendirme- egzersiz reçeteleri. *Türkiye Klinikleri J Sports Med-Special Topics* ,2(2)
- Çetin, M. (2015). Şizofreni tedavisi: geçmişi, bugünü ve geleceği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*,25, (s 95-99). doi:10.5455/bcp.20150630080048.
- Chien, W.T., Leung, S.F., Yeung, F.K. ve Wong, W.K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*,9, (s.1463). doi: 10.2147/NDT.S49263
- Davis, K. L., Kahn, R.S., Ko, G., Davidson, M. (1991). Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry* ,148, (s.1474-1486).
- Deegen, P. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 4(11),11-19.
- Department of Health, Mental Health, Drugs and Regions Division, State Government of Victoria. Framework for RecoveryOriented Practice. (2011). Australia. Erişim Tarihi: 02.05.2020. Available from: [http://docs2.health.vic.gov.au/docs/doc/0D4B06DF135B90E0CA2578E900256566/\\$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf](http://docs2.health.vic.gov.au/docs/doc/0D4B06DF135B90E0CA2578E900256566/$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf)

- Dinç, N., Güzel, P., Özbey, S. (2018). Rekreatyonel Fiziksel Aktiviteler ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5 (4), 181-186. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cbusbed/issue/41981/472529>
- Dülgerler, Ş. (2014). Şizofrenik Bozukluklar Çam, O. ve Engin, E. (Ed.), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı içinde. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. (s.413-460)
- Edisan, Z., Kadioğlu, F. (2013). Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncülleri. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 73-73. Erişim adresi <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mutfd/issue/46994/590063>
- Ekici, G., Çorakçı, Z., Şafak, Y. (2016). Şizofrenili bireylerde aktivite performansı, yaşam memnuniyeti ve ruhsal durum ilişkilerinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(2), 65-72.
- Erdoğan, Y. (2018). Rekreatyonel aktivitelerin şizofreni hastaları üzerine etkisinin araştırılması. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çorum.
- Ertekin Pınar, Ş., Tel, H. (2012). Depresyonda hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2),86-91.
- Eyüboğlu, A. (2017). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin evlilik ilişkisi ve sosyal hizmet gereksinimleri üzerine bir araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <http://acikerisim.ybu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1738/613834.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gökçen, A. (2019). Şizofreni tanısı almış bireylerde dans/hareket tedavisinin psikotik durum ve işlevsel iyileşme üzerine etkisinin incelenmesi randomize kontrollü çalışma (Yüksek Lisans Tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
- Gökçe, E., Güneş, E., Nalçacı, E. (2019). Effect of exercise on major depressive disorder and schizophrenia: a bdnf focused approach. *Arch Neuropsychiatry*, 56 (302-310). DOI : 10.29399/npa.23369
- Güldür, B.B., Göktepe Miyaç, M., Özkan, A. (2020). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi (UGEAD)*, 6(1), 112-126
- Güler, C., Gürkan, A. (2017). İyileşme Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği (Yüksek Lisans tezi). İzmir, Ege Üniversitesi.

- İpçi, K. (2019). Şizofreni hastalarında iyileşme: öznel iyileşme ile nesnel iyileşme arasındaki ilişkinin araştırılması. (Bilim Uzmanlığı tezi, Kocaeli Üniversitesi). Erişim adresi <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Kavak, F., Ekinci, M. (2014). Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1).
- Kavak, F., Ekinci, M. (2016). The effect of yoga on functional recovery level in schizophrenic patient. *Arch Psychiatr Nurs.* , Jul 30.
- Kelleci, M., Ata, E. E. (2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), (s.105-110).
- Kidd, S. , Kenny, A. , McKinstry, C. (2014). The meaning of recovery in a regional mental health service; an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 181-192.
- Kocal, Y., Karakuş, G., Sert, D. (2017). Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv tarama dergisi*, 26(2), 251-267. doi:10.17827/aktd.303574
- Kohl III, H.W. ve Cook, H. D. (2013). Committee on physical activity and physical education in the school environment food and nutrition board. Physical activity and physical education: Relationship to growth, development, and health. (s.130-133) Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201500/pdf/Bookshelf_NBK201500.pdf
- Kokurcan, A. (2014). Şizofreni genetiğinde yeni gelişmeler ve bunların klinik uygulamaya yansımaları. *New Symposium Journal*, 52 (1), 17-23.
- Korkmaz Aslan, T. (2017). *Yapılandırılmış egzersiz programının şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve uyku kalitesine etkisi. (Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi , Erzurum).* Erişim Adresi <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Köroğlu, A., Hocaoglu, Ç. (2017). Şizofreninin aile üzerine etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 170-175.
- Kuncara, B.D., Megawati R. K., Nauphar, D., Effendy, E., Sari, I.M., Siregar, Y. (2019). 2019 Polimorfisme Gen Reseptor Dopamin D2-141C Ins/Del pada Pasien Schizophrenia Paranoid dan Non Schizophrenia Etnis Batak di Sumatera Utara. *Buletin Farmatera*, 4 (1), 18-28. Erişim adresi: file:///C:/Users/ldh/Downloads/2176-5083-1-PB%20(2).pdf

- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*, 14:256–272.
- Liberman, R.P. (2008). Yeti yitiminden iyileşmeye: psikiyatrik iyileştirim el kitabı. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC. (Çev. ed. Yıldız, M). Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği; 2011
- Loh, S. Y., Abdullah, A., Bakar, A.K.A., Jaafar, N.R.N. (2015). Structured walking and chronic institutionalized schizophrenia inmates: a pilot RCT study on quality of life. *Glob J Health Sci*,8, (s.238-248). doi:10.5539/gjhs. v8n1p238
- Lök, S., Lök, N. (2016). Kronik psikiyatri hastalarına uygulanan fiziksel egzersiz programlarının etkinliği: sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*,8(4), (s.354-366). doi: 18863/pgy.253440
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R.O., Cook, J.A. (2007). *Psychiatr Rehabil J*. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature, 31(1), 9-22. DOI: 10.2975/31.1.2007.9.22 DOI: 10.2975/31.1.2007.9.22
- Öz, D., Ayhan, H. (2020). Şizofreni ile ilgili hemşirelik lisansüstü tezlerinin özellikleri. *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*.
- Özbek, A., Leutz, G. (2011). Isınma. Okyayuz (Ed.), *Psikodrama Grup Psikoterapisinde sahnesel etkileşim içinde* (73-75. ss). Ayrıntı Basım evi, İstanbul.
- Özdemir, O., Güzel Özdemir, P. (2016). Glutamat sistemi ve şizofreni. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,8(4), 394-405. doi:10.18863/pgy.253445
- Özkan, A. (2018). Sınıf öğretmenlerinin ve adaylarının enerji ve besin ögesi alımları (beslenme alışkanlıkları) ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Barın Üniversitesi). Erişim Adresi: <https://acikerisim.bartın.edu.tr/bitstream/handle/11772/426/Arzu%20%c3%96zkan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Özmete, E. (2010). “Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11), 455-465.
- Öztürk, O. (1995). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.
- Perraton, L.G., Kumar, S., Machotka, Z. (2010) Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials. *J Eval Clin Pract*.16,597-604.

- Prajapati, B., Dunne, M.C.M., Armstrong, A.R. (2010). Sample size estimation and statistical power analyses. *Optometry Today*, 2010 (July).
- Sabancıoğulları, S., Ata, E. E., Kelleci, M., Doğan, S. (2012). Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ve nanda tanılarına göre değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3),117-122.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A.2009. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins.
- Salihoğlu, E. (2019) Eudaimonia: aristoteles'e göre kişisel mutluluk. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/337951660_Eudaimonia_Aristoteles'e_Gore_Kisisel_Mutluluk
- Şenocak, S., Arslantaş, H, Yüksel, R. (2019). Psikiyatrik İyileşmede Yeni Bir Yönelim: İyileşme Odaklı Yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28 (2), 83-97. Retrieved from <http://www.dergipark.org.tr/tr/pub/aktd/issue/44965/415053>
- Soygür, H. (2003). Şizofreni ve yaşam niteliği. *Klinik Psikiyatri*, 1,9-14.
- Soygür, H. ve Erkoç, E. (2007). *Şizofreni kavramına tarihsel bir bakış*. Soygür, H., Alptekin, K, Atbaşoğlu, C., Herken, H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar içinde (1-10 ss.). Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım, Ankara.
- Stanton, R., Happell, B. (2014). Exercise for mental illness: A systematic review of inpatient studies. *International Journal of Mental Health Nursing*,23(3),232-242. DOI: [10.1111/inm.12045](https://doi.org/10.1111/inm.12045)
- Stubbs, B., Eggermont, L., Soundy, A., Probst, M., Vandeşakrbulcke, M., Vancampfort, D. (2014) What are the factors associated with physical activity (PA) participation in community dwelling adults with dementia? A systematic review of PA correlates. *Arch Gerontol Geriatr*. 59 (2), 195-203.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, (s.551–558).
- Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. (2008). “Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme”, *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17 (2), 23-44.
- Trivedi, M.H., Greer, T., Church, T.S., Carmody, T.J. , Grannemann, B.D. ,Galper, D.I.(2011). Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: a randomized, parallel dose comparison. *J Clin Psychiatry*.72(5), 677-684. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06743>

- Tüzer, V., Kısa, C., Aydemir, Ç., Göka, E. (2009). Şizofrenide yaşam kalitesini yordayan etkenler zaman içinde değişir mi? Bir izlem çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(1) ,88-89
- Tüzün, E. H. ve Eker, L. (2003). “Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi”, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 13(2), 3-8.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., ve ark. Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Cmaj*, 174(6), 801-809.
- Yıldırım, İ., Özşevik, K., Özer, S., Canyurt, E., Tortop, Y. (2015). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresyon ilişkisi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi*,9 (özel sayı).
- Yılmaz, M., Özcan, Ö. (2016). Psikiyatri hemşireliğinin geleceği. *Mersin Univ Sağlık Bilim Dergisi*, (9)1, (53-59).
- Zipursky, R. B., Reilly, T. J., Murray, R.M(2013). The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull*, 39(6), 1363–1372. DOI: [10.1093/schbul/sbs135](https://doi.org/10.1093/schbul/sbs135)

EKLER

EK I.Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: tibbietik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylere Uygulanan Fiziksel Aktivite Programının Yaşam Kalitesi ve İyileşme Sürecine Etkisi.					
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER					
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Hem.Serenay EROĞLU					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı					
	DESTEKLEYİCİ	-					

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	-
	BİLGİLENDİRME FORMU	-
	VERİ İZLEME FORMU/ ANKET	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒
	DİĞER	☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 20-2T/35	Tarih: 05.02.2020
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu toplanmaya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI		Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU					

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyelili	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlgili (*)	Kabılm (**)	İmza
Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU Başkan	Halk Sağlığı AD	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Şafak DAĞHAN Başkan Yardımcısı	Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Sadık AKŞİT Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları AD	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Anskara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
 Tel: 0 232 390 2134 e-mail: tibbiletik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANDAN AÇIK ADI	Sızofrenik Bozukluğu Olan Bireylere Uygulanan Fiziksel Aktivite Programının Yaşam Kalitesi ve İyileşme Sürecine Etkisi.
------------------------	---

KARAR BİLGİLERİ		Karar No: 20-2T/35				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Ünvanlık Dahil	Kurumu	Onaylı	İşlet (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayhan DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Murat ULUKUŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Ceyda KABAROĞLU Üye	Klinik Biyokimya BD.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD, Klinik Biyokimya BD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Özcan Önen SERTÖZ Raporör Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Günay YETEK ANACAK Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. H. Oya TÜRKÖĞLÜ ÇAKAL Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Raci MESERİ Üye	Beslenme ve Diyetetik AD	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Tahir ATİK Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları AD Çocuk Genetik BD.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Doç. Dr. Tolga AKŞİT Üye	Antrenörlük Eğitimi - Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI

- * Araştırma ile İlgili
 ** Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aliye MAZARALIOĞLU	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Bölge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 2/2
--	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------

EK II. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Doç. Dr.Şeyda DÜLGERLER ve Serenay EROĞLU tarafından yürütülen “Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylere Uygulanan Fiziksel Aktivite Programının Yaşam Kalitesi Ve İyileşme Sürecine Etkisi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmamanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

EK III.Olgu Rapor Formu

OLGU RAPOR FORMU (ORF)

1)Araştırmanın adı: Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylere Uygulanan Fiziksel Aktivite Programının Yaşam Kalitesi Ve İyileşme Sürecine Etkisi

2)Gönüllü kodu(Araştırmaya katılan gönüllülerin kimliğinin gizli kalması amacıyla sorumlu araştırmacı ve diğer araştırmacılar tarafından her bir gönüllüye verilen gönüllü adı yerine kullanılan koddur.)

3)Uygulama süresi ve tarihler

Fiziksel Aktivite Programı uygulama öncesi bireylere (girişim ve kontrol grubuna) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği uygulanacaktır.

Fiziksel Egzersizler;

Hafta	Çukurova TRSM	Sarıçam TRSM
1.hafta	18-19 Şubat 2020	20-21 Şubat
2.hafta	25-26 Şubat 2020	27-28 Şubat
3.hafta	3-4 Mart 2020	5-6 Mart 2020
4.hafta	10-11 Mart 2020	12-13 Mart

Yukarıda belirtilen tarihlerde uygulanmak üzere haftanın 2 günü salı ve çarşamba günleri Çukurova TRSM Perşembe ve Cuma günleri Sarıçam TRSM toplam 4 hafta boyunca uygulanacaktır.

Uygulama sonunda bireylere (girişim ve kontrol grubuna) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği uygulanacaktır.

EK III.Olgu Rapor Formu

4)GİRİŞİM GRUBUNDAKİ GÖNÜLLÜ BİREYLER İÇİN

- a) Gönüllünün Fiziksel Aktivite Programı öncesi Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Sonucu
- b) Gönüllünün Fiziksel Aktivite Programı öncesi İyileşme Değerlendirme Ölçeği Sonucu
- c) Fiziksel Aktivite Uygulaması
- d) Gönüllünün Fiziksel Aktivite Programı sonrası Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Sonucu
- e) Gönüllünün Fiziksel Aktivite Programı sonrası İyileşme Değerlendirme Ölçeği Sonucu

5)KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLER İÇİN

- a. Gönüllünün Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Sonucu
- b. Gönüllünün İyileşme Değerlendirme Ölçeği Sonucu
- c. 4 hafta sonra
- d. Gönüllünün 4 hafta sonra Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Sonucu
- e. Gönüllünün 4 hafta sonra İyileşme Değerlendirme Ölçeği Sonucu

EK IV.ÖLÇEK İZİNLERİ

1.WHOQL BREF Ölçek İzni:

Ynt: Ölçek izni

Kime: Serenay Eroğlu <[redacted]>

Konu: Re: Ölçek izni

Sayın kullanıcı,

Bu metnin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) 'ün Türkçe sürümlerini, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanızın ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1,q2,q3....q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser
WHOQOL Türkiye merkezi
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

[redacted]

[redacted]

2.İyileşme Değerlendirme Ölçeği Ölçek İzni

Fwd: Ölçek İzni hakkında

312

Kimden: "cansu guler" <[redacted]>
Kime: "Serenay Eroğlu" <[redacted]>
Gönderilenler: 16 Aralık Pazartesi 2019 21:33:36
Konu: Re: Ölçek İzni hakkında

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Dr. Öğr. Üyesi Ayça Gürkan hocam ile yapmış olduğumuz İyileşme Değerlendirme Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim..

Kimden: "Serenay Eroğlu" <[redacted]>
Kime: "cansu guler" <[redacted]>
Gönderilenler: 27 Kasım Çarşamba 2019 13:47:53
Konu: Ölçek İzni hakkında

Değerli hocam, tarafınızca ölçek geçerlik ve güvenilirliği yapılarak alana katmış olduğunuz 'İyileşme Değerlendirme Ölçeğini' Doç.Dr. Şeyda Dülgerler danışmanlığında yürütecek olduğum yüksek lisans tez çalışmamda vereceğiniz izin doğrultusunda kullanmak istiyorum. Teşekkürler.

Saygılarımla.

[iOS için Outlook](#) uygulamasını edinin

EK V. Kurum İzinleri



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ADANA EMARİTİK,
ANALİZ VE RAPORLAMA BİRİMİ
24.02.2020 11:19 - 96172664 - 799 - 0.000



00013197154

Sayı : 96172664-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Serenay
EROĞLU)

EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Serenay EROĞLU tarafından yürütülecek olan **"Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerde Uygulanan Fiziksel Aktivite Programının Yaşam Kalitesine ve İyileşme Sürecine Etkisi"** başlıklı çalışmasını Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı Sarıçam ve Çukurova Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde yapmak istemesi ile ilgili bilimsel çalışma başvuru talebiniz incelenmiştir. Çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüz İstatistik, Analiz ve Raporlama Birimine sunulması koşulu ile uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Emrah CEVİZ
Müdür a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

Telefon: Faks No: Dahili: 1402

e-Posta: sarilik.kose@saalik.gov.tr İnternet Adresi: ADANA İl Sağlık Müdürlüğü

Borakan elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.salik.gov.tr> adresinden 3444615-7296-4554-8c20-91540669d094 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Şerife KÖSE

HEMŞİRE

Telefon No: (0 322) 352 40 60

EK VI.TANITICI BİLGİ FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Doç.Dr.Şeyda DÜLGERLER ve Serenay EROĞLU tarafından yürütülen “Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylere Uygulanan Fiziksel Aktivite Programının Yaşam Kalitesi Ve İyileşme Sürecine Etkisi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsizsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz?
1.Kadın 2.Erkek
3. Medeni durumunuz
1.Evli 2.Bekar 3.Eşi vefat etmiş/Boşanmış
4. Birlikte yaşadığınız kişiler,
1.Yalnız 2.Aile ile beraber 3.Bakım evinde diğer bireylerle
5. Eğitim Durumunuz
1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Üniversite
6. Gelir düzeyinizi belirtiniz
1)Gelir giderden az 2)Gelir gidere denk 3)gelir giderden fazla
7. Günlük yaşam aktiviteleriniz nelerdir kısaca yazınız.
.....
8. Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?
1)Evet 2)Hayır
9. Cevabınız evet ise ne tür bir fiziksel aktivite olduğunu belirtiniz.
1)Yürüyüş 2)Koşu 3)Fitness (aletli-aletsiz egzersiz programı) 4) Basit ısınma egzersizleri
10. Daha önce fiziksel aktivite programına katıldınız mı?
1)Evet 2)Hayır
11. Cevabınız evet ise ne tür bir fiziksel aktivite programı olduğunu belirtiniz.
1)Yürüyüş 2)Koşu 3)Fitness(aletli-aletsiz egzersiz programı) 4) Basit ısınma egzersizleri

EK VII.DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME

ÖLÇEĞİ KISA FORMU WHOQOL-BREF-TR

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığını ve yaşamınızdaki diğer yönleri ile ilgili neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları yanıtlayınız.** Eğer bir soruya hangi yanıt vereceğinizden emin değilseniz, **lütfen size en uygun olan yanıtı seçiniz.** Çoğu zaman ilk verdiğiniz yanıt en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak dikkate alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** göz önünde bulundurmanızı istiyoruz.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde bir takım şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl Buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut Değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça a	Aşırı derecede
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4	Günlük uğraşlarınızı Yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?		2	3	4	5
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça a	Son derecede
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5

8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada bazı şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi sorgulamaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz var mı?	1	2	3	4	5
11	Bedensel Görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13	Günlük yaşantınızda size gerekliliğe ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın farklı yönlerini ne ölçüde **iyi veya doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut

16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5
21	Cinselyaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bir takım şeyleri **ne kadar sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir

		Hiçbir	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
--	--	--------	---------	----------	------------	-----------

		zaman				
26	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5



EK VIII. İYİLEŞME DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıda 24 cümle ve her bir cümlenin yanında cevaplarını işaretlemeniz için 1'den 5'e kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar uygun olduğunu belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 24 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	İyileşmek istiyorum	1	2	3	4	5
2	Nasıl iyileşeceğim ya da iyi kalacağım konusunda kendime ait fikirlerim var	1	2	3	4	5
3	Hayatta ulaşmak istediğim hedeflerim var	1	2	3	4	5
4	Hedeflerime ulaşabileceğime inanıyorum	1	2	3	4	5
5	Bir yaşam amacım var	1	2	3	4	5
6	Kendimi önemsemediğim zamanlarda bile çevremdeki insanlar beni önemser	1	2	3	4	5
7	Korkularım, hayatımı istediğim şekilde yaşamamı engellemez	1	2	3	4	5
8	Hayatta başıma her ne gelirse gelsin üstesinden gelebilirim	1	2	3	4	5
9	Kendimi seviyorum	1	2	3	4	5
10	İnsanlar beni gerçekten tanısalır, severler	1	2	3	4	5
11	İdealimdeki kişi olma yolunda kendime güveniyorum	1	2	3	4	5

12	İyi şeylerin er ya da geç gerçekleşeceğine inanırım	1	2	3	4	5
13	Geleceğimden umutluyum	1	2	3	4	5
14	Kendim için yeni uğraşlar (hobiler) edinirim	1	2	3	4	5
15	Ruhsal hastalığının belirtileri ile baş etmek artık hayatımın en önemli konusu olmaktan çıktı	1	2	3	4	5
16	Ruhsal hastalığının belirtileri yaşamımı giderek daha az etkiliyor	1	2	3	4	5
17	Hastalık belirtilerimle daha iyi baş edebildiğim için hayatımda giderek daha az sorunla karşılaşıyorum	1	2	3	4	5
18	Yardım isteyeceğim zamanları bilirim	1	2	3	4	5
19	Yardım istemekten çekinmem	1	2	3	4	5
20	İhtiyacım olduğunda yardım isterim	1	2	3	4	5
21	Stresimle baş edebilirim	1	2	3	4	5
22	Çevremde güvенеbileceğim insanlar var	1	2	3	4	5
23	İyileşeceğime inanmadığımda bile çevremdeki insanlar buna inanır	1	2	3	4	5
24	Çevremde beni destekleyen insanların olması önemlidir (tanıdık, arkadaş, dost)	1	2	3	4	5

FAP SIRASINDAKİ FOTOĞRAFLAR



FAP SIRASINDAKİ FOTOĞRAFLAR



FAP SIRASINDAKİ FOTOĞRAFLAR



FAP SIRASINDAKİ FOTOĞRAFLAR



Teşekkür

Uzmanlık yolunda bilgi birikimi,farklı bakış açıları ile yolumu aydınlatan,her yeni fikrime önem verip,dinleyen ve bu yolda bana güvenen saygı değer danışmanım Doç.Dr.Şeyda DÜLGERLER'e, Lisansüstü ders sürecimin her anına dokunan,her kelimesinin çok değerli olduğu,anlara yön veren değerli hocam Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı başkanı Prof.Dr.Esra ENGİN'e, lisans hayatımdan başlayarak tüm kaygılı anlarımda yanımda olan, beni şefkat ile kucaklayan değerli hocam Arş.Gör.Dr.Gizem BEYCAN EKİTLİ'ye, tez öneri sürecinden itibaren değerli katkıları ile çalışmama yön veren Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç.Dr.Özgür ÖZKAYA ve ekibine, değerli hocalarım Doç.Dr.Serap ÖZER'e, ve Dr. Öğr.Üyesi Serap YILDIRIM'a, çok değerli katkıları ile araştırmaya destek veren Manisa Celal Bayar Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Sevgi NEHİR'e Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üye ve elemanlarına, bu zorlu yolda süreci kolaylaştırarak destek veren Adana Çukurova ve Sarıçam Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına, her zaman fikirlerime saygı duyan, destekleyici tutumları ile hep yanımda olan sevgili aileme, her konuştuğumda yanımda olduklarını hissettiğim dostlarıma, emek ve zaman isteyen bu süreçte her zaman olduğu gibi beni hiç yalnız bırakmayan sanırım bitti, artık olmuyor dediğim tüm anlarda beni büyük bir sabırla destekleyen sevgili eşim Mehmet Sabri METİNER'e ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden çok değerli toplum ruh sağlığı merkezi üyelerine sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Birilerinin yaşamına dokunarak, birilerinin senin yaşamına dokunduğunu fark ederek yaşamak doya doya yaşamaktır aslında...Yaşamıma dokunan, yaşamına dokunduğum herkese minnetle...

İzmir, 24.03.2021

Serenay EROĞLU METİNER

Özgeçmiş

Araştırmacı 1993 yılında Adana’da doğdu.2012 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi %30 İngilizce eğitim veren hemşirelik bölümünde lisans eğitimine başladı. Ege Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulunda 1 yıl süre ile İngilizce eğitimi aldıktan sonra 2013 yılında hemşirelik bölümüne başlamıştır. Aynı yıl Avrupa Birliği Projeleri kapsamında İtalya’nın Palermo şehrinde ‘geri dönüşüm’ temalı Gençlik Projesine katılmıştır.2014 yılında Avrupa Birliği tarafından yürütülen Erasmus Plus Programı kapsamında Almanya’nın Frankfurt şehrinde yapılan ‘sosyal içirme’ temalı gençlik projesinde grup lideri olarak yer almıştır. 2015 yılında İzmir Valiliği Mantıksal Çerçeve Analizine göre proje yazma eğitimi alarak gençlik çalışanı ve proje kolaylaştırıcısı ünvanını almıştır. 2015 yılında İngiltere’nin Sheffield şehrinde engellilik,Avusturya’nın Klaffer am Hochficht şehrinde tiyatro ve drama eğitmen eğitimlerine katılmış,katılımcılara aldığı eğitimler doğrusunda fiziksel aktivite ve grup dinamiği sağlayıcı aktiviteler planlamış ve yürütücülüğünü yapmıştır.İzmir İşitme Engelliler Derneği’nde gönüllü olarak yer almış 2015 de İşaret dili sertifika programını başarı ile tamamlamıştır.2015-2016 yılları arasında Öğrenci Hemşireler Derneği Yönetim Kurulu Sekreterliği ve Uluslararası İlişkiler Komisyonu Genel Başkanlığı yapmıştır.Öğrencilik yıllarında bir çok kongre ve konferansta düzenleme kurulu üyesi,konuşmacı,katılımcı olarak yer almış,kongrelere psikiyatri hemşireliği alanında sözel ve poster bildirilerle katkı sağlamıştır. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden 2017 yılında mezun olmuştur.Aynı yıl Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başlamıştır.Eş zamanlı olarak Adli Hemşirelik-Adli Psikiyatri Hemşireliği sertifika programını başarı ile tamamlamıştır.Temmuz-Eylül 2018’de Acıbadem Sağlık Grubu Adana Hastanesinde Yoğun Bakım Hemşireliği,Eylül 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde Acil Servis Hemşiresi olarak görev yapmıştır.Nisan 2020 itibari ile Sağlık Bakanlığı Lüleburgaz Devlet Hastanesi COVID-19 Servisinde Pandemi Hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Serenay EROĞLU METİNER